



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE
Institut de santé globale



Maitrise d'études avancées
en Santé publique (MAS)

**Les η -culturels dans les soins et la prévention de la santé :
Parlons-tous des mêmes concepts ?
(Les inter-, multi-, et trans- culturels dans les institutions de santé
suisses)**

Mémoire présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Maîtrise d'études avancées en Santé publique
(Master of Advanced Studies in Public Health)

Orientation : Promotion de la santé
Session 2017-2018

par
GONZALEZ, DOUGLAS ALBERTO

Sous la direction du Professeur Emmanuel Kabengele Mpinga

Novembre, 2018



école romande
de santé publique



SSPH+
SWISS SCHOOL OF
PUBLIC HEALTH +

Remerciements

*Cette aventure, n'a pas été aisée dès le début. La finir encore moins.
Ainsi, nombreuses sont les personnes que je dois remercier.
Sans leur aide et soutien, tout autre aurait été le chemin.
Mes excuses à celles et ceux que j'oublierais.
Mes parents et ma fratrie pour me rappeler les fondamentaux ;
Mon « équipe », comme je l'appelle, avec son soutien inconditionnel (sans complaisance) :
Brigitte, Liliane, Mathilde, Paul, Daniel (mon lecteur attitré) et Jil ;
Ursula Dubois, son soutien sans faille et sa critique acérée, perspicace et pertinente ;
Chiara, Cristina, Christiane, Margot, et tous mes collègues du MAS, leurs conseils, leurs
pensées en positif, leurs observations et encouragements ;
Alexia, Laurence, Karin, Fabio et tous mes collègues des Ligues de la Santé ;
Sandra Orozco, Mapendo Koya, Erika Castro, Sylvan Berrut, Andrea Felappi, Claude Isofa
Nkanga, Javier Sanchis Zozaya, Bogomil Kohlbrenner, Katja Mueller, Carmen Sanchez, Yves
Jackson, qui se sont confiés au jeu des rencontres et des entretiens. Vos contributions m'ont
étés essentielles ;
Tout le staff de l'Institut de Santé Globale, pour sa confiance, sa compréhension et son
soutien dans les moments critiques.*

Abstract: Western societies are more and more culturally and ethnically diverse and Switzerland is no exception, its foreign population amounting to about 33,5% of its active workforce. The Swiss' health system is particularly representative; as much at the level of the population in need of care, as its highly culturally and ethnically diversified nursing staff. It must then adapt this reality to its medical as its prevention acts. To facilitate access to the health system, sanitary politics establish « η -cultural» (inter-, multi-, trans-) supposed to serve as converging hubs between patients supposedly in need of integration and the various medical actors. Field's observation shows a confused use of η -cultural and brings us to ask ourselves if Swiss health's institutions, health professionals and prevention campaigns share the same η -cultural concepts? Literature and meeting with actors in Switzerland seem to indicate that those concepts are not shared by all, and are even interpreted differently. In this study, we propose paths to explore for improving the η -cultural's integration in Switzerland's health-system to guarantee a better level of care for all.

Key words: *η -cultural*, transcultural, multicultural, intercultural, refugees, migrants, health, Public Health, access to care, cross-cultural skills, Swiss health care, Swiss' health system

Synthèse : Les sociétés occidentales sont de plus en plus culturellement et ethniquement diverses et la Suisse ne fait pas exception, sa population étrangère représentant près du 33,5% de la force active de travail. Le système de santé suisse est particulièrement représentatif, compte-tenu de la diversité de la population qu'il doit soigner, tout comme le vaste panachage culturel et ethnique de son personnel soignant. Il doit par conséquent adapter ses actes médicaux ainsi que les actions de prévention dans ce sens. Afin de faciliter l'accès au système de santé, les politiques sanitaires mettent en place des dispositifs « η -culturels» (inter-, multi-, trans-) sensés servir de lieux de convergence, entre les patients prétendus en mal d'intégration et les différents acteurs médicaux. L'observation du terrain dénote d'un usage confus des η -culturels et nous amène à nous demander si les institutions de santé suisses, les professionnels des soins et les actions de prévention partagent tous les mêmes concepts η -culturels? La littérature et la rencontre avec les acteurs en Suisse semblent indiquer que ces concepts ne sont pas partagés et sont même interprétés différemment. Dans ce travail, nous donnons des pistes à explorer afin d'améliorer l'intégration des η -culturels dans le système de santé suisse afin de garantir une meilleure qualité de soin pour tous.

Mots clés : *η -culturels*, transculturel, multiculturel, interculturel, réfugiés, migrants, santé, santé publique, accès aux soins, compétences transculturelles, système de santé suisse

Resumen: Las colectividades occidentales son cada día más cultural y étnicamente diversas y la Suiza no es una excepción, cuando su población extranjera representa cerca del 33,5% de la fuerza activa de trabajo. El sistema suizo de salud es particularmente representativo, dada la diversidad de la población que debe tratar, así como de la vasta mezcla cultural y étnica de su personal. En consecuencia, el sistema debe adaptar sus actos médicos, así como sus acciones de prevención. Afín de facilitar el acceso al sistema de salud, las políticas sanitarias ponen en práctica dispositivos “ Π -culturales” (inter-, multi-, trans-) capaces de servir de puntos de convergencia, entre los pacientes que se suponen en mal de integración y los diferentes actores sanitarios. La observación del terreno denota un uso confuso de los Π -culturales, y nos lleva a preguntarnos si las instituciones suizas de salud, como los profesionales de la atención sanitaria y de las acciones de prevención ¿Comparten todos los mismos conceptos de Π -culturales? La literatura y el encuentro con los actores en Suiza parecen indicar que esos conceptos no solo no son compartidos, sino que son interpretados de modo diferente. En este trabajo, se dan pistas a explorar con el fin de mejorar la integración de los Π -culturales, en el sistema de salud suizo y así garantizar una mejor calidad sanitaria para todos.

Palabras claves: Π -cultural, transcultural, multicultural, intercultural, refugiados, migrantes, salud, salud pública, acceso atención sanitaria, Habilidades transculturales, sistema de salud suiza

Suggestion pour citer cet ouvrage :

Gonzalez, Douglas A. (2018). *Les Π -culturels dans les soins et la prévention de la santé : Parlons-tous des mêmes concepts ? (Les inter-, multi-, et trans- culturels dans les institutions de santé suisses)* [Mémoire de Maîtrise d'études avancées en Santé publique, orientation Promotion de la santé]. Genève : Université de Genève, Faculté de Médecine, Institut de Santé Globale.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Quelques éléments historiques et de contexte	1
1.2. Défis et concepts	5
1.3. Transculturalité et santé	6
2. Objet de recherche	8
2.1. Méthodes	8
2.2. Démarche épistémologique	8
2.3. Stratégie de recherche de sources	9
2.3.1 Critères d'Inclusion et d'Exclusion	9
3. Résultats	12
3.1. Première partie : Approximation à la formulation de la question culturelle. De quoi parle-t-on ?	12
3.1.1. Inter-, Multi-, Trans- culturel ?	12
3.1.2. Le premier « η-culturel » : l'interculturel	15
3.1.3. Le deuxième « η-culturel » : le multicultural	17
3.1.4. Le troisième « η-culturel » : le transculturel	18
3.1.5. Première discussion	19
3.1.6. Contextes d'intervention	20
3.1.7. Compétences transculturelles : passerelles dynamiques	22
3.2. Deuxième partie : Revue de littérature	25
3.2.1. Publications retenues pour la revue de littérature du pôle méthodologique	27
3.2.2. Discussion : premières conclusions	54
3.3. Troisième partie : Rencontre avec les acteurs	54
3.3.1. Choix du protocole	55
3.3.2. Recueil des interventions (ensemble des focus-groups et des entretiens)	55
4. Discussion et conclusion	59
5. Références	61
6. Table des illustrations	79
6.1. Annexe 1 : Les 4 pôles de recherche, selon Charmillot et Dayer	80
6.2. Annexe 2 : Questionnaire et liste d'experts consultés.	81
6.2.1. Liste des questions utilisées lors des entretiens et des focus-groups	81
6.2.2. Liste d'experts consultés	82
6.3. Annexe 3 : Présentation PPT utilisée dans l'animation des focus-groups.	83
6.4. Annexe 4 : Grille d'analyse des focus-groups et des entretiens.	84

1. Introduction

1.1. Quelques éléments historiques et de contexte

La rencontre des cultures est un élément lié aux flux et aux déplacements migratoires. L'Europe, tout comme la Suisse, a vécu tout au long de son histoire sous l'influence de ces mouvements de populations. De multiples raisons allant des migrations forcées par les guerres, les famines, ou provoquées par des intérêts politiques et/ou de conquête, ou la recherche de meilleures conditions de vie et de travail, ont mené les populations à se déplacer. L'Europe, jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, a été un continent marqué par un intense flux d'émigration¹. Dès les années 50, ce processus s'est inversé. Les programmes de récupération économique, caractérisés par les travailleurs « invités », ou saisonniers, ont favorisé un déplacement migratoire venant des pays européens les plus pauvres ou des pays extra-européens, notamment des anciennes colonies, vers l'Europe occidentale².

