



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2017 –

**« L’INTERCULTURALITE, NECESSITE OU LEURRE POUR  
AMELIORER LA PRISE EN COMPTE DE PERSONNES  
DIFFERENTES OEUVRANT OU ACCUEILLIES AU SEIN DU  
SYSTEME SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL ? »**

– Groupe n° 8 –

- |                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| – <b>Habib BEKHTI</b>         | – <b>Gaëlle FEUKEU</b> |
| – <b>Nora BENAÏSSA</b>        | – <b>Nabil JANAÏH</b>  |
| – <b>Emilie BONNET</b>        | – <b>Gaël MARZIN</b>   |
| – <b>Marie-Cécile BRACHET</b> | – <b>Magali PREVOT</b> |
| – <b>Carole FEDKOW</b>        |                        |

*Animateur/trice(s)*

- *William SHERLAW*
- *Fanny HELLIOT*
- *Pascale PETIT-SENECHAL*

*« Il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé ».*

Albert Einstein

---

# Préambule

---

## ***L'interculturalité et l'expression de la douleur***

*« Mme X, 34 ans, d'origine maghrébine arrive en hospitalisation programmée dans un service de gynécologie pour douleur et saignement vaginal. Il est indiqué qu'elle est en début de grossesse. Après des examens cliniques, aucun diagnostic médical n'est posé hormis celui de douleur imaginaire lié à un « syndrome méditerranéen ». Malgré la prescription d'antalgiques, les douleurs de Mme X ne cèdent pas. Une échographie en urgence est pratiquée mettant en évidence une grossesse extra-utérine. L'intervention chirurgicale tardive aura comme conséquence l'impossibilité de toute future grossesse pour la patiente. Elle décide de porter plainte ».*

## ***L'interculturalité et l'expression des émotions***

*« L'équipe soignante annonce à Mme C, de nationalité chinoise, le décès de son mari suite à une leucémie. Calme, prostrée et pensive, elle ne laisse apparaître aucune émotion physique. Cependant, elle vous regarde comme si elle attendait quelque chose ».*

## ***L'interculturalité, le patient et sa famille***

*« Un jeune homme de la communauté des gens du voyage est hospitalisé dans un service de réanimation. Une vingtaine de membres de sa famille veulent lui rendre visite. Pour des raisons d'organisation des soins, seules deux personnes peuvent entrer dans la chambre. Cette contrainte génère de l'agressivité et de l'incompréhension de la famille ».*

## ***L'interculturalité et le rapport à la vieillesse***

*« En consultation mémoire, le fils de Mme F est appelé par la neuropsychologue pour traduire les dires de sa mère qui est orientée par le médecin généraliste pour des troubles de la mémoire. Son fils minimise les troubles de sa mère, les met sur le compte de la vieillesse et de la charge de travail de sa mère ».*



---

# Sommaire

---

<b>Remerciements</b> .....	<b>i</b>
<b>Liste des sigles utilisés</b> .....	<b>ii</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>iii</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>- 1 -</b>
<b>1 Si l'interculturalité a été conceptualisée dans les pays anglo-saxons, sa prise en compte en France dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux améliore la prise en charge des usagers par les professionnels</b> .....	<b>- 3 -</b>
<b>1.1 Le concept d'interculturalité, d'inspiration anglo-saxonne, entre en tension avec la tradition républicaine française</b> .....	<b>- 3 -</b>
1.1.1 <i>Le concept d'interculturalité a émergé dans les pays anglo-saxons dans les années 1970</i> .....	- 3 -
1.1.2 <i>La spécificité de l'histoire républicaine et universaliste française a rendu difficile la prise en compte de l'interculturalité en France</i> .....	- 4 -
1.1.3 <i>La laïcité et la politique de lutte contre les discriminations en France, des outils juridiques qui visent à garantir l'égalité des individus</i> .....	- 5 -
<b>1.2 La prise en compte de la dimension interculturelle dans les établissements améliore la prise en charge des usagers et les conditions de travail des professionnels</b> .....	<b>- 7 -</b>
1.2.1 <i>L'interculturalité est une donnée avec laquelle le milieu sanitaire, social et médico-social compose au quotidien</i> .....	- 7 -
1.2.2 <i>L'interculturalité améliore l'efficacité des organisations</i> .....	- 8 -
1.2.3 <i>La culture professionnelle rassemble les individus autour de valeurs communes</i> .....	- 9 -
<b>2 La mise en place d'outils managériaux en faveur de l'interculturalité met en exergue des facteurs de réussite et des freins à leur généralisation</b> .....	<b>- 10 -</b>
<b>2.1 Des démarches institutionnelles se juxtaposent aux initiatives locales informelles</b> .....	<b>- 10 -</b>
2.1.1 <i>Des démarches formelles</i> .....	- 10 -
2.1.2 <i>Des démarches informelles</i> .....	- 12 -

<b>2.2</b>	<b>Ces démarches se heurtent à des obstacles multiples.....</b>	<b>- 14 -</b>
2.2.1	<i>L'assignation à résidence identitaire des usagers.....</i>	- 14 -
2.2.2	<i>Les écueils d'un manque de portage institutionnel .....</i>	- 16 -
<b>3</b>	<b>Des leviers d'action doivent désormais être mobilisés dans le cadre d'un plan opérationnel de management interculturel .....</b>	<b>- 17 -</b>
<b>3.1</b>	<b>A l'échelle nationale .....</b>	<b>- 17 -</b>
<b>3.2</b>	<b>A l'échelle des établissements .....</b>	<b>- 18 -</b>
<b>3.3</b>	<b>A l'échelle des professionnels .....</b>	<b>- 21 -</b>
<b>3.4</b>	<b>A l'échelle des usagers et de la société civile .....</b>	<b>- 23 -</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>- 24 -</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>- 25 -</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>- 27 -</b>

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'ensemble des professionnels qui nous ont accordé de leur temps pour mener les entretiens et nous permettre de construire et d'enrichir notre étude.

Nous remercions également Monsieur William SHERLAW, Madame Fanny HELLIOT et Madame Pascale PETIT-SENECHAL, animateurs du groupe, pour leur accompagnement. Le découpage du gâteau a été une belle entrée en matière.

Enfin, nous tenons à remercier Madame Emmanuelle GUEVARA et Monsieur Christophe LERAT pour l'organisation de ce module interprofessionnel qui nous a permis de travailler en interfiliarité, d'avoir des échanges denses et constructifs, de confronter nos points de vue pour nourrir notre réflexion et de développer une cohésion de groupe.



---

## Liste des sigles utilisés

---

ANFH	Agence Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.
APHP	Assistante Publique Hôpitaux de Paris
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico Psychologique
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRETH	Comité de Réflexion Ethique
DPC	Développement Professionnel Continue
EHPAD	Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
IFRI	Instituts Français des Relations Internationales
MIP	Module Interprofessionnel
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'Education, la Science et la Culture
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZUS	Zone Urbaine Sensible



---

# Méthodologie

---

Le Module Inter Professionnel de santé publique, proposé dans le cadre de la formation des élèves fonctionnaires de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), est l'occasion pour les futurs professionnels des différentes filières de partager leurs expériences et leurs connaissances dans une démarche de réflexion collective.

Notre groupe est composé de neuf élèves de l'EHESP : trois élèves Directeurs d'hôpital, deux élèves Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une élève Directeur des soins, deux élèves Attachés d'administration hospitalière et une élève Ingénieure d'études sanitaires.

Avant le début de la session MIP, une réunion préparatoire a été conduite afin de faire connaissance et d'échanger sur nos expériences concernant la thématique de l'interculturalité.

Les animateurs du groupe ont mis à notre disposition une base documentaire dont nous avons pris connaissance au démarrage du MIP.

**Concernant l'organisation**, notre rétroplanning se déroule comme suit :

- La première semaine est consacrée à l'appropriation de la thématique par le groupe, la revue de la littérature, la définition de la problématique, la réalisation de la grille d'entretien, la répartition des entretiens au sein du groupe et la construction d'un plan de rapport provisoire.
- La deuxième semaine est dédiée à la réalisation des entretiens et à leur retranscription. La communication entre les membres du groupe et les animateurs se traduit par des échanges de mails, des appels téléphoniques et des vidéos conférences.
- La dernière semaine est dédiée à l'analyse des entretiens, la mise en commun, la formalisation et la rédaction du rapport.

**Notre démarche est principalement qualitative.** Elle repose sur des lectures et l'analyse d'entretiens. Les personnes interrogées figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Structures et fonctions des personnes rencontrées.

Structure	Fonction
Une école de santé publique	Responsable de filière
Une association interculturelle	Directeur de l'association
Une association interculturelle	Médiateur culturel
CHU	Chef de service de médecine interne
Centre médico et psycho-social	Psychologue - Anthropologue
Centre de ressources sur l'intégration, la médiation sociale et interculturelle, la prévention et la lutte contre les discriminations	Responsable formation et responsable du service d'interprétariat
CH	Directeur adjoint de la clientèle et des relations aux usagers
CHU	Responsable protection sociale et référent handicap
Hôpital en Suisse	Chef du service transculturel et interprétariat
Métropole régionale	Conseiller municipal chargé des droits des femmes et de l'égalité
Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile	Chef de service
CH d'un quartier aisé	Directeur d'établissement
CH Wallis et Centre hospitalier Mayotte	Cadre de pôle
Clinique suisse	Directeur
CHU / Fédération nationale des gynécologues de France	Gynécologue médical et gynécologue chirurgien
Une agence de santé publique	Spécialiste du management interculturel

Notre avons décidé d'interroger plusieurs acteurs de terrain, dans les secteurs social, médico-social et sanitaire en France et à l'étranger. Seize entretiens ont été réalisés.

Ces entretiens ont été menés selon une grille d'entretien générique (Annexe 1), adaptée à chaque typologie de professionnels. Nous nous sommes répartis les terrains d'enquête en fonction des disponibilités de chacun. Nous avons décidé de conduire les entretiens par binômes inter-filières afin de bénéficier des différents angles d'approche induits par nos diverses expériences.

**Les entretiens, d'environ une heure, se sont déroulés selon une méthode semi-directive** à partir des grilles d'entretiens. Certains entretiens ont été enregistrés avec l'accord des interlocuteurs, puis retranscrits et analysés par l'ensemble du groupe.