Cependant, les flux migratoires vers l'intérieur ou l'extérieur de la Suisse ont toujours existé, bien avant la définition de ses frontières en 1815³. Ils font partie intégrante de son évolution politique, démographique et économique. Cette longue période, a été le scénario d'importantes migrations internes, comme celle des Walsers. Partis de leurs villages haut-valaisans, entre les 13^{ème} et 15^{ème} siècles, pour « coloniser » d'autres régions de l'arc alpin (environ 150 localités), allant du Valais francophone aux contrées grisonnes⁴. Mais, le mouvement le plus important fût celui de l'émigration à caractère militaire, plus que l'émigration civile. Cette émigration militaire étant formée quasi-exclusivement d'hommes de 16 à 19 ans, recrutés à la solde des puissances étrangères. Ce mercenariat militaire, déjà signalé dès le 13^{ème} siècle, a représenté jusqu'au milieu du 19^{ème} siècle une masse importante de la population qui est partie. En observant seulement le 18^{ème} siècle, le nombre de mercenaires est estimé entre 135'000 et 200'000 hommes⁵.

Les conditions de pauvreté provoquées par les crises successives, particulièrement la crise agricole des années 1840 qui a touché toute la paysannerie, ont poussé beaucoup de confédérés à chercher de meilleures conditions de vie ailleurs, notamment aux Amériques et dans les pays voisins. Par son ampleur, cette « colonisation suisse », facilitée par l'évolution des moyens de transport et par le travail des agences d'émigration, a dû être mise sous contrôle et, entre 1880 et 1953, l'Office fédéral d'émigration a surveillé de près l'activité de ces agences d'émigration⁶.

Pendant le 20^{ème} siècle, la Suisse est passée d'un pays d'émigration à un pays d'immigration. Les immigrés ont compensé la force de travail autochtone partie à l'étranger. Entre 1888 et

¹ Coleman, David (2015): *Migrants and Migration in Europe*. 376-388;10.1016/b978-0-08-097086-8.31122-9

² Coleman, David (2005), op.cit.

³ *Sur la trace des émigrés et des immigrants : La Suisse, pays d'émigration*, Archives fédérales suisses. (Dernière modification 16.10.2015)
<https://www.bar.admin.ch/bar/fr/home/recherche/recherche/themes/auf-den-spuren-von-aus--und-einwanderern.html>

⁴ Waibel, Max, *Walser*, in Dictionnaire historique de la Suisse (DHS), url: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F7950.php>, version du 05.01.2015. Le Terme signifiant "Valaisan" par lequel on désigne les paysans des montagnes germanophones originaires du Haut-Valais.

⁵ Head-König, Anne-Lise, *Emigrations*, in Dictionnaire historique de la Suisse (DHS), url: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F7988.php>, version du 15.10.2007

⁶ Head-König, Anne-Lise, (2017), *op. cit.*

1910, près de 260'000 personnes ont immigré en Suisse⁷. En effet, dès la fin du 19^{ème} siècle, les tendances migratoires commencèrent à s'inverser. La période de la Guerre 1914-18, a représenté un frein significatif. L'entre-deux-guerres a vu apparaître un contrôle plus sévère de l'immigration, et une surveillance accrue des réfugiés s'est mise en place. Le gros de l'immigration est représenté par le retour de suisses de l'étranger⁸.

Après la deuxième Guerre Mondiale, la Suisse s'est constituée, lentement, mais sûrement, comme une société multiple et riche avec une composante migratoire très diverse. À la fin de l'année 2016, la population résidente permanente⁹ en Suisse était de 8'391'973 habitants, dont environ 25% de nationalités étrangères (2'082'952 habitants) et quelques 93'473 résidents non-permanents. À cette période, on recensait 68'310 personnes ayant une procédure de demande d'asile en cours. La dernière évaluation du nombre de migrants sans-papiers, mandaté par le Secrétariat d'État aux migrations, a fait une estimation de 76'000 personnes sans statut légal¹⁰. Également, durant ces vingt dernières années, quelques 688'910 personnes ont été naturalisées. De ce tableau statistique, on peut dire qu'aujourd'hui au moins un tiers de la population résidente est issue de la migration¹¹.

En 2016, deux tiers des migrants étaient des citoyens des États de l'UE-28 ou de l'AELE (1 390 405 personnes). Des pays limitrophes de la Suisse (France, Italie, Allemagne et Autriche) provenaient 792'715 personnes, sans compter les travailleurs frontaliers. 639 122 immigrés étaient des ressortissants d'États tiers. 116'800 personnes venaient d'Asie, 77'091 d'Afrique et 74'636 d'Amérique dont 17'264 ressortissants des États-Unis¹². Vu le droit de nationalité assez restrictif et selon l'Office fédéral de la statistique, la Suisse comptait 403'000 personnes de nationalité étrangère nées sur son territoire¹³ en 2016.

Le principal motif d'immigration est l'exercice d'une activité lucrative (2016 : 47 %), suivi par le regroupement familial (2016 : 31 %), la recherche de protection (requérants d'asile et personnes admises (2016 : 3%)), études et formation (2016 : 2%), autres (séjours de santé, passer sa retraite, taux d'imposition, etc.) (2016 : 18%)¹⁴.

Par conséquent, la migration peut s'interpréter comme le vecteur de marque du changement démographique et du rapprochement culturel. Car, par leurs circulations transnationales, les migrants sont appelés à jouer un rôle de pont entre cultures dissemblables qui tendent, nonobstant, à se rapprocher¹⁵. L'Europe et l'Amérique du Nord accueillent plus de la moitié des migrants du monde. Ainsi, avec ses 85 millions de personnes nées ailleurs d'où elles

⁷ Heiniger, Marcel, *Immigration*, in Dictionnaire historique de la Suisse (DHS), version 06.05.2008.

URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F7991.php>,

⁸ Heiniger, Marcel (2008), voir note 7

⁹ La population résidente permanente comprend depuis 2010 les personnes dans le processus d'asile résidant depuis 12 mois ou plus en Suisse (Source Office fédéral de la statistique <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.html>)

¹⁰ Morlok et al, « *Les sans-papiers en Suisse en 2015* », Rapport final à l'attention du Secrétariat d'État aux migrations (SEM), 92, Bâle, 2015

¹¹ *Statistiques sur l'immigration. Les étrangers en Suisse*. Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. Berne-Wabern ; 25p.; 26 avril 2018

¹² Voir note 11

¹³ Duc-Quang Nguyen, *Qui sont ces 25% d'étrangers en Suisse ? Série migration (partie 1)*, Swissinfo, version 10.11.2017 : https://www.swissinfo.ch/fre/s/C3%A9rie-migration-partie-1_deux-millions-d-C3%A9trangers-en-suisse-mais-qui-sont-ils/42409190

¹⁴ Duc-Quang Nguyen, (2017), *op. cit.*

¹⁵ Swanie Potot. *Les migrations, vecteurs de changements sociaux en Roumanie*. La Nouvelle Alternative, 2006, 21 (71), pp.35-46. <halshs-00331694>

vivent, l'Europe compte plus du tiers des migrants à elle seule. En chiffres absolus, ce sont les Etats Unis qui accueillent le plus de migrants, soit près du 20% de la population migrante à l'échelle mondiale¹⁶.

Ceci ne serait pas suffisant pour appréhender le sujet de ce travail. La gestion de la population en regard à la nationalité et aux appartenances, joue aussi un rôle important. Donc, la Suisse avec ce tiers de la population issue de la migration, et son histoire particulière de création, se voit, naturellement, confrontée à des questions identitaires et de gestion de la diversité. Elle nécessitera, ainsi, d'incorporer cet élément dans ses politiques ayant trait à l'ensemble de la population. Gérald Arlettaz (1986), dans son étude sur « les Suisses de l'étranger »¹⁷ et ses attachements identitaires, s'interroge sur les attachements des ressortissants suisses vivant dans d'autres régions du monde¹⁸. Quels seraient donc ces facteurs culturels qui pourraient identifier des caractéristiques propres à cette population et la définir comme collectivité ? Quelle serait cette « identité » pour ces ressortissants installés ailleurs, même depuis des siècles, pour des Suisses de deuxième, troisième générations, ou plus ? Ce « sentiment d'appartenance » peut aussi toucher les *non-matriculés*, les doubles-nationaux et/ou leurs descendants ayant acquis une autre nationalité¹⁹. Arlettaz relève que les réponses probables à cette question de l'identité s'inscrivent dans un processus de construction permanente, dans un dialogue entre les Suisses de *l'extérieur* et ceux de *l'intérieur*. Un dialogue influencé par leurs modes d'expression et la diversité des acteurs. Sachant que, *comme dit Arlettaz :*

[...l'individu qui change de milieu est à la jonction entre deux mondes aux conditions culturelles très différentes]²⁰.

Cette interrogation peut aussi bien être posée à la diaspora de la migration en Suisse. Elle fait face aux mêmes conflits d'identité d'appartenances multiples. Cette diaspora a le même regard en direction de ses origines et colporte, elle aussi, les mythes et fantasmes qui l'ont construite comme entité culturelle. La Suisse, avec ses diversités linguistiques et confessionnelles, avec ses clivages « urbain-rural », est souvent présentée comme le modèle du pluralisme, comme l'exemple de construction fédéraliste et multiculturelle²¹. Nonobstant, comme le résume Centlivres, c'est dans le regard de ses voisins que la Suisse « *prend conscience de collectivité concrète* » et distincte parmi les peuples, car « *...c'est un pacte qui est le fondement à la fois mythique et historique de la Confédération, non une ethnie génétiquement et culturellement intégrée...* »²². Il est donc, naturel que cette conformation, comme nation, marque encore les relations entre les Suisses et les non-Suisses.

¹⁶ Duc-Quang Nguyen, *244 millions d'immigrés dans le monde, quel pays en dénombre le plus ? Série migration (partie 2)*, Swissinfo, version 13.09.2016. https://www.swissinfo.ch/fre/s%C3%A9rie-migration-partie-2-_244-millions-d-immigr%C3%A9s-dans-le-monde-quel-pays-en-d%C3%A9nombre-le-plus/42392104

¹⁷ Arlettaz, Gérald, « *Les Suisses de l'étranger* » et *l'identité nationale*, dans *Etudes et Sources*, volume 1, p5-35, Archives fédérales suisses, Publications officielles numérisées (1986), Berne.

¹⁸ Au sens de la loi, *les Suisses de l'étranger sont les ressortissants suisses qui n'ont pas de domicile en Suisse et sont inscrits au registre des Suisses de l'étranger* ; Loi fédérale sur les personnes et les institutions suisses à l'étranger (Loi sur les Suisses de l'étranger, LSEtr) du 26 septembre 2014 (Etat le 1er janvier 2018). <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20133127/index.html>

¹⁹ Arlettaz, Gérald (1986), op.cit.

²⁰ Arlettaz, Gérald (1986), op. cit.

²¹ Froidevaux, Didier, (1997), *Construction de la nation et pluralisme suisses : idéologie et pratiques*. *Swiss Political Science Review* 3(4): 1-58

²² Centlivres, Pierre, « *Appartenance et identité à travers la naturalisation des étrangers en Suisse* », *Civilisations* [En ligne], 42-2 | 1993, mis en ligne le 01 décembre 1996, consulté le 30 septembre 2016, URL : <http://civilisations.revues.org/2361> ; DOI : 10.4000/civilisations.2361

Ce constat sociétal provoque des répercussions diverses :

1. Des sociétés de plus en plus culturellement et ethniquement diverses ;
2. Un marché du travail et de l'emploi de plus en plus définis par des acteurs issus de la migration^{23,24}. La population étrangère représente en Suisse au moins 33,5% de la force de travail²⁵. Ceci sans compter les 109'00 personnes actives ayant acquis la nationalité suisse entre 2010 et 2015²⁶ ;

Ce contexte social fortement diversifié correspond, à quelques détails près, à celui du système de santé²⁷, qui vise l'ensemble de la population résidente, aussi bien par des actes médicaux que par des actions de prévention. Dans le cadre du marché du travail, l'effet migratoire est accentué : en 2016, 26% du personnel de santé était d'origine étrangère, sans inclure les 10% du personnel suisse ayant été naturalisé récemment²⁸. Ce pourcentage augmente à 81%, si nous ne traitons uniquement que le personnel féminin dans les soins, et à 37% dans le personnel médical.

²³ Flückiger, Y. ; Candolfi, P. ; De Coulon, A. ; Graf, R. ; Thorel, G. ; Vassiliev, A. ; Weber, S. (2005), « Une analyse des effets sur le marché suisse du travail de l'élargissement de la libre-circulation des personnes aux nouveaux membres de l'Union Européenne. Rapport final pour l'Office fédéral des migrations (ODM) ».

²⁴ Coleman, David (2005), op.cit.

²⁵ Office fédéral de la statistique OFS. *Indicateurs du marché du travail 2016*. Résultats commentés pour la période 2010–2016. Extrait de la publication intégrale « Indicateurs du marché du travail 2016 ». Juillet 2016

²⁶ Voir note 25

²⁷ Merçay, Burla, Widmer, *Obsan ; Rapport 71, Personnel de santé en Suisse. État des lieux et projections à l'horizon 2030*, Obsan 2016, 100p

²⁸ Selon l'étude dirigée par le Prof Philippe Longchamp, publié juillet 2018 : « Plus d'un infirmier sur trois (38%) exerçant en Suisse romande est de nationalité étrangère. C'est là une proportion supérieure à celle des étrangers parmi la population active en Suisse (26,3%). » Longchamp, P., Toffel, K., Bühlmann, F. & Tawfik, A. (2018). *L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande*. Revue française de sociologie, vol. 59, (2), 219-258. doi: 10.3917/rfs.592.0219. Cité par Bilan, janvier 2018 (<http://www.bilan.ch/plus-de-redaction/vrai-portrait-personnel-infirmier>).

1.2. Défis et concepts

Ce panorama sociodémographique semble poser donc deux défis aux institutions de santé suisses :

1. **Garantir** une égalité de traitement à tous les patients. Sans tenir compte de leurs conditions socio-économiques et professionnelles, de leur langue et culture d'origine ou de leurs appartenances religieuses ;
2. **Gérer** un personnel de plus en plus divers, en mettant en valeur ses compétences multiples.

Il existe des acteurs de la santé, bien que cela soit en train de changer, qui partent de l'idée que toute personne migrante n'est issue que d'un milieu culturel clairement délimité et fermé. On parle alors d'une société « multiculturelle » et on attend des migrantes et des migrants un effort d'intégration dans la société d'accueil. Laquelle est aussi comprise comme un univers univoque et fermé.

Afin de faciliter l'accès au système de santé, les politiques sanitaires mettent en place des dispositifs « interculturels » sensés servir de lieux de convergence, entre les patients prétendus en mal d'intégration et les différents acteurs médicaux.

Cette approche perd de vue le fait que la plupart des patients issus de la migration ont un parcours de vie qui les a exposés à des contextes culturels divers et globalisés, et que leurs points de repères sont, comme pour les patients suisses, autant définis par leur niveau de formation et leur situation socio-économique, que par une quelconque origine culturelle. Il faut retenir aussi que le migrant est une entité de facettes multiples et que sa santé est en relation directe aux parcours et conditions de migration²⁹.

Cette approche ne tient pas non-plus compte du fait que le personnel soignant est, dans une large mesure, d'origine migrante et capable de naviguer sans encombre entre différents horizons culturels.

Sur le terrain et dans le discours de l'intégration des populations migrantes, tant dans le discours institutionnel, que dans l'action publique, nous retrouvons des expressions comme : « *dialogue interculturel* », « *l'interculturel comme enjeu d'intégration* », « *des rencontres multiculturelles* ». Ainsi, derrière les notions de multiculturalité et interculturalité se profile une vision de la migration qui va conditionner et orienter le travail des intervenants auprès des populations migrantes. Ce qui nous force à chercher une meilleure compréhension des « *mécanismes de production et de reproduction de la différence* » pour mieux répondre aux problématiques du social et de la santé des populations migrantes, et ceci « *dans une perspective d'ajustement des pratiques professionnelles à une société plurielle en mouvement* ».