**La méthode d'analyse des entretiens** a été simplifiée et tirée de *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels* de Philippe Wanlin [1]. Celle-ci s'est déroulée en quatre étapes :

- Étape 1 : La formulation d'hypothèses. La première lecture des comptes-rendus d'entretiens a permis, après identification des idées principales.
- Étape 2 : La décontextualisation du contenu. Les idées essentielles des entretiens ont été extraites des comptes-rendus et des enregistrements.
- Étape 3 : Regroupement / Catégorisation. Les idées ont été regroupées par catégorie. **Les regroupements identifiés correspondaient soit aux hypothèses émises soit à de nouvelles catégories.**
- Étape 4 : La rédaction des résultats.

Chaque membre du groupe s'est ensuite chargé de la rédaction d'une partie du rapport final. Nous avons rassemblé toutes les parties et les avons relues ensemble en faisant part de nos observations.

### **Regard rétrospectif**

La notion d'interculturalité a nécessité un temps important de cadrage et de définition des termes notamment culture, diversité culturelle, interculturalité. Le travail de conceptualisation et de déconstruction de certains concepts a provoqué des débats et un travail préalable au sein du groupe. Les rendez-vous étaient parfois difficiles à obtenir (manque de temps, absence de réponses...).

La période de trois semaines dans laquelle s'inscrit le MIP est courte, notamment en ce qui concerne la prise de rendez-vous et les disponibilités des contacts. De plus, la sensibilité de la thématique, notamment dans le secteur public, a pu susciter de la réticence de la part de certains acteurs.

Le thème de l'interculturalité a été vécu au sein du groupe. Il est constitué d'élèves fonctionnaires d'origines géographiques, d'âges, et de parcours professionnels et personnels différents. Ce MIP a été un moment enrichissant de réflexion autour de notions omniprésentes dans le débat public. L'écoute mutuelle et la conscience de notre interculturalité ont permis de relativiser les divergences d'opinion et d'utiliser l'humour pour faciliter les échanges.

## Introduction

Près de dix ans après la sortie du *Livre Blanc sur le dialogue interculturel* du Conseil de l'Europe [2], la pertinence de l'utilisation de l'interculturalité comme levier managérial d'amélioration de la prise en charge de l'usager continue de faire l'objet de vifs débats.

Pourtant, il est devenu essentiel aujourd'hui de s'interroger, pour les futurs acteurs publics de santé que nous sommes, sur l'interculturalité dans nos établissements, à l'aune de la composition démographique de la France mais aussi des défis migratoires à venir. A l'hôpital Avicenne (AP-HP), 85 nationalités différentes se côtoient, parlent 23 langues et dialectes différents. Les établissements de santé sont des structures qui accueillent un public de plus en plus divers culturellement et qui doivent inéluctablement s'adapter aux souffrances des individus et donc à leur singularité. Il est dès lors pertinent de se pencher sur un tel sujet pour les futurs managers de santé que nous aspirons à devenir.

L'interculturalité, qui peut se définir comme l'ensemble des relations et interactions entre des cultures différentes, intervient dans différents contextes de la vie quotidienne, que ce soit à l'école, au travail, à l'hôpital. **L'interculturalité a fait l'objet d'actions de la part des pouvoirs publics, lesquelles se sont notamment traduites par des plans ambitieux de formation à la diversité culturelle et à la lutte contre les discriminations.** Impliquant des échanges, l'interculturalité est fondée sur le dialogue, le respect mutuel et le souci de préserver l'identité culturelle de chacun. L'interculturalité peut être source d'acculturation, c'est à dire provoquer des influences réciproques. Elle est un processus d'apprentissage tout au long de la vie qui s'inscrit dans l'échange mutuel et conduit à aboutir à une communication commune permettant la compréhension de l'autre. Cette première approche positive de l'interculturalité a pour objectif sous-jacent de favoriser le vivre-ensemble dans notre société. Toutefois, l'interculturalité peut aussi être le lieu de confrontations, car elle correspond à toute situation de rupture culturelle résultant, essentiellement, de différences de codes et de significations. Les différences en jeu peuvent être liées à divers types d'appartenance : ethnie, nation, région, religion, langue, âge, genre. La culture est définie comme « *l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances* » selon l'UNESCO. **Le terme de culture revêt donc plusieurs**

**accepions, qu'il s'agisse de la culture au sens sociologique, de la culture des arts et des lettres, mais aussi de la culture professionnelle des agents.**

Cette diversité culturelle est sujette à des controverses théoriques qui ralentissent sa mise en pratique par les managers du service public. En effet, si des travaux concernant l'interculturalité et le « *diversity management* » [3] sont établis principalement dans les pays anglo-saxons, la question du management interculturel dans un pays universaliste reste posée. De façon analogue, si la prise en compte de la diversité des clients est une réalité érigée en principe dans le milieu commercial et dans le management moderne, les initiatives en la matière dans le domaine social, médico-social et sanitaire restent encore rarement formalisées. La France accuse un retard en termes de formalisation de la gestion de la diversité en raison de la spécificité de son cadre juridique. Contrairement à l'approche anglo-saxonne différentialiste et multiculturelle, la valorisation de l'approche interculturelle au sein d'une France de tradition républicaine et universaliste est complexe.

Pourtant, **dans un contexte d'individualisation croissante de la prise en charge des usagers, associé à un renforcement du cadre juridique sur la démocratie sanitaire, la qualité de l'accueil des patients représente un axe de modernisation du système de santé.** Le levier interculturel semble ainsi être un de ces axes de modernisation, à condition qu'il ne soit pas l'objet d'une instrumentalisation et qu'il ne donne pas lieu à un « simple affichage » ou à une ethnicisation des relations des individus au sein du système social, médico-social et sanitaire.

**Ce module interprofessionnel a pour ambition de proposer un diagnostic et des solutions opérationnelles à la diversité culturelle.**

Durant ce travail, nous avons pris le parti d'adopter le point de vue du manager de santé, dans une démarche descendante pour atteindre les usagers et le personnel.

Dès lors, la question du niveau et des modalités de gestion de l'interculturalité, tout comme le degré d'intervention des dirigeants du domaine social, médico-social et sanitaire en la matière, restent encore sujet à caution. **Faut-il impulser une action concrète et opérationnelle de valorisation des compétences culturelles, et de prise en compte des différences culturelles ? Est-il possible de mettre en œuvre cette action, sans pour autant déroger aux principes d'égalité, de neutralité, de laïcité et de continuité du service public ?**

Si l'interculturalité a été conceptualisée dans les pays anglo-saxons, sa prise en compte dans les établissements améliore la prise en charge des usagers par les professionnels (I). La mise en place d'outils managériaux en faveur de l'interculturalité met en exergue des facteurs de réussite et des freins à leur généralisation (II). Des leviers d'action doivent désormais être mobilisés dans le cadre d'un plan opérationnel de management interculturel (III).

## **1 Si l'interculturalité a été conceptualisée dans les pays anglo-saxons, sa prise en compte en France dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux améliore la prise en charge des usagers par les professionnels**

### **1.1 Le concept d'interculturalité, d'inspiration anglo-saxonne, entre en tension avec la tradition républicaine française**

#### **1.1.1 Le concept d'interculturalité a émergé dans les pays anglo-saxons dans les années 1970**

Il ressort des travaux de Clifford Geertz au début des années 1970 [4] que la culture au sens social ne se définit pas comme une somme de coutumes ou d'institutions mais par une représentation symbolique partagée.

Le caractère dynamique et complexe de la construction de l'identité culturelle de chaque individu d'un groupe social concourt à rendre délicate la prise en compte de la dimension interculturelle. Ainsi Lee Gardenswartz et Anita Rowe [5] ont théorisé différents niveaux de l'identité culturelle (annexe 2) qui relèvent de la personnalité, de facteurs internes (genre, ethnie, orientation sexuelle) et de facteurs externes (éducation, religion).

Parmi l'ensemble de toutes les composantes de la diversité culturelle, certaines sont visibles et d'autres non visibles. Gary Lynn Weaver [6] (annexe 3) et Fons Trompenaars [7] ont décrit cette dichotomie à travers les métaphores de l'iceberg et l'oignon. Dans ce contexte, la définition de la compétence interculturelle s'est construite autour de la capacité à reconnaître les points de vue multiples. Il s'agit de prendre en considération les normes et valeurs qui diffèrent de son propre cadre de référence, en usant d'empathie envers les personnes d'autres cultures [8].

Pour systématiser et simplifier la prise en compte de la composante interculturelle, notamment dans le cadre d'une organisation de travail en entreprise, plusieurs chercheurs [9,10,11,12] ont proposé des représentations pluridimensionnelles de la culture pour la catégoriser afin d'anticiper les comportements et mieux prévenir les risques d'incompréhension interculturelle. Geert Hofstede propose un modèle en cinq axes : contrôle de l'incertitude, distance hiérarchique, orientation court terme/ long terme, individualisme/collectivisme, masculin/féminin [13].

De façon analogue, Evalde Mutabazi et Philippe Pierre [14] soulignent la différenciation des champs dans lesquels opère l'interculturalité. Ils différencient le champ de l'interculturel (rapatriés, négociation commerciale), la lutte contre les discriminations, le domaine de la gestion de la diversité lié au déploiement d'outils opérationnels à dispositions des « responsables diversités ».

Si ce modèle de gestion de l'entreprise n'est que partiellement adapté au milieu social, médico-social et sanitaire public, il apporte des clés de distinction importantes en termes de gestion de l'interculturalité.