Une brève observation préliminaire nous permet de constater un foisonnement de concepts, conditionnant les pratiques et provoquant une confusion de termes. Sans vouloir entrer dans les détails, lesquels seront traités plus loin, prenons cette distinction proposée par Houppermans³⁰:

²⁹ Clivaz, F. ; Gonzalez, D.; Morán Cadenas, F.; Reinert, R.; Zimmermann, K., Étude qualitative sur l'accès des migrants à la santé en Suisse. 2013, Institut de Santé Globale, Université de Genève. p. 10.

³⁰ Houppermans, S. (2015), *Transculturalité* : Verne, Le Clézio, Ollier, Dicker, Mauvignier. RELIEF, 9:112, <http://www.revue-relief.org>.

- **La multiculturalité** – ensemble des cultures qui cohabitent sans qu'il soit question de contacts suivis, de relations ou de mélanges ;
- **L'interculturalité** – les cultures qui se reconnaissent, qui acceptent la réciprocité des échanges ;
- **La transculturalité** – les cultures qui s'interpénètrent et ainsi s'enrichissent avec métissage et hybridité alors, la transculturalité étant l'état qui en résulte.

1.3. Transculturalité et santé

Récemment, lors de la 16^{ème} Conférence suisse de santé publique «Les réfugiés et personnes déplacées – un défi pour le système de santé suisse », à Berne en novembre 2016, dans sa Session parallèle N°6 («*Approche transculturelle dans la prévention et les soins de santé des réfugiés : constats – défis – perspectives*»), les experts participants sont arrivés aux conclusions suivantes³¹ : [...]

Il ne semble exister aucun état de lieux des pratiques transculturelles dans le système de santé suisse.

Constat : *Aucune formation systématique pour le personnel soignant et les médecins. Manque d'analyse transculturelle des problèmes de santé publique. Qu'est-ce qui serait d'ordre sanitaire, qu'est-ce qui serait de l'ordre du sociale (logement, situation financière, travail, famille, formation)*

Mutation *du travail de prévention du sida en direction d'une approche transculturelle à partir d'offres pour des populations spécifiques. Comme ceci se passe sans concept de transculturalité de fond, il existe un grand danger de cannibalisation des budgets. (Les finances destinées à un groupe de population doit tout à coup couvrir les besoins de l'ensemble des personnes touchées, ou un budget pour un groupe spécifique est supprimé à l'aide de l'argument que le groupe peut se fondre dans l'ensemble de la population)*

La compréhension *de ce que pourrait être une approche transculturelle varie entre les professionnels : Elle est souvent liée à la notion de la traduction interculturelle (médiation linguistique entre médecin et patient) et celle de l'empathie de la part du personnel soignant. L'on retrouve peu de compréhension systémique de la notion de transculturalité.*

Problèmes *de la traduction interculturelle : insuffisamment financée, qualité inégale, peu d'assurance que le message ait vraiment passé du médecin au malade et vice versa.*

L'exigence *d'une organisation transculturelle du système de santé est de prime abord jumelée avec des coûts supplémentaires (les hôpitaux régionaux n'en auraient pas les moyens).*

Une organisation transculturelle *des structures de santé est aussi vue comme une mise en commun des ressources d'un personnel diversifiée (meilleure gestion des ressources, plus-value pour le patient : un **business case** qui devrait être fait).]*

De ces conclusions se sont dégagées trois propositions d'action selon le niveau de compétences³² : [

Plans cantonaux (ou Prestations d'Intérêt Général) :

³¹ Kabengele et al. (2016), Conférence Suisse de Santé Publique 2016: « *Les réfugiés et personnes déplacées – un défi pour le système de santé suisse* », Session parallèle 6. 15 novembre 2016, Union Postale Universelle, Berne

URL: https://sph16.organizers-ongress.org/frontend/index.php?page_id=3446. Mise en forme personnelle.

³² Kabengele et al. (2016), op.cit. Mise en forme personnelle.

Situation : *l'interprétariat (dans certains PIGs) est incorporé dans les lignes budgétaires, mais de manière insuffisante*

Proposition : *Définir une approche transculturelle claire et nommer les outils à mettre à disposition des institutions de santé (l'interprétariat, gestion du personnel, formation à tous les échelons du système, et autres).*

Au niveau fédéral :

Situation : *quelques essais de communication transculturelle dans le domaine de la prévention (tabac, sida), mais aucune systématique dans les études de base ou épidémiologiques, sociales ou autres.*

Proposition : *Thématiser l'approche transculturelle comme thématique dans toutes les équipes concernées (OFS, OFA, OFP etc.). Incorporer les capacités transculturelles dans le catalogue de formation et en donner les moyens financiers de leur mise en œuvre. Travailler au niveau politique pour introduire l'interprétariat dans le catalogue des prestations générales de la LAmal.*

Au niveau système de santé :

Proposition : *Mettre en place des réseaux de connaissance et de compétences entre les institutions et à l'intérieur de celles-ci. Favoriser et faciliter les échanges au sein des équipes.]*

2. Objet de recherche

Dans ce vaste programme et pour ce travail, il s'agira de comprendre la signification des concepts les plus utilisés par les professionnels, tant dans la littérature que sur le terrain. Ceci afin d'avoir une vision étayée de l'approche transculturelle et de la gestion de la diversité dans le système de santé suisse.

Ainsi, dans une démarche d'analyse qualitative, il sera question, dans un premier temps, de trouver les éléments de compréhension des concepts (épistémologie) servant de base théorique aux interventions de terrain avec une approche globale (UE, Amériques). Ce qui constituera la première partie du travail. Ensuite, pour la deuxième partie, il s'agira de sonder la réalité du terrain et de comprendre comment les intervenants apprécient et incorporent ces concepts et démarches lors de leurs contacts et de leurs gestes auprès des personnes qui fréquentent ou font appel à leurs services.

2.1. Méthodes

Cette démarche qualitative en trois phases, fait appel à des procédés de travail complémentaires :

1. Une analyse des concepts généraux (épistémologie).
2. Recherche de littérature sur les méthodes ayant trait à des démarches de gestion de la diversité et des approches culturelles, à la santé publique et à l'accès aux soins. Initialement, les recherches se sont concentrées entre juin 2009 (année du Rapport de synthèse du projet « Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse »³³) et mai 2018³⁴. De même, la recherche a été aussi réalisée dans les catalogues des publications des divers organes suisses et étrangers, particulièrement pour les aspects liées à l'intégration et aux flux des populations migrantes.
3. La récolte des observations et des expériences que les acteurs de terrain auraient de leurs contacts et gestes auprès de leurs populations de travail. Cette deuxième partie sera le fruit des entretiens et des rencontres (focus-groups) avec différents acteurs en lien avec les services de soins, des actions de prévention et de la cohésion sociale, en lien avec la transculturalité et la gestion de la diversité.

2.2. Démarche épistémologique

Afin de garder le cap d'une démarche épistémologique et par conséquent une meilleure compréhension de l'objet de recherche, Charmillot et Dayer (2007)³⁵ apportent des clés de sélection et de classification. S'en inspirant, les références ont été mises en orbite autour de trois « pôles »³⁶ : conceptuel/théorique, politico-social et méthodologique (*voir Figure 1*). De même que les nuages gravitationnels permettent une distribution pour pouvoir s'y repérer et

³³ Pfluger T, Biedermann A, Salis Gross C:(2008): *Prévention et promotion de la santé transculturelle en Suisse. Informations de base et recommandations*. Association suisse pour la prévention du Tabagisme AT. Caritas Suisse. ISPA. Ligue suisse contre le cancer. Public Health Services. RADIX. Herzogenbuchsee: Services Public Health; 152;1 juin 2009

³⁴ Le processus de récolte des références a conduit à élargir la période au-delà de 2009, notamment pour les documents concernant les flux migratoires et politiques d'intégration des populations migrantes.

³⁵ Charmillot M, Dayer C. *Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques*. Actes du colloque "Bilan et perspectives de la recherche qualitative en sciences humaines et sociales" 2007 Association pour la recherche qualitative (ARQ); 3:126-39.

³⁶ Charmillot et Dayer (*op. cit. p. 131 et suiv.*). Voir aussi l'Annexe 1.

faciliter, par la même occasion, la mise en évidence des coïncidences et points communs, de même que des dissemblances.

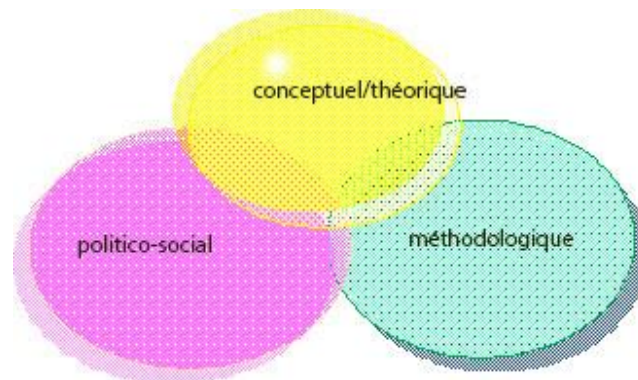


Figure 1: Pôles de distribution

Allons plus en détail sur ces pôles de distribution :

Le premier pôle (le conceptuel/technique)

Il capte les concepts, les définitions et les visions théoriques qui éclaireraient les confusions conceptuelles colportées par les intervenants et/ou acteurs de terrain.

Le deuxième pôle (le politico-social)

Il réunit, notamment, les postures et les orientations politiques que les sociétés d'accueil ont éditées à l'intention de leurs populations. Tout particulièrement celles qui règlent le système de santé et conditionnent la prise ou non-prise en charge, par celui-ci, des différents composants de la population (ex. réfugiés, migrants, populations en condition de vulnérabilité et d'autres).

Le troisième pôle (le méthodologique)

Il saisit les formules et les dynamiques d'intervention. Il garde un lien étroit avec le pôle conceptuel et met en évidence les interprétations conceptuelles qu'ont et qu'utilisent les prestataires des soins pour expliquer et développer leurs actions et gestes.

2.3. Stratégie de recherche de sources

La consultation documentaire s'est concentrée sur diverses bases de données bibliographiques informatisées et les expressions de recherche utilisées ont été déclinées en français, anglais, espagnol ou allemand, fréquemment considérées comme les langues les plus courantes en Europe³⁷, par exemple : « multiculturalité – multiculturality - Multikulturalität – multiculturalidad » (voir figure 2).

2.3.1 Critères d'Inclusion et d'Exclusion

L'usage de cette formule de distribution facilite la séparation des références dans ces trois blocs :

³⁷ Le tout dans une approche par cercles : Suisse =>UE=> Reste du monde (particulièrement les Amériques).

1. Celles centrées autour des définitions d'inter-culturalité, de multi-culturalité et de trans-culturalité.
2. Celles dont les références sont liées aux aspects politiques ou des définitions des politiques sociales ou d'État.
3. Celles impliquant des interventions et des méthodes de travail dans le domaine de la santé.

Par souci d'universalité, ont été écartés les travaux focalisés sur des ethnies ou des groupes nationaux particuliers³⁸. Ont connu le même sort les références traitant des maladies, des techniques médicales ou des interventions sanitaires, très focalisées ou particulières³⁹. Ont également été éliminées, certaines dissertations autour de l'interaction culturelle qui restaient plus comme des épiphénomènes, lesquelles, nonobstant leur qualité, se situent en-dehors du cadre du sujet de recherche⁴⁰.

Bases de données consultées	<i>Cochrane Public Health (CPH), PubMed, Web of Sciences, JAMA, Embase (Elsevier), Banque de données en santé publique (BDSP), EvidenceAid, Cairn.info, Érudit, Persée, OpenEdition, Wiley Online Library, Rero, Archive ouverte UNIGE, Renouvaud.</i> <i>Également ont été consultées les publications des services fédéraux et cantonaux et d'organes internationaux, notamment l'Office fédéral de la santé publique OFSP, Secrétariat d'Etat aux migrations SEM, Organisation mondiale de la santé – OMS, Editions de l'OMS, EU Publications.</i>
Mots clés de recherche	« réfugiés - refugees - refugiados – Flüchtlinge » OR « migrants - migrants - migrantes – Migranten » AND « santé - health - salud – Gesundheit » ; « réfugiés - refugees - refugiados – Flüchtlinge » OR « migrants - migrants - migrantes – Migranten » AND « santé publique - Public Health - salud pública - öffentliche Gesundheit » ; « réfugiés - refugees - refugiados – Flüchtlinge » OR « migrants - migrants - migrantes – Migranten » AND « accès aux soins - access to care - acceso a la atención sanitaria - Zugang zur Gesundheitsversorgung » ; « transculturalité -

³⁸ On peut citer, à titre d'exemple :

- Les diasporas caribéennes, tant en Europe qu'aux Amériques : *Diasporas caribéennes* (Hommes et migrations. Documents 2002,1237). (2002). Paris : Hommes & migrations. Coordonné par James Cohen.
- La communauté des réfugiés somaliens aux États Unis (Johnson, C. et al, (Am J Prev Med 2009 ; 37(6S1) : S230–S236)),
- Les fournisseurs des soins auprès des populations indigènes des hauts plateaux en Bolivie (Bastien, J. SOC. Sci. Med. Vol. 3. No. I2. pp. 1109-1118. 1987),
- Avec quelques exceptions qui permettent de mieux cerner les approches multiculturelles, comme les patients hispano/latinos aux États-Unis (Caballero, 2011) ou les femmes migrantes allophones à Genève (Goguikian Ratcliff, B., et al, 2014).

³⁹ Dans cette catégorie entrent de travaux tels :

- Une étude de validation de concept sur la fibrillation auriculaire de la communauté chinoise en Europe (Modesti, P. et al., International Journal of Cardiology 215 (2016) 269–272).
- Un rapport sur les conditions socio-politiques des secteurs de la population migrants (les requérants d'asile), (Anderson, Joel. (2016). *Implicit and Explicit Attitudes Towards Asylum Seekers in Australia : Demographic and Ideological Correlates*. Australian Psychologist. 1-11. 10.1111/ap.12229.)

⁴⁰ i.e. : « ... l'analyse des procédés de créations transculturelles entre différentes aires culturelles d'Afrique et du reste du monde. ... », proposée par Kabwe-Segatti dans "Du nègre bambara au négropolitain, Les littératures africaines en contexte transculturel" - Université Paul Verlaine à Metz - Centre de recherches « Ecritures », 2009 : ISBN : 978-2-917403-07-5,

	<p><i>transculturality - transculturalidad – Transkulturalität » ; « Compétences cliniques transculturelles - cross-cultural clinical skills - Cross-cultural klinische Fähigkeiten - Habilidades clínicas transculturales » ; « transculturalité - transculturality - transculturalidad – Transkulturalität » AND « santé publique - Public Health - salud pública - öffentliche Gesundheit » ; « transculturalité - transculturality - transculturalidad – Transkulturalität » OR « multiculturalité – multiculturality - Multikulturalität – multiculturalidad » OR « interculturalité – multiculturality - Interkulturalität – interculturalidad » AND « santé publique - Public Health - salud pública - öffentliche Gesundheit » ; « transculturalité - transculturality - transculturalidad – Transkulturalität » OR « multiculturalité – multiculturality - Multikulturalität – multiculturalidad » OR « interculturalité – multiculturality - Interkulturalität - interculturalidad » AND « soins de santé – Health care - atención sanitaria - Gesundheitsbereich ».</i></p>
Limitations	<p><i>Publications entre 2009 et 2018. Langues : français, anglais, allemand et espagnol. Pays : Suisse, Union européenne, USA, et autres des conditions de développement semblables (Australie, p.ex.) Note : à effets de notre objet de travail, cette partie de la stratégie de recherche concerne que les que les ouvrages qui traitent des interventions et des méthodes de travail dans le domaine de la santé.</i></p>

Figure 2: Stratégie de recherche (Bases de données, Mots clés et Limitations)

3. Résultats

3.1. Première partie : Approximation à la formulation de la question culturelle. De quoi parle-t-on ?

La question interculturelle, multiculturelle ou transculturelle, renvoie intuitivement aux appartenances, aux définitions des identités des individus et des collectifs. Elle en déduit une définition préexistante et partagée de « culture »⁴¹. Elle est liée, à la fois à ce qui différencie et à ce qui ressemble, ou qui rassemble. Elle est intimement liée aux modèles de cohabitation sociétale, dans lesquels les acteurs de la santé évoluent et interagissent, dans une démarche de compréhension et des questions corollaires qui se posent. En allant découvrir comment ces acteurs se les approprient et l'intègrent dans leurs actions auprès de leurs usagers ou patients, nous arrivons à la question de départ : **Au sein des institutions de santé suisses, les professionnels des soins et des actions de prévention de la santé, partagent-ils tous les mêmes concepts d'interculturel, multiculturel ou transculturel ?**