### **1.1.2 La spécificité de l'histoire républicaine et universaliste française a rendu difficile la prise en compte de l'interculturalité en France**

**La France a inscrit son modèle d'intégration dans le cadre du modèle républicain et universaliste qui se donne pour objectif de permettre l'égalité entre les citoyens, au-delà de leurs différences culturelles.** En vertu de l'article 1 de la *Constitution du 4 octobre 1958*, la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale, assurant l'égalité de tous les citoyens devant la loi. La République ne souhaite pas intégrer des communautés mais des individus dont les cultures spécifiques doivent s'incorporer dans le creuset républicain. La langue française s'est ainsi imposée par étapes successives face aux langues et cultures régionales qui pouvaient remettre en cause son hégémonie dans le pays. **Contrairement à certains autres pays européens, les langues régionales sont désormais peu pratiquées alors qu'au début du XXème siècle, la langue française n'était pas maîtrisée dans plusieurs départements.** Cécile Laborde évoque ainsi dans *Français encore un effort pour être républicain*, une « légère schizophrénie à la française » en raison de la faculté de la France à promouvoir la diversité culturelle à l'international tout en se refusant de reconnaître des différences culturelles à l'échelon national [15]. A l'exemple de la Convention de l'UNESCO du 20 octobre 2005, relative à protection et la

promotion de la diversité des expressions culturelles, la France obtient régulièrement des dérogations au niveau européen et international sur les thèmes relatifs à la diversité culturelle.

**La question culturelle s'est longtemps cantonnée au rapport entre classes sociales.** Les pratiques culturelles ont été vues par le prisme des différences de légitimité entre les habitudes des membres de la bourgeoisie et celles des ouvriers comme l'explique Alain Touraine dans *La conscience ouvrière* [16]. Une « culture légitime » de la classe dominante s'opposerait ainsi à la culture ouvrière dominée, comme l'indique Pierre Bourdieu dans *La Distinction* [17]. Toutefois, l'arrivée progressive d'individus issus de pays européens, puis extra-européens au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, a incité les pouvoirs publics à mettre en œuvre des politiques publiques en faveur de l'intégration de ces populations d'origine étrangère, par des voies indirectes. Eric Fassin indique dans *De la question sociale à la question raciale*, que les enjeux sociaux, qui étaient prédominants pour les pouvoirs publics, sont progressivement remplacés par la question « raciale » [18].

### **1.1.3 La laïcité et la politique de lutte contre les discriminations en France, des outils juridiques qui visent à garantir l'égalité des individus**

Le principe d'égalité à la française revêt une consistance plus formelle que géométrique. En effet, l'article 1 de la *Constitution du 4 octobre 1958* et l'article 6 de la *Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen* garantissent l'égalité des citoyens devant la loi, sans distinction d'origine, de religion, de race. La garantie de ce principe d'égalité se décline à travers l'affirmation du principe de laïcité et à travers la politique de lutte contre les discriminations.

En premier lieu, le principe de laïcité est un cadre protecteur pour les agents. L'article 1 de la **loi du 9 décembre 1905** « assure la liberté de conscience ». Cette liberté de conscience offerte à chaque citoyen bénéficie aussi aux agents publics puisque toute discrimination fondée sur la religion ou les opinions dans l'accès aux fonctions est interdite<sup>1</sup>.

En second lieu, la laïcité est un cadre protecteur pour les usagers du service public. **L'application de la charte du patient hospitalisé s'interprète au regard des**

---

<sup>1</sup> Conseil d'Etat, 2000, Mlle Marteaux

**obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'institution, auxquelles sont soumis le personnel et les personnes hospitalisées.** Le devoir de neutralité des agents publics et des salariés participant à une mission de service public assure une égalité de traitement des citoyens face à l'administration quelles que soient leurs convictions ou croyances. Un guide de la laïcité dans les établissements publics de santé permet aux usagers et aux professionnels de répondre à leurs questions.

S'agissant de la politique de lutte contre les discriminations, son évolution a permis de constater la mutation du principe d'égalité. Le champ de la lutte contre les discriminations s'est d'abord cantonné à des critères socio-économiques, se refusant de reconnaître des discriminations de nature raciale. En effet, une discrimination est une inégalité de traitement fondée sur un critère subjectif, interdite par la loi. Depuis la parution d'un rapport du Haut Conseil à l'Intégration en 1998 [19], les discriminations raciales reposant sur les origines culturelles des individus sont reconnues parmi les 23 critères de discrimination du Défenseur des droits, et prohibées par la loi. La loi du 3 avril 2001 inverse la charge de la preuve dans le domaine de la discrimination au travail, afin de faciliter la démonstration de la nature des faits par la victime.

De surcroît, l'évolution du champ de la lutte contre les discriminations a fait muter le principe d'égalité, d'une conception arithmétique vers une approche géométrique - celle de l'égalité des chances. Il s'agit de compenser des différences objectives, qui peuvent être culturelles, à l'origine d'une inégalité de traitement. En matière d'inégalité d'accès entre les femmes et les hommes à la haute fonction publique, **la loi du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents, prévoit un renforcement progressif de la présence des femmes dans la haute fonction publique**, y compris dans la fonction publique hospitalière. L'objectif est de parvenir à une proportion de 40% des postes dans la haute fonction publique occupés par des femmes en 2018.

## **1.2 La prise en compte de la dimension interculturelle dans les établissements améliore la prise en charge des usagers et les conditions de travail des professionnels**

### **1.2.1 L'interculturalité est une donnée avec laquelle le milieu sanitaire, social et médico-social compose au quotidien**

**La présence d'usagers et de professionnels de nationalité ou d'origine étrangère incite l'encadrement de ces établissements à prendre en compte la question de l'interculturalité.** Alors qu'en France, 12% des habitants sont immigrés, c'est-à-dire nés étrangers dans des pays étrangers et venus en France, et 7% sont étrangers, c'est-à-dire de nationalité étrangère, les usagers des établissements sont représentatifs de la population française (INSEE, 2016). Cette pluralité d'origine se traduit souvent par l'expression de plusieurs cultures dans les établissements. A titre d'exemple, **Mayotte et la Seine-Saint-Denis comptent respectivement 41% et 22% d'étrangers** (INSEE,2016). Cette pluralité de nationalités est associée à des différences religieuses et linguistiques entre les usagers. **Le tourisme médical, conséquent en France, renforce ces situations d'interculturalité.** En effet, de nombreux étrangers viennent effectuer des soins en France en raison de la qualité du système de santé et de son influence. Aujourd'hui, près de 10% des patients en France viennent de l'étranger. Par ailleurs, les usagers sont souvent pris en charge par des praticiens hospitaliers qui, eux-mêmes, sont issus de nombreux pays. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), **parmi les 199 000 médecins exerçant en France, 40 354 sont nés à l'étranger, soit un sur cinq [20].**

**Ces efforts fournis en faveur de l'interculturalité s'inscrivent dans le cadre du développement de l'individualisation des parcours de vie et de soins dans le secteur médico-social et sanitaire.** Les pouvoirs publics ont cherché à sortir du phénomène de dépossession de soi dont pouvaient être victimes les usagers dans le cadre de leur prise en charge. Cela permet ainsi l'intercompréhension. De nombreux établissements publics tels que les hôpitaux ou les EHPAD ont favorisé ainsi des initiatives informelles afin de prendre davantage en compte la singularité des individus, en sollicitant les compétences d'agents d'origine étrangère pour accompagner des agents de la même origine. Ces agents, considérés comme « *publics à intégrer se transforment en agents d'intégration* » selon le rapport *La diversité à l'hôpital : identités sociales et discriminations* de l'IFRI [21]. Par le soin, ils travaillent à l'intégration.

## 1.2.2 L'interculturalité améliore l'efficacité des organisations

La mise en place d'une démarche interculturelle au sein d'un établissement permet d'actionner deux vecteurs de l'amélioration de la prise en charge des usagers.

Tout d'abord, **la formation des agents à la promotion de l'interculturalité réduit ainsi les risques de discrimination des usagers liés à leur diversité culturelle.**

La formation à l'interculturalité du personnel aboutit à dépasser le simple effet d'affichage d'une politique de recrutement des agents d'origine étrangère. L'interculturalité doit permettre de diffuser la promotion de la diversité dans la durée au sein d'une organisation. Une telle démarche ne se limite donc pas à la nomination de personnes issues de la diversité dans des catégories supérieures du personnel [22]. Elle consiste, à l'inverse, à utiliser les compétences culturelles de chaque individu au service d'un meilleur accueil de l'utilisateur.

A ce sujet, avoir un personnel formé à l'interculturalité doit d'abord avoir pour ambition d'accroître la capacité des agents à identifier et à comprendre les processus discriminatoires, souvent inconscients, résultant de différences culturelles entre soignants et soignés, mais aussi parfois entre agents. Dès lors, une telle démarche doit améliorer les droits des usagers et contribuer de manière bien plus approfondie à la lutte contre les discriminations, même indirectes ou inconscientes [23].

Par ailleurs, **l'adoption d'une telle démarche améliore inévitablement la prise en charge des usagers culturellement éloignés du système social, sanitaire et médico-social.**

Les hôpitaux accueillent davantage de migrants et de patients de cultures étrangères. Dès lors, la **médiation en santé** permet de converger vers une solution mutuellement satisfaisante et conciliatrice, à la fois pour les équipes médico-soignantes et pour le patient. La médiation culturelle, pratiquée par des associations interculturelles, consiste à opérer une articulation entre le traitement qui est donné dans le cadre des soins et le rapprochement avec les données culturelles du pays d'origine du patient. L'objectif est de travailler sur la représentation culturelle que le malade se fait de sa pathologie. Le médiateur culturel devient alors un maillon essentiel de la prise en charge de patients vulnérables et précarisés. Celui-ci, de par sa neutralité, son impartialité, contribue à l'émergence d'un compromis favorable à la fois pour le patient qui adhère au projet de soins, et à l'équipe médicale, qui est liée par une obligation de moyen vis-à-vis de chaque patient. Les ethno-psychiatres interviennent également pour assurer un pont entre la

« *médecine blanche*<sup>2</sup> » et les médecines non conventionnelles influencées par un « *système magico-religieux*<sup>3</sup> ». **Le médiateur culturel puis l'ethno-psychiatre garantissent la levée des contraintes et le manque de confiance de certains patients vis-à-vis de la médecine moderne.**

A titre d'exemple, une patiente atteinte d'une maladie rare et hospitalisée, refusait de suivre son traitement thérapeutique, invoquant le fait que sa pathologie ne relevait pas du registre médical. Face au désarroi des praticiens hospitaliers, un médiateur culturel a pu déceler le fond culturel de cette inobservance thérapeutique pour convaincre cette patiente de suivre son traitement en l'adaptant à sa convenance. L'intervention d'un praticien de médecine traditionnelle<sup>4</sup> a été décisive pour concilier les croyances culturelles et spirituelles de cette personne avec les principes de la médecine moderne.

Enfin, les associations de médiation interculturelle offrent aussi un accompagnement social aux personnes précarisées et culturellement éloignées du système de soins moderne. Les assistants sociaux formés à l'interculturalité et les ethno-psychologues favorisent l'ouverture des droits des migrants.

### **1.2.3 La culture professionnelle rassemble les individus autour de valeurs communes**

La question de l'interculturalité peut être traitée comme une capacité à tracer des ponts entre les cultures pour une meilleure performance des organisations de travail. Dans ce cadre, le développement d'une culture professionnelle commune peut jouer un rôle déterminant. **Les professionnels de santé partagent des valeurs communes en faveur de l'accès à tous à une prise en charge de qualité.** Pour autant, les agents les plus éloignés du patient, exerçant notamment au sein d'une fonction support, ont davantage de difficultés à se reconnaître et être reconnus comme professionnels de santé. Un responsable de formation d'école de santé publique a identifié la démarche qualité comme un levier pour

---

<sup>2</sup> Expression utilisée en entretien par un médecin chef de service d'un hôpital de banlieue parisienne

<sup>3</sup> Expression utilisée en entretien par un psychologue-anthropologue

<sup>4</sup> Médecine traditionnelle (Définition OMS, 2013) : « La médecine traditionnelle est très ancienne. C'est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales. »

favoriser une culture professionnelle commune centrée autour du patient, auquel s'ajoutent les valeurs du service public. Toutefois, le succès et la diffusion du nouveau management public depuis les années 1970, tendent à gommer les différences entre gestion publique et privée. Il en découle depuis une progressive dilution de l'identité professionnelle propre au secteur public.

Il faut néanmoins concéder que les principes de service public ne s'affranchissent pas complètement de tout risque de contournement. Ainsi en juin 2016, Yannick L'Horty, a remis au Premier ministre un rapport sur les discriminations dans l'accès à l'emploi public [24]. Celui-ci fait état de différences significatives d'un point de vue statistique concernant le recrutement des agents publics en fonction de plusieurs facteurs comme la naissance en métropole, ou la résidence dans des villes intégrant une forte proportion de Zones Urbaines Sensibles (ZUS). **Le rapport détaille également le rôle central des examinateurs des oraux de concours, dont la fonction est justement de discriminer, et qui sont aussi eux-mêmes victimes de leurs propres stéréotypes.**

## **2 La mise en place d'outils managériaux en faveur de l'interculturalité met en exergue des facteurs de réussite et des freins à leur généralisation**

### **2.1 Des démarches institutionnelles se juxtaposent aux initiatives locales informelles**

#### **2.1.1 Des démarches formelles**

Les démarches se déclinent au niveau du cadre institutionnel, de la gouvernance, et du management des équipes.

Des dispositifs formalisés sont mis en place par les établissements dans le cadre de la prise en charge globale de l'utilisateur, sans être qualifiés de politique interculturelle. La restructuration des services peut être l'occasion d'une prise en compte de l'interculturalité afin d'assurer la pertinence et la bonne connaissance de l'offre de soins par les usagers du territoire de santé.

Des formations interculturelles à l'intention des professionnels existent. Elles pourraient être budgétées dans les plans de formation des établissements et faire l'objet d'appels à projet.

La signature de conventions entre établissements et associations semble être le moyen privilégié pour apporter des compétences interculturelles au sein des services hospitaliers. Ces associations locales proposent une offre complémentaire variée. Des médiateurs culturels interviennent sur demande des patients ou des professionnels de santé. Des consultations d'ethnopsychiatrie sont dispensées dans les locaux d'une association. Des traiteurs associatifs livrent des repas traditionnels des pays d'origine des patients afin de réduire le risque de dénutrition, notamment des patients atteints du VIH. La maison d'information en santé, joignable par téléphone, est un service de l'hôpital pour faire l'interface avec les associations.

Ces associations s'adressent historiquement à des patients originaires d'Afrique subsaharienne atteints du VIH. L'une d'entre elles est conventionnée avec plusieurs hôpitaux. Leur champ d'intervention s'est étendu à d'autres populations originaires d'Asie et à la prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète et la drépanocytose. Désormais, ces associations interculturelles s'adressent à tout type de public vulnérable et précarisé, culturellement éloigné du système de soins. Les établissements se reposent beaucoup sur ces associations qui jouent un rôle prépondérant dans la démarche d'interculturalité.

Cependant, à la suite des entretiens, nous avons paradoxalement constaté que l'hôpital méconnaissait le champ d'intervention des associations partenaires.

L'exercice religieux dans les établissements est orienté par le Guide de la laïcité. Il recommande la nomination d'un référent laïcité comme personne-ressource dans l'accompagnement de la prise en compte de l'interculturalité. La présence de lieux de culte et la mise à disposition de service d'aumônerie des différents cultes permettent l'égal accès aux cultes.

Les établissements peuvent choisir d'afficher leur engagement en matière de prévention des discriminations, d'égalité des chances et de promotion de la diversité dans le cadre de la gestion des ressources humaines, à travers le *Label Diversité*. Cet engagement se traduit par une reconnaissance des bonnes pratiques de recrutement et d'évolution professionnelle qui valorisent la diversité dans la sphère du travail.

## 2.1.2 Des démarches informelles

Un spécialiste du management interculturel explique que « *le vocable de l'égalité fait écran à des besoins spécifiques, mais auxquels on essaye quand même de répondre de manière informelle* ». Ainsi des initiatives locales d'un agent, d'une équipe, d'un service émergent pour faire face à la réalité de la diversité sur le terrain. Christophe Bertossi et Dorothée Prud'homme parlent de « *bricolages* » [21]. Le spécialiste du management précise que les personnes qui portent ces initiatives « *doivent avoir une carrure importante pour porter cette responsabilité* ».

Des initiatives locales observées au cours des entretiens concernent différents domaines :

**Langues étrangères** - L'accueil est un lieu sensible pour orienter et conseiller les usagers. Un directeur d'hôpital explique qu'au « *standard, on a plusieurs personnes qui parlent arabe, portugais. Lorsque les personnes appellent, ça permet de faire matcher avec la personne qui parle cette langue. Mais bon, ça se fait de manière ad hoc et pas de manière très organisée* ».

Au sein des services, « *ce qui se fait plus couramment, c'est quand par chance dans l'équipe il y a une personne qui parle une langue étrangère, on la sollicite, mais au sein de l'équipe* ».

**Demandes particulières des usagers** - Le spécialiste du management interculturel cible les moments du « *début et de fin de la vie. C'est identifié comme étant des moments où la culture joue un rôle très important* ». Donc malgré la « *tendance au nom de l'égalité du service public à ne pas faire forcément d'exception* »<sup>5</sup>, certaines demandes particulières vont faire l'objet de négociations.

Le directeur d'hôpital raconte qu'un directeur d'astreinte est venu au milieu de la nuit valider le transfert de corps d'une personne de confession juive. Elle était décédée dans la nuit du vendredi au samedi et son corps ne pouvait pas être déplacé le samedi. Il ajoute : « *on a cherché une réponse pragmatique à une demande particulière. C'est un petit peu du cas par cas* ».

Le directeur d'hôpital explique également qu'ils ont « *beaucoup de chambres doubles dans [leur] maternité. Et ça pose un problème interculturel quand une dame va recevoir toute sa famille au sens large et que l'autre aura quelques visites mais va plus profiter de son intimité avec son bébé. On essaye de transférer la chambre, celle qui veut être un peu plus*

---

<sup>5</sup> Entretien avec un directeur d'hôpital

*tranquille. On l'affiche jamais car on ne veut pas faire de distinction ».*

**Sensibilisation à la dimension culturelle** - La réunion de synthèse hebdomadaire est l'occasion pour un médecin chef de service de « *sensibiliser les équipes médicales et paramédicales* ». Par ailleurs, certains professionnels d'un centre médico-psychologique spécialisé dans la prise en charge transculturelle<sup>6</sup> se sont « *formés sur le tas* » à l'Anthropologie Médicale Clinique, au cours des réunions d'équipes, par des lectures conseillées par des collègues. La « *co-formation* » fonctionne lorsque le sujet est omniprésent.

**Cohésion d'équipe** - Un préfet du Comité interministériel de prévention de la délinquance explique l'importance de la « *diplomatie du déjeuner* ». Les moments informels et de convivialité, permettent la transmission de la culture professionnelle. Par exemple, un Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile organise, une fois par an, une fête interculturelle. Les usagers et les membres du personnel apportent un plat de leurs pays d'origine. Cette action permet de lutter contre le racisme très présent dans le centre.

**Aide au discernement dans une situation complexe** - Une équipe d'éducateurs spécialisés est venue consulter les professionnels d'un centre médico-psychologique spécialisé dans la prise en charge transculturelle. Ces éducateurs n'avaient pas à leur disposition les compétences culturelles nécessaires au sein de leur structure. Ils étaient en difficulté avec la famille d'un enfant autiste d'origine tamoule. Les éducateurs pensaient qu'il existait une « *relation entre autisme et culture tamoule* », ce qui n'était pas le cas. En réalité, l'échange a mis en évidence que les parents étaient dans le déni de la situation de leur enfant. La dimension culturelle faisait barrage à une réflexion globale pour ces éducateurs.

---

<sup>6</sup> La transculturalité, selon la définition de Chantal Forestal, va au-delà d'une acceptation et de la connaissance de l'Autre. Elle a pour objectif de transformer les représentations et les façons de penser les relations entre personnes en s'appuyant sur des valeurs humanistes.