Placé dans une démarche qualitative, visant à comprendre l'origine des concepts et de leur usage dans les interventions sur le terrain, ce travail de réflexion qui nous occupe ira du conceptuel à la pratique du terrain, de *l'abstrait au concret*, pour paraphraser Sensevy⁴². Ce questionnement s'inscrit ainsi dans une démarche compréhensive, comme celle proposée par Charmillot et Dayer⁴³. La discussion se regroupe autour de trois espaces, représentant trois plans d'un même univers d'observation :

1. Les aspects conceptuels (le « η -culturel »)⁴⁴
2. Le contexte social d'intervention
3. Les compétences permettant d'associer les deux premiers

3.1.1. Inter-, Multi-, Trans- culturel ?

Voici la première pierre d'achoppement qui se présente, simple, à l'instar de la réponse. Sa simple référence fait appel à des concepts comme : *culture, diversité, identité, appartenances*. Ces concepts sont ancrés dans notre vision de la société et, par conséquent, influencés par celle-ci. Le schéma de Kohls montre la complexité de cette vision⁴⁵ (voir figure 3).

⁴¹ Selon Yuste Frías J (2014) : [Substantif issu du verbe latin *colere* ('cultiver, embellir'), on oublie trop souvent que le mot *cultura* est l'origine lointaine et agricole du terme « culture ». *Cultura* n'aurait peut-être jamais quitté sa signification première, celle de culture en tant que travail de la terre, sans l'intervention de Cicéron qui l'associa à un autre terme : *animus*. *Cultura animi* est devenu ainsi le jardin de l'âme, la culture de l'esprit. Cette belle métaphore donnera naissance au sens moderne du mot « culture », associant ainsi la connaissance au savoir, à la science, à l'éducation et à l'exercice des arts.]

⁴² Sensevy G, Santini J (2006) : *Modélisation : une approche épistémologique*. Aster, 43163-188, <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/852>

⁴³ Charmillot et Dayer (2017) op.cit., p.132

⁴⁴ L'auteur se permet de faire appel à la lettre η (êta minuscule), de l'alphabet grec, avec le même sens de variable mathématique. Dans un souci de clarté et d'allègement du texte, elle permettra d'identifier l'ensemble des préfix accompagnants le terme *culturel*. Au même titre que η peut représenter l'ensemble des membres distincts d'une famille ou d'une série mathématique.

⁴⁵ Cité par Dominique Blu dans CDTM: (2000) *Se former à l'interculturel, expériences et propositions*. Paris : Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer, p.13. Repris de « *Les niveaux d'influence de la culture* ». Paru dans la revue *Intercultures*, Paris, Sietar, n° 14, 1992.

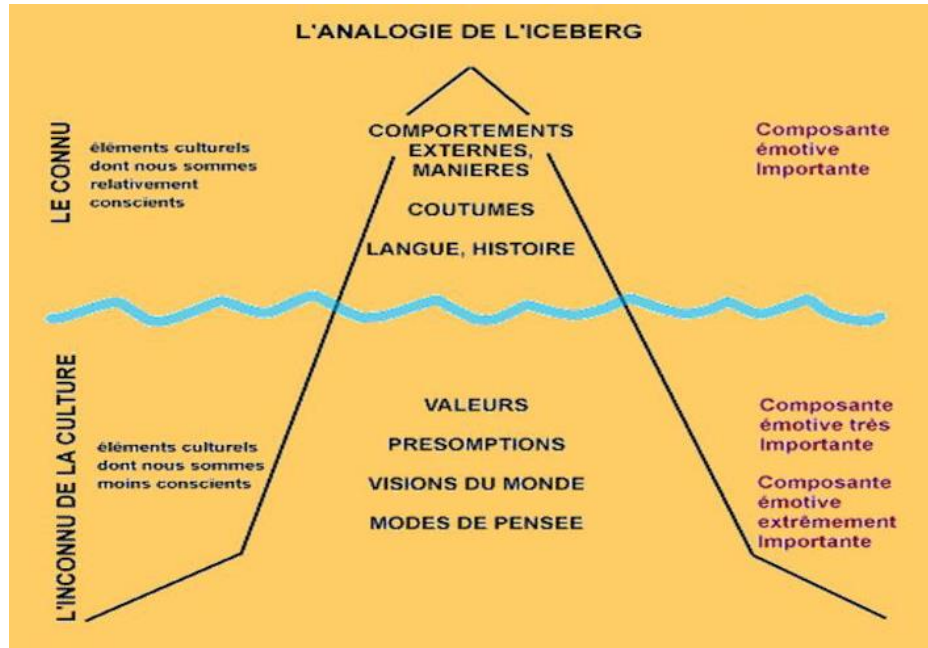


Figure 3 : Schéma de Kohls (Analogie de l'iceberg)

Sur la définition de « culture », les philosophes, anthropologues et autres savants ont beaucoup discuté et beaucoup écrit. Dans *L'Intelligence de l'autre*⁴⁶, Michel Sauquet écrit sur ce qui se dit sur « culture » :

[...d'abord associée à l'idée d'héritage, de patrimoine et d'intellect, par exemple au patrimoine accumulé en Occident depuis l'Antiquité et sur lequel les nations européennes ont fondé leur identité. De siècle en siècle, l'Europe valorise la figure de l'homme « cultivé », détenteur d'un privilège, d'une culture qui n'est autre (...) que 'the training and refinement of mind' (l'exercice et le raffinement de l'esprit).]

Ensuite, il liste diverses définitions qui ont fait figure d'autorité pendant des décennies⁴⁷ :

[... la culture se définit à partir des habitudes acquises, et se trouve par là même assimilée à la notion de civilisation.

... l'anthropologue anglais Edward Burnett Tylor en 1871 a fait très longtemps autorité : « cet ensemble complexe composé par la connaissance, la croyance, l'art, la morale, la loi, les coutumes et toutes les autres compétences et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société ».

... l'anthropologue américain Ralph Linton en 1945 : « Une culture est la configuration des comportements appris et de leurs résultats, dont les éléments composants sont partagés et transmis par les membres d'une société donnée. »

... Edward Hall voit la culture « comme un ensemble de règles tacites de comportements inculquées dès la naissance lors du processus de socialisation précoce dans le cadre familial ». Règles tacites, règles profondément inscrites en nous, consciemment ou non.

... disait aussi l'homme d'État français Edouard Herriot, c'est ce qui reste quand on a tout oublié...

⁴⁶ Sauquet M, Vielajus M: (2007) *L'Intelligence de l'autre*. Prendre en compte les différences culturelles dans un monde à gérer en commun. Paris: Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer, op. cit., p.23.

⁴⁷ Sauquet M, Vielajus M, (2007), op. cit., p.24-5. Mise en liste par le rédacteur de ce mémoire.

... les anthropologues Kroeber et Kluckhohn (...) ont décrit quant à eux la culture à travers cinq ingrédients : les « états mentaux » qui traduisent des différences dans la manipulation des registres sensoriels ; les types de comportements (habitudes, rites...), les savoir-faire (métiers et maîtrise du langage), les produits matériels de ce savoir-faire (œuvres, architecture...) ; enfin les institutions et modes collectifs d'organisation. Et ... enfin Raymond Williams, pour qui le mot « culture » est utilisé habituellement pour désigner, d'une part, un processus général de développement intellectuel, spirituel, artistique, esthétique, ainsi que le produit en termes d'œuvres et de pratiques de cette activité ; d'autre part, un mode de vie (way of life) spécifique à un groupe, une société, un peuple ou à une période historique.]

Les auteurs, comme d'autres⁴⁸, voient donc la culture comme un fait unique à l'humain, la différenciant des autres éléments de la nature. Dans toutes les définitions se trouve, d'une façon ou d'une autre, un lien avec le terme « société ». Ceci est le plus évident quand la vision emportée est une vision eurocentriste (occidentale) pour décrire le terme « culture ». Sauquet⁴⁹ conclut s'en interrogeant : [*... Doit-en en conclure qu'il n'y a culture que s'il y a société ? ...*].