## 2.2 Ces démarches se heurtent à des obstacles multiples

### 2.2.1 L'assignation à résidence identitaire des usagers

Les démarches en faveur de l'interculturalité, qu'elles soient institutionnelles ou initiées localement, peuvent se heurter à des obstacles et entraîner des **risques de stigmatisation, d'assignation culturelle, de surestimation du facteur culturel ou encore de communautarisme.**

**Les dispositifs d'interculturalité implémentés dans les établissements peuvent se heurter tout d'abord à la stigmatisation de certains patients pour lesquels ces dispositifs sont pensés.** Durant nos entretiens, un chef de service d'un hôpital de région parisienne nous a fait part de la difficulté à catégoriser sa patientèle compte tenu de la **complexité des identités. Les identités sont en effet mouvantes et changeantes** et dépendent beaucoup des individus, au-delà de leur appartenance culturelle. Le risque d'une démarche interculturelle trop rigide est d'enfermer les individus dans une identité trop figée alors que leur identité est plurielle, comme l'indique Erving Goffman dans *Stigmate : les usages sociaux des handicaps* (1975) [25]. En effet, les personnes s'approprient leur héritage culturel en fonction de leur pays d'accueil et de leur pays de naissance à des degrés différents. Le médecin chef de service nous a confié par exemple que la dimension intergénérationnelle était parfois plus importante que l'origine géographique. Au-delà de la stigmatisation, l'autre écueil est celui de l'**infantilisation** des usagers par de tels dispositifs compte tenu de leur niveau d'information et de connaissance.

Un centre médico-psychologique interrogé se donnait pour objectif de séparer les usagers selon leur origine géographique mais a dû renoncer en raison des risques de stigmatisation de ces publics. Le centre offre des consultations de psychiatrie transculturelle centrées sur la personne migrante et réfugiée. A l'origine, le centre était construit et pensé en étages. A chaque étage correspondait une aire géoculturelle. Au premier étage, se déroulaient les consultations dédiées aux patients en provenance d'Amérique latine et au deuxième étage, celles dédiées aux patients originaires d'Afrique. Les professionnels ont pris conscience que ce modèle était stigmatisant. Un psychologue-anthropologue affirme ainsi : *« c'était une espèce d'agence de voyage. Il y avait une assignation pour les patients mais aussi pour les thérapeutes. Ce n'était plus cohérent avec le modèle de mondialisation actuelle dans lequel les parcours sont multiples. Par exemple, un patient d'origine sénégalaise était assigné à un thérapeute wolof, mais cette personne peut, être née à Dakar puis, avoir passé 10 ans à Chicago et venir ensuite s'installer en France ».*

En 2009, une réorganisation complète a eu lieu autour de l'Anthropologie Médicale Clinique « *On a arrêté de parler de la culture de l'autre et on pense à la relation clinique comme rencontre entre systèmes culturels. Ce n'est plus uniquement que le patient qui est «l'autre». Le professionnel est « l'autre » pour « l'autre »* ». Ce modèle permet de prendre en charge la demande de toute personne, sans générer une assignation culturelle ou linguistique. On parle de « *représentations culturelles* » du soin et de la maladie.

Les acteurs et institutions de santé publique sont également confrontés à ces risques de stigmatisation, en particulier dans les actions de prévention et de communication sur la santé, qui se doivent d'être ciblées et non stigmatisantes. Ce souci d'avoir une approche ciblée en matière de prévention est en effet essentiel afin de réussir à sensibiliser les individus les plus éloignés du système de santé, et donc à favoriser l'accès à l'information et à l'accompagnement, pour la préservation de leur capital santé. La réduction des inégalités sociales de santé dépend de la capacité à adresser les actions de prévention à ces populations identifiées comme prioritaires. La volonté d'une co-construction des actions de prévention avec des représentants des populations visées, est à la fois un gage en termes de pertinence des messages, et de limitation du risque de leur stigmatisation [26].

A titre d'exemple, la mise en place d'une communication spécifique en matière de santé publique, à l'intention des populations migrantes résidant en France, continue de rencontrer des difficultés multiples pour concilier égalité républicaine et interculturalité. Les résultats des campagnes de prévention du Sida montrent que la population migrante ne se sent pas destinataire des messages en direction de la population générale. La mise en place d'une stratégie de communication ciblée rend visible des minorités jusqu'alors invisibles, avec le risque de les stigmatiser. Néanmoins la communication ciblée en direction des migrants permet d'obtenir des résultats en termes de santé publique. Dans le cas du sida, faire des campagnes en direction des Africains pourrait revenir à accréditer l'idée selon laquelle ils seraient responsables de la propagation du virus et de la maladie. Toute communication doit prendre en compte cet écueil au risque de voir son message devenir contre-productif et rejeté par la cible. Une solution serait d'entrer en affinité avec les personnes auxquelles on s'adresse : pour commencer, créer les conditions d'un dialogue, rechercher l'horizontalité de l'échange plus que la verticalité de la consigne. Il convient de passer d'une communication dirigée vers un groupe à un message adressé à un individu. Il s'agit de remplir la promesse républicaine d'égalité face à la santé en développant une communication spécifique dont le but est d'universaliser la communication en santé publique [27].

## 2.2.2 Les écueils d'un manque de portage institutionnel

Si la culture doit être considérée en tant que construit social, la démarche interculturelle est un outil pédagogique que l'on utilise pour des objectifs que l'on s'est fixés. Ces objectifs peuvent être très structurants dans les comportements ou peuvent amener à se poser des questions pour comprendre et agir. Cependant, certains écueils subsistent.

La démarche d'interculturalité ne doit pas conduire à véhiculer certains stéréotypes. Par exemple, des migrants ont accès à l'information de leurs droits via des outils numériques et continuent malgré tout à être infantilisés. Les quatre outils de gestion mobilisés dans le contexte du management interculturel sont la gouvernance, la gestion d'équipe, la formation et le recrutement. Ces outils – souvent d'origine américaine – méritent d'être réinterrogés dans les politiques de management. L'utilisation de ces outils de gestion est différente selon les pays, en raison des différentes cultures nationales. Par exemple, le rapport au pouvoir hiérarchique est différent selon les pays.

L'absence de **politique institutionnelle** peut entraîner une non-adhésion de l'ensemble des professionnels, comme l'a souligné un spécialiste du management interculturel lors d'un entretien : *« Une posture, au niveau de la direction d'un hôpital ou d'un service, joue un rôle très important pour montrer qu'on est ouvert à cette question, que ce soit au niveau de la patientèle ou au niveau des équipes. Si la direction d'un hôpital ne se prononce pas, il est extrêmement compliqué pour un agent de faire remonter du terrain ce besoin »*. En l'absence de valorisation par sa hiérarchie, l'agent qui met en œuvre une initiative interculturelle, notamment par le biais de l'interprétariat, peut se retrouver jugé par ses pairs. Certains trouveront cette action intéressante et d'autres néfaste car au détriment des tâches à effectuer dans le service. Ces compétences non évaluées sont en grande contradiction avec la professionnalisation des techniques de soins. Dans le monde hospitalier, la compétence technique prédomine et un bon niveau de performance est maintenu au travers de formations. **S'il est admis que la compétence interculturelle fait partie intégrante du métier des soignants, souvent qualifiée d'empathie par les professionnels, son déploiement notamment par les managers reste difficile.** Certains soignants avouent *« ne pas se dénoncer sur la liste des interprètes de l'établissement »*. La prise en compte des ressources internes est un facteur de réussite pour la **continuité** et la **pérennité** notamment en cas de départ d'un agent.

La démarche interculturelle se heurte aux limites de la surestimation dès lors qu'elle entre dans le domaine suprasensible. Si le médiateur interculturel est neutre et impartial pour trouver une solution mutuellement satisfaisante pour les deux parties (patient et médecin) la plus grande vigilance demeure quant à l'intervention de guérisseurs. Un exemple de « *prescription d'incinération* » nous a été rapporté lors d'un entretien. L'autre difficulté de la surestimation des facteurs culturels, soulignée par un médecin chef de service d'un hôpital parisien, peut se traduire par une mauvaise évaluation et une minimisation des troubles psychiatriques.

Comme l'a indiqué un psychologue anthropologue exerçant dans un centre médico-psychologique pour migrants et étrangers, « *devenir spécialiste ou expert de l'interculturel porte une stigmatisation en soi-même avec le risque de se figer sur des différences* ». Selon elle, « *l'autre et la diversité peuvent être caricaturés. La formation à l'interculturel, c'est un travail sur la posture de soi. Il s'agit de déconstruire ses représentations pour reconstruire et co-construire. Il faut rester vigilant au mot-valise « compétences interculturelles » qui peut à force être sans signification* ».

### **3 Des leviers d'action doivent désormais être mobilisés dans le cadre d'un plan opérationnel de management interculturel**

#### **3.1 A l'échelle nationale**

**Recommandation n°1 : Inscrire la dimension interculturelle comme orientation du développement professionnel continu (DPC) afin de favoriser les formations pour les personnels médicaux et paramédicaux.**

Initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et adapté par la loi de Modernisation de notre système de santé en 2016, le dispositif de DPC est effectif depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Chaque professionnel de santé doit suivre un parcours de DPC pour remplir son obligation triennale.

Les orientations du DPC ne prévoient pas la prise en compte des diverses cultures au sein des établissements. Pourtant, de telles formations, prises en charge par l'ANFH, permettraient de créer un lieu réflexif sur l'interculturalité.

+ Points forts	- Limite
√ Utilisation d'outils déjà existants, mesure qui peut se faire à droit constant. √ Egalisation de la formation au niveau national.	√ Action préventive mais qui n'a pas d'impact direct sur les discriminations. √ Thème non prioritaire dans le désir de formation des agents

**Recommandation n°2 : Valoriser les formations à la médecine transculturelle.**

L'existence de médecins formés à la transculturalité, notamment en psychiatrie, reste partielle et réservée aux grands centres hospitaliers (CHU de Bordeaux, CHU Avicenne, CHU de Genève). Une action ambitieuse de la part du gouvernement en matière d'élargissement de la formation des médecins à la diversité culturelle, semble souhaitable.

+ Point fort	- Limite
√ Adhésion au traitement.	√ Risque d'une sur-culturation du diagnostic : considérer la culture comme une cause et non comme un facteur parmi d'autres dans la prise en charge.

### 3.2 A l'échelle des établissements

**Recommandation n°3 : Inscrire un module obligatoire sur l'interculturalité dans la formation initiale des professionnels.**

La formation initiale des professionnels et notamment des praticiens, ne prévoit pas toujours de module relatif à la prise en compte de la dimension interculturelle des usagers accueillis au sein du système de santé. Des outils et actions de sensibilisation peuvent être mis en place afin d'éviter les situations de discrimination.

+ Point fort	- Limites
√ Développer des compétences culturelles et déconstruire les stéréotypes.	√ Coût financier et humain.

**Recommandation n°4 : Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) doivent être un levier d'organisation des actions de formation et de sensibilisation à la question de l'interculturalité à l'échelle du territoire.**

Le GHT devient un support idéal pour l'organisation d'actions de formation et de sensibilisation du personnel médical, paramédical et socio-éducatif du territoire concerné. Les établissements parties, ainsi que les établissements et structures partenaires du GHT, pourraient bénéficier de ces actions, et y participer en commun afin de faciliter les relations de coopérations sur le territoire entre les différents corps de métiers, et assurer la prise en charge globale des usagers.

+ Point fort	- Limite
√ Une approche territoriale qui favorise les bonnes pratiques et peuvent impliquer des économies d'échelle.	√ Cette démarche relève de la bonne volonté des organisations territoriales et peut créer des inégalités entre territoires.

**Recommandation n°5 : Instituer sur chaque territoire le recours à des interprètes formés aux entretiens médicaux et notamment au respect de la confidentialité.**

Des établissements font régulièrement appel à des professionnels de l'institution pratiquant une langue étrangère. Pour autant, ces professionnels ne sont pas formés à la traduction d'entretiens médicaux ou soignants, et peuvent être affectés par la tenue de ces entretiens. Le recours à des interprètes sur le territoire de santé pourrait être organisé par le GHT, afin qu'un dispositif soit institué pour l'ensemble des établissements du territoire. Les professionnels de santé doivent être formés à travailler avec des interprètes.

+ Point fort	- Limite
√ Ce dispositif permet d'améliorer la prise en charge des patients et favorise l'intercompréhension tout en protégeant les agents de grief émotionnel.	√ Cette démarche relève de la bonne volonté des organisations territoriales et peut donc créer des inégalités entre territoires.

**Recommandation n°6 : La prise en compte de la dimension interculturelle doit faire l'objet d'une politique d'établissement.**

Le projet d'établissement est un outil incontournable de définition de la politique d'établissement social ou médico-social. La question de l'interculturalité doit être inscrite au sein du projet médical, notamment du projet médical partagé au niveau du GHT, du projet de prise en charge des patients, du projet social, du projet de soins de l'établissement. Cette politique doit revêtir une dimension territoriale par le biais du Projet Régional de Santé porté par l'ARS.

Dans le cadre de cette recommandation, il est opportun :

- *D'intégrer les démarches d'interculturalité dans les indicateurs sur la qualité de vie au travail ;*
- *De mettre en place des groupes de réflexion au sein de l'établissement ;*
- *D'intégrer dans les contrats de pôle des indicateurs qualitatifs d'intégration des professionnels étrangers (questionnaires de satisfaction à destination de ces professionnels).*

+ Points forts	- Limite
<p>√ L'inscription d'une politique d'interculturalité au sein de l'établissement est un facteur d'attractivité des professionnels.</p> <p>√ Facteur de qualité de vie des usagers dans les structures médico-sociales et sociales.</p>	<p>√ Dans les établissements sanitaires, la dimension technique et l'organisation des soins sont dominantes. Celles-ci risquent de compromettre la nécessité de prendre en compte la dimension culturelle.</p>

**Recommandation n°7 : Etablir des démarches de profilage.**

Certains pays étrangers ont instauré des démarches de profilage culturel de l'individu qui améliorent la prise en charge des patients.

*Exemple : au sein des hôpitaux universitaires de Genève a été créé un service de consultation transculturelle et d'interprétariat qui a pour but d'évaluer les facteurs sociaux et culturels influençant la communication avec le patient ainsi que le diagnostic.*

+ Point fort	- Limites
✓ Inscription dans la prise en charge de la singularité des patients : cette démarche peut être considérée comme un facteur d'attractivité pour les organisations, notamment en faveur du tourisme médical.	✓ Risque de figer les identités culturelles et de surévaluer le poids de la culture dans la prise en charge des patients. ✓ Coût financier.

### 3.3 A l'échelle des professionnels

**Recommandation n°8 : Le manager public doit faire preuve d'exemplarité et de neutralité dans sa pratique quotidienne.**

L'exemplarité implique le fait, pour le manager, de s'appliquer à lui-même les exigences qu'il formule à l'égard de ses collaborateurs en termes d'interculturalité.

*S'assurer de l'équité dans la pratique du management sur le fondement de critères objectifs et communs à tous les membres de l'équipe. Cette équité doit se traduire notamment dans l'égal accès à la formation continue, la répartition des missions ou les possibilités d'évolutions professionnelles.*

+ Points forts	- Limites
✓ Agir concrètement sur des situations effectives de gestion de la diversité et de la discrimination. ✓ Eviter la formalisation à l'excès des procédures de gestion de la diversité.	✓ S'assurer de l'adhésion des agents à la démarche. ✓ Pratiquer le management interculturel résulte d'un processus à long terme, dont les effets sont peu perceptibles à court terme.

**Recommandation n°9 : Travailler en équipe sur les représentations et les stéréotypes au sein des organisations.**

Il est nécessaire de travailler sur les représentations et les stéréotypes qui risquent de fausser les prises en charge. Il s'agit de permettre aux professionnels de s'ouvrir à la diversité, pour s'approprier la législation et prendre conscience des stéréotypes.

Il convient ainsi de promouvoir l'organisation de conférences thématiques associées à la diffusion d'un guide législatif sur l'intranet, élaboré en collaboration avec les membres du personnel. Par exemple, le CHR de Metz-Thionville a mis en place, au sein du CRETH (Comité de réflexion éthique) un groupe de travail intitulé « culte et culture ».

+ Point fort	- Limite
√ Positionnement des professionnels en tant qu'acteur de la démarche.	√ Risque d'un manque d'investissement des agents à la démarche.

**Recommandation n°10 : Favoriser les échanges entre les professionnels de cultures différentes.**

Un système de parrainage par un professionnel est souhaitable pour assurer l'intégration de nouveaux arrivants, notamment du personnel étranger. De plus, des échanges entre professionnels permettent de partager des cultures différentes afin d'éviter toute incompréhension. Ces échanges sont un levier de cohésion au sein des GHT.

Les professionnels doivent s'appropriier les spécificités du territoire sur lequel ils interviennent, accompagnés par des actions de sensibilisation et de partage de la culture locale.

Au sein d'un même établissement, des corps de professions différentes doivent pouvoir échanger pour développer une culture d'établissement. Le manager initie différents échanges interprofessionnels :

- *Echanges entre services ou institutions ;*
- *Etablir un système de tutorat par un soignant senior (médical et paramédical) pour les professionnels étrangers exerçant nouvellement en France. Ce système pourrait être élargi pour tout nouvel arrivant dans l'établissement ;*
- *Voyages d'échanges entre professionnels de pays différents.*

+ Points forts	- Limite
√ Favorise l'intégration des nouveaux professionnels. √ Valorise les compétences des professionnels en poste.	√ Nécessite une organisation et des temps dédiés pour que la démarche soit efficiente.

### 3.4 A l'échelle des usagers et de la société civile

**Recommandation n°11 : Travailler en réseau et favoriser le partenariat avec des associations porteuses de compétences interculturelles.**

Les établissements doivent solliciter les associations du territoire ayant des compétences interculturelles afin de mettre en place les actions suivantes :

- *Constituer un carnet d'adresses des associations présentes sur le territoire ;*
- *Etablir des conventions ;*
- *Organiser des permanences dans un local dédié ;*
- *Mener des actions de communication à destination des usagers (affichage, site internet, livret d'accueil) et des professionnels (intranet, annuaire).*

+ Points forts	- Limites
√ Développement d'un réseau d'associations interculturelles au profit des usagers et des professionnels.	√ Absence d'associations interculturelles sur le territoire.
√ Apport de compétences extérieures.	√ Manque de robustesse du bénévolat.

**Recommandation n°12 : S'appuyer sur les représentants du personnel pour co-construire les démarches d'interculturalité.**

En termes de formation, d'information ou de communication, l'appropriation par les représentants du personnel de la démarche d'interculturalité portée par l'administration permet d'assurer la complémentarité des outils et des procédures.

- *Présentation et validation de la démarche lors des instances (CTE, CHSCT).*

+ Point fort	- Limites
√ Appropriation de la démarche interculturelle par les représentants du personnel.	√ Organisation nécessaire de temps dédiés pour que la démarche soit efficace.
	√ Risque de rejet de la démarche par les représentants du personnel en cas de dialogue social tendu

## Conclusion

A la question de savoir s'il est nécessaire d'impulser une action concrète et opérationnelle de valorisation des compétences culturelles et de prise en compte des différences culturelles existantes au sein des structures sociales, médico-sociales et sanitaires, la réponse est positive, sous conditions. **La promotion d'une démarche interculturelle ne doit pas s'inscrire en contradiction avec la tradition républicaine française mais doit la compléter et l'enrichir.** L'interculturalité permet la compréhension des cultures autour de la notion d'altérité. **Elle n'a pas pour objet d'essentialiser des individus dans des cultures figées et ainsi, se différencie d'une approche multiculturelle ou communautariste.**

Il ressort en effet de nos entretiens que l'interculturalité, qui favorise l'intercompréhension, le vivre-ensemble et la communication mutuelle, repose sur des conditions de réciprocité particulièrement importantes dans un système de prise en charge des usagers.

L'interculturalité dans ses diverses acceptions peut être l'un des axes d'amélioration de la prise en charge des usagers et de l'accompagnement des agents. Cette démarche doit toutefois être conditionnée au respect des principes de service public, tels que ceux d'égalité et de neutralité. Les démarches formelles et les initiatives informelles d'interculturalité ne doivent pas non plus conduire à stigmatiser la différence ou à valoriser des politiques de simple affichage de promotion de la diversité.

La mise en place d'une démarche d'interculturalité doit conduire l'établissement à aller au-delà des bonnes intentions afin que les professionnels soient véritablement aptes à exercer dans un contexte interculturel. Dans ce cadre, le manager public joue un rôle prépondérant. Parallèlement à des mesures formelles, il doit permettre le développement d'un environnement favorable à l'interculturalité. En effet, la pérennité des démarches d'interculturalité repose sur une appropriation du sujet par les acteurs de terrain.