La culture n'est ni plus ni moins qu'une construction historiographique. Elle serait le fruit des interactions humaines, des significations, des valeurs, des histoires communes, de représentations, partagées, dans un concert polyphonique et polyrythmique. De ce fait, la question culturelle ne sera posée de la même manière dans des pays différents⁵⁰. Car, il n'existe à présent pas une définition finale, irrévocable, de culture⁵¹.

Cette compréhension de l'objet « culture », vue comme un produit identitaire, liée à des contextes et des groupes humains spécifiques, comme une définition d'appartenances, va accompagner et conditionner la construction des discours « η -culturels ». Elle servira également à la construction idéologique de différenciation. On trouvera des constructions identitaires ayant des formulations ethniques. Se référant à ce corps immatériel, lira-t-on des expressions telles que : « notre culture », « la culture européenne », « la culture occidentale » ou « ...du Sud ». Elles apparaîtront les discours η -centristes où le point de pivot, le point orbital sera, en principe, l'élément géographique d'où part le discours.

Maintenant, avec cette notion plus complète de culture, la question sur les « Inter-, Multi-, Trans- culturel » peut se poursuivre. Elle entre dans un univers d'interactions, des identités collectives qui se franchissent et se côtoient. Dans cet univers, chaque acteur, chaque

⁴⁸ Voir : Verbunt G: (2011) *Manuel d'initiation à l'interculturel* / Gilles Verbunt. Lyon : Chronique sociale et Menier (2015), note 52

⁴⁹ Sauquet M, Vielajus M (2007), op. cit., p.25.

⁵⁰ Meunier (éd.) Oea: (2015) *Cultures, éducation, identité. Recompositions socioculturelles, transculturalité et interculturalité*. Arras Artois Presses Université 512.

⁵¹ Yuste Frias J., (2014), op. cit., p.92, cite la notion prise par l'Unesco, lors de la *Conférence mondiale sur les politiques culturelles*, Mexique, 1982 : [*- que, dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée 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, - et que la culture donne à l'homme la capacité de réflexion sur lui-même. C'est elle qui fait de nous des êtres spécifiquement humains, rationnels, critiques et éthiquement engagés. C'est par elle que nous discernons des valeurs et effectuons des choix. C'est par elle que l'homme s'exprime, prend conscience de lui-même, se reconnaît comme un projet inachevé, remet en question ses propres réalisations, recherche inlassablement de nouvelles significations et crée des œuvres qui les transcendent*]

intervenant, soit-il individuel ou collectif, est invité à se vêtir d'une partie de « l'identité collective » de son groupe d'appartenance⁵². Par conséquent, dans cette démarche compréhensive, les « *η-culturels* » se présentent comme des processus d'intégration sociétale, c.-à-d., dynamiques. Leur définition implique, de facto, l'interaction des individus ou des collectifs s'identifiant à des entités culturelles différentes.

Les résultats de la recherche sont une évidence de l'usage en abondance de ces termes. Comme dit Yuste Frías : [...ils sont devenus le catalogue de « notions caméléons »]⁵³. Elles sont de plus en plus présentes dans le discours politique, dans les disciplines et pratiques professionnelles les plus diverses⁵⁴ (sociologie, sciences de la communication, éducation, marketing, etc.) sans aborder leur véritable signification. En Suisse, les programmes tels que *migrants friendly hospitals*, *les départements de médecine communautaire*, entre autres, participent de manière significative et salutaire à cette production.

Comme il sera expliqué par la suite, ces concepts « *η-culturels* » répondent à des choix sociétaux et politiques, les uns et les autres avec des fondements différents. Des choix politiques qui vont définir, ou du moins marquer, les politiques nationales d'intégration et les normes d'acceptation pour les personnes allogènes. Ayant, comme corolaire, un impact significatif sur les politiques de santé et d'accès aux soins et à d'autres services publics.

3.1.2. Le premier « *η-culturel* » : l'interculturel

Dans un sens strict du terme, l'*interculturel* (à l'opposé de l'intra-) concerne une relation binaire et dynamique entre deux entités (individuelles et/ou collectives), définies comme distinctes. Dans une approche sociétale, ceci va prendre d'autres proportions. Bouchard⁵⁵, pour le cerner comme modèle de prise en charge de la diversité ethnoculturelle, estime très utile d'examiner les paradigmes qui charpentent le débat politique dans une nation :

La diversité : entendue comme la conformation d'une société d'individus et de conglomerats ethnoculturels, au même pied d'égalité et sous les mêmes droits. Aucune majorité culturelle n'est reconnue officiellement. Donc, les minorités ne sont pas non-plus reconnues⁵⁶. Le Droit en est la limite. Dans ce cas se trouveraient, le Canada anglophone, les États-Unis, la Suède, l'Australie et l'Inde.

L'homogénéité (paradigme unitaire) : basée sur l'indifférenciation ethnoculturelle ; dans certains cas, même dans la vie privée. La France (dans l'espace public), le Japon, l'Italie et la Russie, en feraient partie.

La bi- ou multipolarité : des nations composées de groupements ou sous-ensemble nationaux, reconnus officiellement comme tels. Y entreraient, la Suisse, la Belgique, la Bolivie, tous les États plurinationaux.

La dualité : la gestion de la diversité, dans ce cas, se base sur le rapport entre les minorités issues de la migration, actuelle ou plus ancienne, et une majorité dite fondatrice. Même si le terme de « fondatrice », pourrait être remis en question. Est présent dans ce groupe, le Québec ou Canada francophone.

⁵² Meunier, (2015), op. cit

⁵³ Yuste Frias J., (2014), op. cit

⁵⁴ Yuste Frias J., (2014), op. cit., et/ou Totte M., (2015), Des différences entre Inter-, Multi-, Pluri- et Transculturel.

⁵⁵ Bouchard G (2011): *Qu'est-ce que l'interculturalisme ?* McGill Law Journal, 56:2395–468.;10.7202/1002371ar.

⁵⁶ La question des mouvements indépendantistes ou séparatistes pourrait y jouer un rôle. *i.e.* : les catalans, les basques (tant en Espagne qu'en France, les corses. Pour ne citer que les européens.

La mixité : le métissage, grâce à qui sortira la nouvelle culture, enrichie par les contributions progressives de ses groupes constitutifs, ainsi que des nouveaux venus que s'y grefferont. Ce serait le cas de l'Amérique latine dans son ensemble.

Ce modèle d'approche se trouve, par exemple, au cœur des travaux et discussions pilotées par la Commission Bouchard-Taylor⁵⁷, entre février 2007 et juin 2008, sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles dans la société québécoise⁵⁸, et qui se poursuivent encore 10 ans après.

Ce cadre, ainsi résumé, donnerait une idée fautive de la situation réelle de chacune de ces nations. À l'heure actuelle, la mobilité des populations, les avances des moyens de communication et des médias, font que les frontières culturelles sont plus que perméables. Dans l'univers quotidien, tout un chacun est en contact avec des personnes et messages venus d'autres contrées, avec leurs bagages pleins d'autres mondes. Donc, l'interculturalisme comme modèle d'intégration et de gestion de la diversité, base son potentiel sur les interactions dynamiques, dans une continuité, renégociant les changements à tous les socles de la société, sur la base du respect des valeurs fondatrices. Tout ceci, comme dit Bouchard : *[Dans un esprit qui pourrait se résumer dans une maxime : fermeté sur les principes, souplesse dans les modalités d'application.]*⁵⁹

Avant de passer au sujet du multiculturalisme, Sauquet et Vielajus⁶⁰ posent la question suivante, laissant deux phrases, teintées d'un brin d'ironie :

[La problématique interculturelle est donc aujourd'hui au cœur d'une multitude de pratiques professionnelles, et de tout engagement citoyen dans le contexte de la mondialisation. Face à l'explosion de cette problématique, comment les individus, les groupes sociaux, les États réagissent-ils ? ...