---

## Bibliographie

---

1. WANLIN P., 2007, « L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les entretiens manuels et l'utilisation de logiciels », *Recherches qualitatives, Hors-Série, n°3*, p. 243-272.
2. CONSEIL DE L'EUROPE, 2008, *Livre Blanc sur le dialogue interculturel « Vivre ensemble dans l'égalité »*, 70 p.
3. CALVES G., 2008, « Sanctionner ou réguler. L'hésitation des politiques de lutte contre les discriminations ». *Informations sociales, n° 148*.
4. GEERTZ C., 1973, *Bali : interprétation d'une culture*, Gallimard.
5. GARDENSWARTZ L. et ROWE A., 1994, *Diverse Teams at Work : Capitalizing on the Power of Diversity*, Society For Human Resource Management, annotated edition (April 1, 2003), 259 p.
6. WEAVER, G.R., 1993, « Understanding and coping with cross-cultural adjustment stress », in M. Paige (ed.) *Education for the Intercultural Experience*, pp. 137-168. Yarmouth, ME : Intercultural Press.
7. TROMPENAARS F., 1994, « Riding the waves of culture : understanding cultural diversity in business », Irwin professional pub., 215 p.
8. VAN DER ZEE K.I. and al., 2004, « The influence of Social Identity and Personality on Outcomes of Cultural Diversity in Teams » in *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 35, 283-303
9. ADLER N. J., 2008, « International Dimensions of Organizational Behavior », *International 5e Edition*, Cengage Learning, 398 p.,
10. HALL E.T., 1984, "La Danse de la vie : temps culturel, temps vécu", Paris : Editions du Seuil
11. SCHEIN E., 1985, "Organizational Culture and Leadership", San Francisco : Jossey-Bass,
12. KLUCHOHN F. & STRODBECK F., 1961, "Variations in value orientations". Evanston, IL : Row, Peterson
13. HOFSTEDE G., 1991, "Cultures and Organizations : Software of the Mind". London, UK : McGraw-Hill

14. MUTABAZI E. et PIERRE P., 2008, "Pour un management interculturel : De la diversité à la reconnaissance en entreprise", L'Harmattan, 214 p.
15. LABORDE C., 2010, *Français encore un effort pour être républicain !* Paris : Editions du Seuil, 151 p.
16. TOURAINE A., 1966, *La conscience ouvrière*, Paris : Editions du seuil, 400 p.
17. BOURDIEU P., 1979, *La Distinction : critique sociale du jugement*, Les éditions de Minuit, 672 p.
18. FASSIN D. et FASSIN E., 2009, *De la question sociale à la question raciale ?* Editions La découverte, 280 p.
19. HAUT CONSEIL A L'INTEGRATION, 1998, Rapport du Haut Conseil à l'Intégration remis au Premier ministre « *Lutte contre les discriminations : faire respecter le principe d'égalité* » 1998
20. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016.
21. BERTOSSI C. et PRUD'HOMME D., 2011, « La « diversité » à l'hôpital : identités sociales et discriminations », IFRI.
22. MUTABAZI E. et PIERRE P., 2013, « De la gestion de la diversité au management interculturel. Cinq phases d'un processus de formation à « l'intelligence de l'autre » », Sylvaine HUGUES, Bruno LEFEBVRE et Danielle LEEMAN, *De l'université à l'entreprise : les métiers de l'interculturel*, Lambert Lucas.
23. FASSIN D., 2002, « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, vol. 52, no. 4, pp. 403-423.
24. L'HORTY Y., 2016, « Les discriminations dans l'accès à l'emploi public », Rapport au Premier Ministre.
25. GOFFMAN E., 1975, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, 180 p.
26. COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE, 2017, « La prévention : une priorité de santé unanimement partagée », Communiqué de presse [en ligne], [page consultée le 17/05/2017], disponible sur internet : <http://www.leciss.org/espace-presse/communiqu%C3%A9s-de-presse/prevention-priorite-de-sante-unanimement-partagee>
27. AÏNA E., 2009, « Santé publique : mieux cibler la communication pour parler à tous », *Hommes et migrations*, 1282, p. 34-42.

---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe 1 : grille d'entretien .....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 2 : les quatre niveaux de la diversité .....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe 3 : la métaphore de l'iceberg de G. Weaver (1986).....</b>	<b>VI</b>

## **Annexe 1 : grille d'entretien**

Merci d'avoir accepté cet entretien. Pour vous situer notre travail, nous sommes un groupe de neuf élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique dans diverses filières : IES, AAH, DS, DH, D3S. Notre sujet d'étude est l'intérêt de la prise en compte de la dimension interculturelle dans le système de santé. Nous avons d'abord fait une revue de la littérature et maintenant, nous réalisons des entretiens avec des professionnels confrontés à cette question sur le terrain. Notre objectif est de formuler des recommandations à partir des observations faites lors de ces entretiens. Ce travail est susceptible d'être publié par les Presses de l'EHESP.

Deux choses importantes, premièrement, les données de cet entretien seront anonymisées. Et deuxièmement, êtes-vous d'accord pour que nous enregistrions cet entretien ?

Avez-vous des questions sur la démarche ?

### **I. Le contact**

**Quel est votre métier ?**

- *Pouvez-vous nous décrire votre travail au quotidien ?*
- *Quel est votre parcours professionnel ?*
- *Pouvez-vous nous expliquer ce qui vous a conduit aujourd'hui à être membre de cet organisme ? (Valeurs)*
- *Au quotidien, quels sont les éléments qui vous stimulent dans votre travail ?*

### **II. La structure**

**Pouvez-vous nous présenter votre structure ?**

- *Présentation structure : fiche d'identité de la personne contactée, nombre de salariés ou agents, nombre d'utilisateurs, dimension équipe.*
- *Quel est le statut juridique de votre structure ?*
- *Quels sont les membres de la structure, combien sont-ils ?*
- *Comment la structure est-elle financée ?*

**Quel est le profil du public accueilli ?**

- *Quel est le public accueilli ?*
- *Est-ce que le public accueilli est culturellement proche des professionnels ?*
- *Quelles sont les modalités d'orientation des personnes reçues ? Comment les utilisateurs arrivent et sont orientés ici ?*

**Quel est le territoire couvert et bassin de population ?**

### **III. Démarche dans l'interculturalité**

**Quelle est votre définition de la culture/interculturalité ?**

**Dans votre pratique, comment se manifeste l'interculturalité ?**

**Gouvernance : Avez-vous mis en œuvre des actions liées à la rencontre des cultures ?**

→ *Avez-vous déployé une démarche autour de la diversité ? Si oui, laquelle ?*

→ *Avez-vous pu en mesurer l'impact ?*

→ *Dans quelle mesure cette dimension est prise en compte dans votre politique d'établissement ?*

**Comment conciliez-vous la diversité culturelle de vos agents avec les grands principes du service public, notamment celui de la neutralité ?**

### **Management des équipes/Processus RH**

→ *Comment les managers intègrent-ils la dimension interculturelle dans leurs pratiques ?*

→ *Faites-vous abstraction de la diversité culturelle au sein de votre structure/ lors des entretiens de recrutement/lors du traitement des situations personnelles ?*

→ *Dans un milieu professionnel, la diversité culturelle doit-elle être atténuée ou considérée comme un atout ?*

**De quels moyens disposez-vous pour mettre en œuvre vos projets ? (Ressources financières, RH, référent laïcité, résistance au changement des agents, réticences face à ce thème, manque d'intérêt des professionnels, réaction négative des usagers)**

→ *Qu'est-ce qui a facilité vos démarches ?*

### **Communication**

**Comment s'organise la communication interculturelle dans l'établissement ?**

**Quels sont les risques d'incompréhension de malentendu ?**

**Quels groupes de professionnels et d'usagers sont concernés par l'interculturalité ?**

→ *Soignants/soignés*

→ *Personnel d'accueil administratif/usagers*

→ *Entre professionnels (au sein d'une équipe ou avec la hiérarchie)*

→ *Avez-vous des exemples de situations dans lesquelles les différences culturelles se sont révélées ?*

- Avez-vous des situations problématiques à nous citer ? (Difficultés de communication, religion, stéréotypes d'origines géographiques)
- Comment expliquez-vous (l'origine de) ces situations ? (Quand, où, comment)

### **Formation**

**Que mettez-vous en œuvre pour sensibiliser vos agents à ces questions-là ?**

**Pensez-vous qu'il est nécessaire de disposer des compétences en termes de management interculturel ?**

**1) *Evaluation des stratégies mises en place :***

- Avez-vous mis en place un dispositif d'évaluation de votre stratégie ? (Indicateurs)
- Le cas échéant, de quel type (forme, fréquence, indicateurs) ?
- Pouvons-nous proposer des exemples ?

**2) *Limites et risques :***

- Identifiez-vous des limites ? Quelles difficultés n'avez-vous pas pu résoudre par votre politique de prise en compte de la dimension interculturelle ?
- Cette prise en compte de la dimension interculturelle emporte-elle selon vous un risque (contreproductif, stigmatisation, néfaste, affichage...) ?
- Ces limites font-elles écho à des problèmes non résolus, même de manière partielle, que vous avez rencontrés ?

### **IV. Recommandations : propositions opérationnelles sur le management interculturel**

- 1) Avez-vous des recommandations, relatives à l'interculturalité, à soumettre afin d'améliorer la prise en charge des usagers dans d'autres établissements ? (Management, accompagnement des professionnels)
- 2) Les différentes mesures en faveur de l'interculturalité mises en œuvre sont-elles applicables dans d'autres établissements ou structures ?

**V. Points de vigilance :**

**Sur quels points faut-il être particulièrement vigilant dans la mise en œuvre d'une démarche d'interculturalité ?**

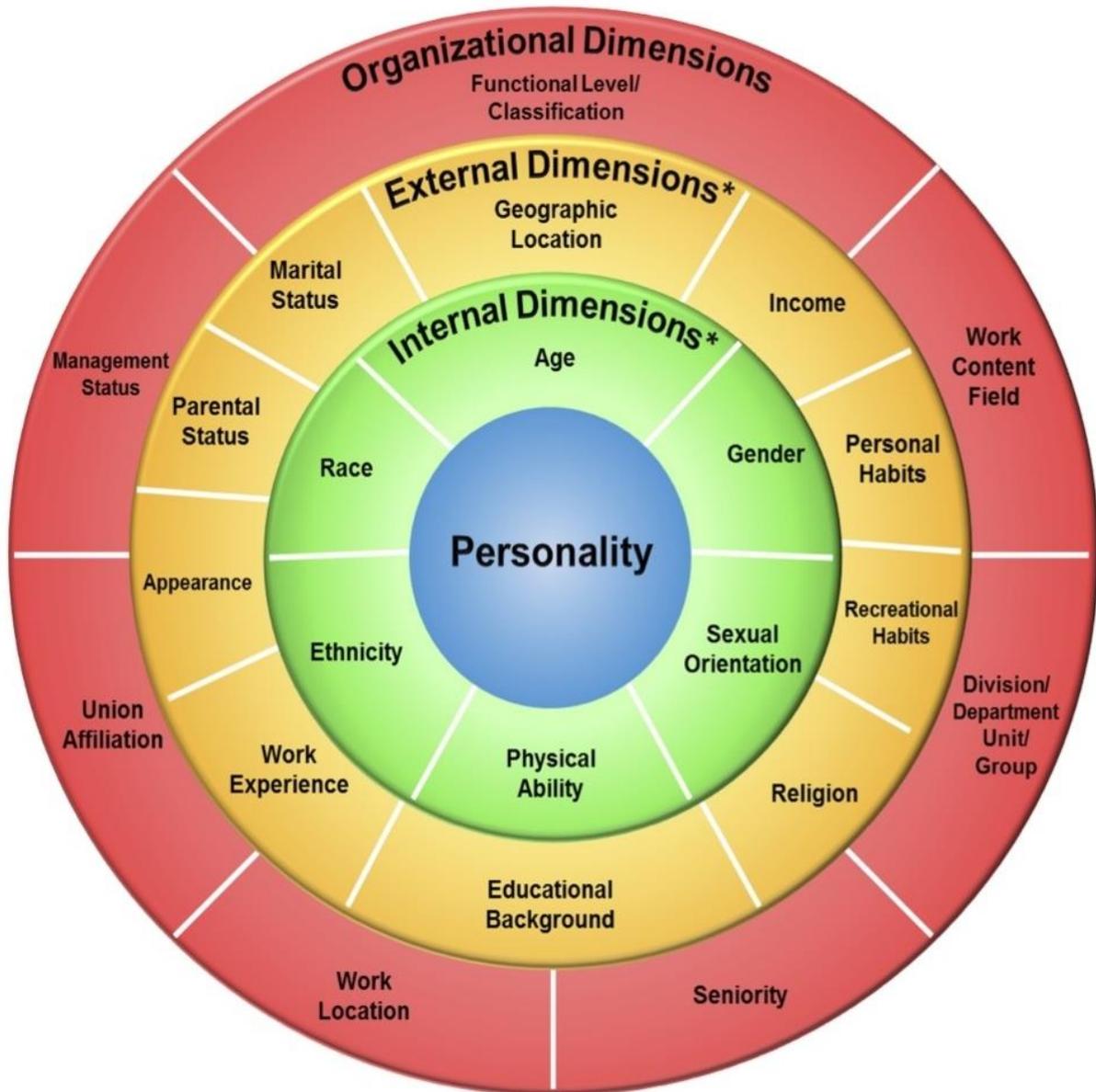
**Est-ce que les stratégies, politiques, styles managériaux, les formations tournés vers l'interculturalité modifient la culture professionnelle en faveur de l'utilisateur ?**

*→ Intégration des usagers dans la démarche ?*

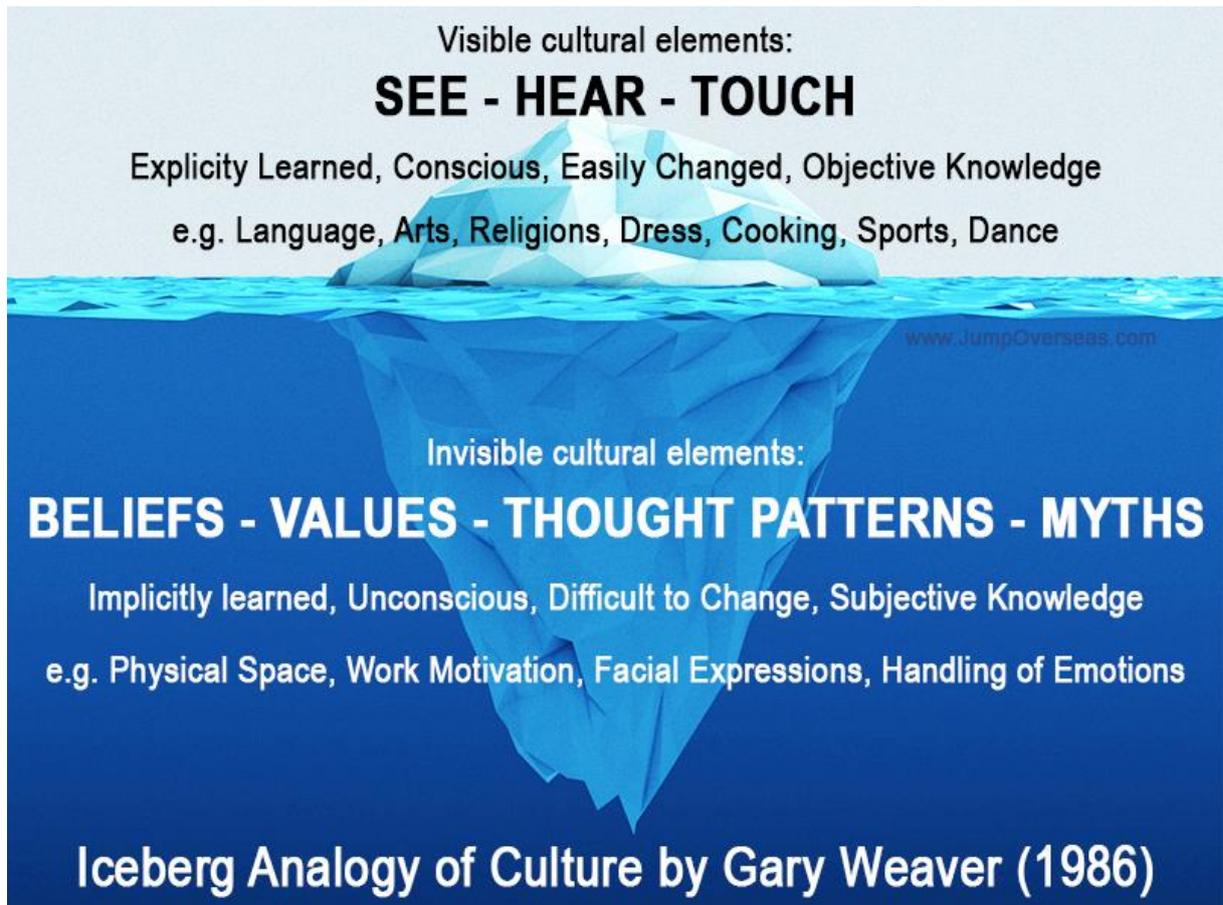
**Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

## Annexe 2 : Les quatre niveaux de la diversité

### FOUR LAYERS OF DIVERSITY



### Annexe 3 : La métaphore de l'iceberg de G. Weaver (1986)



Thème n°8 Animé par : William Sherlaw, Fanny Helliott et Pascale Petit-Sénéchal

**L'interculturalité : nécessité ou leurre pour améliorer la prise en compte de personnes différentes œuvrant ou accueillies au sein du système sanitaire, social et médico-social ?**

*Habib Bekhti (D3S), Nora Benaïssa (DH), Emilie Bonnet (IES), Marie-Cécile Brachet (AAH), Carole Fedkow (DS), Gaëlle Feukeu (DH), Nabil Janah (DH), Gaël Marzin (AAH), Magali Prévot (D3S)*

**Résumé :**

Dans le cadre du Module Interprofessionnel 2017, neuf élèves de cinq filières de l'EHESP ont eu pour objectif d'étudier la prise en compte de la dimension interculturelle comme levier managérial dans le système sanitaire, médico-social et social et d'émettre des recommandations opérationnelles.

La culture recouvre une multitude de définitions. Ce travail se concentre sur la culture au sens sociologique. L'interculturalité se définit comme la rencontre de plusieurs cultures. La prise en compte de la dimension culturelle peut amener à des accommodements de la prise en charge qui sont susceptibles d'entrer en tension avec les principes d'égalité et de neutralité du service public.

Dès lors, faut-il impulser une action concrète et opérationnelle de prise en compte des différentes cultures et de valorisation des compétences culturelles dans les établissements ? Est-il possible de mettre en œuvre cette action sans déroger aux principes d'égalité, de neutralité, de laïcité et de continuité du service public ?

Seize entretiens ont été réalisés avec différents acteurs : directeurs d'hôpital, professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux, représentants des associations et institutions spécialisées dans l'approche interculturelle.

La dimension interculturelle fait l'objet de formalisations institutionnelles souvent insuffisantes devant la complexité du sujet. Des initiatives locales viennent répondre à la réalité de la diversité sur le terrain. Des obstacles peuvent freiner le déploiement d'une démarche interculturelle dans les établissements. Le premier écueil est celui de considérer les individus à travers le seul prisme de leur culture d'origine ou de leur apparence. Le second écueil est l'absence de portage institutionnel qui met en difficulté les agents qui sont confrontés, sur le terrain, à des situations complexes. Néanmoins, ces obstacles ne sont pas dirimants.

Douze recommandations ont été formulées. Ces recommandations s'adressent en particulier aux managers, lesquels sont souvent confrontés aux enjeux d'interculturalité, qu'ils soient cadres dirigeants ou de proximité. Les démarches proposées se déclinent au niveau du cadre institutionnel, de la gouvernance et du management des équipes. Elles sont applicables respectivement à quatre échelles : national, établissements, professionnels et usagers. Ces recommandations concernent la formation, les partenariats, les pratiques professionnelles et les échanges d'expérience. Le facteur de réussite repose sur la volonté des managers d'impulser une démarche interculturelle ainsi que sur l'adhésion des professionnels.

**Mots clés : culture, interculturalité, diversité, compétences culturelles, management, gouvernance, discrimination, stigmatisation, principes de service public, laïcité.**

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*