⁵⁷ « Afin de répondre aux expressions de mécontentement qui se sont élevées dans la population sur ce qu'on a appelé les « accommodements raisonnables », le premier ministre du Québec, M. Jean Charest, a annoncé le 8 février 2007 la création de la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Suivant le décret du gouvernement, la Commission avait pour mandat : a) de dresser un portrait des pratiques d'accommodements qui ont cours au Québec ; b) d'analyser les enjeux qui y sont associés en tenant compte des expériences d'autres sociétés ; c) de mener une vaste consultation sur ce sujet ; et d) de formuler des recommandations au gouvernement pour que ces pratiques d'accommodement soient conformes aux valeurs de la société québécoise en tant que société pluraliste, démocratique et égalitaire. » (Gérard Bouchard et Charles Taylor, Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Mai 2008, 310p, italiques rajoutées). Ceci a été le mandat reçu par la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles, mieux connue comme la Commission Bouchard-Taylor, par les noms de ses deux coprésidents, le philosophe Charles Taylor et le sociologue Gérard Bouchard.

⁵⁸ Le 27 janvier 2007, la Municipalité d'Hérouxville, une bourgade agricole de 1300 habitants, située dans la région administrative et touristique de Mauricie, au Québec, édicte le *Code de vie d'Hérouxville*. Une initiative exprimant le désir d'accueillir, dans les années futures, sans discrimination, les nouveaux villageois. Ainsi, afin de faciliter leur intégration, proposaient une série de normes bien ancrées chez les habitants du village : à propos des femmes, des enfants, des soins de santé, des festivités. Sept pages expliquant ce qu'ils aimaient faire et ce qu'ils devraient respecter. Un catalogue adressé, en bonne et due forme pour que ces néo-arrivants comprennent qu'en s'y installant, ils abandonnaient le mode de vie de leur pays d'origine. (Drouin, A., (2017) *Le code de vie d'Heurouxville. 2017 : 10è anniversaire*, E. Lachapelle, 29p.)

⁵⁹ Bouchard G, (2011), op. cit., p.430

⁶⁰ Sauquet M, Vielajus M, (2007), op. cit., p.42-45.

La diversité est parfois une excuse commode. Combien d'entre nous voient de l'inconciliable partout et font jouer la fatalité et l'alibi interculturel pour éviter de régler les problèmes ! Qu'un conflit survienne entre deux individus ou deux groupes, et l'on entend aussitôt cette formule expéditive et fataliste « on est dans l'interculturel ». Comme le formule sans complaisance Dominique Blu⁶¹, la culture a bon dos : dans les relations dites interculturelles, « distinguer ce qui relève de la culture – des cultures – ou des enjeux de pouvoir ou des conditions sociales est un exercice périlleux ». Périlleux en effet. Par exemple, la fameuse question de la « gestion des minorités » dans la ville est loin de n'être qu'affaire de respect ou non-respect des coutumes ou de compréhension des modes de vie des uns et des autres. Elle est indissociable des tensions économiques et sociales qui existent entre les différents groupes sociaux de l'univers urbain.]

Avec une autre formulation, Imbert⁶² résume le modèle comme suit :

[L'inter reconnaît des limites établies et cherche à les franchir pour créer des connexions nouvelles mais sans mettre en question ces limites. Ces limites reposent sur un noyau identitaire stable qui permet de les imposer. Cette identité est essentialisée dès l'origine. Ainsi, un individu, un groupe, une nation reposent sur un être, une âme liée à quelque chose qui dépasse et confère un fondement. (...) Cette entité essentialisée qu'est la nation possède une origine qui est vue comme homogène ce qui évite de reconnaître les différences toujours présentes en toute entité.]

3.1.3. Le deuxième « η-culturel » : le multiculturel

La présence et la coexistence de plusieurs ensembles ethnoculturels dans une même nation ne date pas de hier. Ce modèle de la gestion de la diversité se base sur la reconnaissance des groupes ethnoculturels qui composent la population d'un pays. Son usage prend de l'ampleur avec la fin de la Guerre Froide et les conflits interethniques qui se sont déclarés au niveau international⁶³.

Les peuples autochtones, maoris de Nouvelle-Zélande, aborigènes d'Australie, et les peuples amérindiens au Canada et aux États-Unis. Bien que certains, dès 1970, avaient acquis la reconnaissance au droit d'exister comme peuples avec des cultures spécifiques et distinctes de l'ensemble de la société⁶⁴.

Cette dynamique fait honneur à la différence, à la non-assimilation. Le résultat sera une nation qui se reconnaît comme non-homogène par principe. Ceci dit, en tant que modèle politique, apparu pour faire contrepied aux conflits interculturels, ne sera pas exempt de complications, ni d'équivoques. Cette coexistence est loin d'être toujours « pacifique ». Néanmoins, si sa base est l'acceptation des identités diverses, la rencontre entre celles-ci ne sera pas pour autant plus favorisée. Un des reproches faits à ce modèle est qu'il favoriserait la ghettoïsation, le repli et les clivages socioculturels. Le modèle nord-américain, avec ses ghettos ethniques et réserves pour les peuples autochtones, est l'exemple plus cité⁶⁵.

⁶¹ CDTM, *Se former à l'interculturel – expériences et propositions*, éd. Charles Léopold Mayer, dossier pour un débat n° 107, 2000. Citation dans le texte original

⁶² Imbert P; (2016): *Réflexions sur les dialogues culturels en fonction de perspectives culturelles et a-culturelles de la modernité*. Letras de Hoje, 50:5;10.15448/1984-7726.2015.s.23127.

⁶³ Savidan P (2011) *Le multiculturalisme*. 2e edn: Paris : Presses Universitaires de France. op. cit., p.18

⁶⁴ Savidan, (2011), op. cit., p.19

⁶⁵ Totte M., (2015)

Une notion plus proche du terrain d'intervention sociale, souvent associée à la multiculturalité, est le « *pluriculturel* ». Lequel est vu comme la convergence d'entités et d'individus avec des origines ethnoculturelles diverses. La différence entre ces deux notions est que le *pluriculturel* s'oriente plus vers la richesse des approches dans le but de s'en inspirer. La fin recherchée étant en-dehors du fait culturel en lui-même⁶⁶. La pluridisciplinarité des équipes de travail dans la santé et également dans d'autres domaines peut en trouver une équivalence.

3.1.4. Le troisième « η -culturel » : le transculturel

Le préfixe *trans*⁶⁷ induit déjà une notion de *passage d'un état à un autre*. Une notion d'aller vers l'autre et se transformer, d'aller au-delà des limites ou des barrières. Donc, par nature, le transculturel se positionne dans un processus dynamique. En 1940, l'anthropologue cubain Fernando Ortiz⁶⁸ créa ce néologisme:

*[Con la venia del lector, especialmente si es dado a estudios sociológicos, nos permitimos usar por primera vez el vocablo **transculturación**, a sabiendas de que es un neologismo. Y nos atrevemos a proponerlo para que en la terminología sociológica pueda sustituir, en gran parte al menos, al vocablo aculturación, cuyo uso se está extendiendo actualmente.*

Por aculturación se quiere significar el proceso de tránsito de una cultura a otra y sus repercusiones sociales de todo género. Pero transculturación es vocablo más apropiado.

*Hemos escogido el vocablo **transculturación** para expresar los variadísimos fenómenos que se originan en Cuba por las complejísimas transmutaciones de culturas que aquí se verifican, sin conocer las cuales es imposible entender la evolución del pueblo cubano, así en lo económico como en lo institucional, jurídico, ético, religioso, artístico, lingüístico, psicológico, sexual y en los demás aspectos de su vida.]*⁶⁹

Cuba, comme toute l'Amérique latine, s'est construite socialement et culturellement sur le socle du métissage. L'apparition de ce nouveau terme se fait sur la base d'un processus de transformation. Donc, il n'a pas été créé comme un modèle de gestion de la diversité, mais pour expliquer ou comprendre un phénomène d'interaction entre deux corps culturels. Ce terme réunit les expressions : « acculturation », « déculturation », « enculturation » ou « inculturation ». Ces termes, comme celui de « changement culturel », s'utilisaient pour

⁶⁶ Totte M., (2015), op. cit., p2

⁶⁷ [Préfixe, du latin *trans*, au-delà, exprimant l'idée de changement, de traversée.] Source : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/trans-/79047>

⁶⁸ Ortiz F: (1978) *Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar*. Caracas : Biblioteca Ayacucho. p92-93. Les caractères gras ont été rajoutés.

⁶⁹ Trad. personnelle : *[Avec la permission du lecteur, spécialement s'il est familier avec les études sociologiques, nous nous permettons d'utiliser pour la première fois le vocable transculturation, sachant que c'est un néologisme. Et nous osons le proposer pour que la terminologie sociologique puisse substituer, dans une grande mesure au moins, le vocable acculturation, dont l'usage s'étend actuellement.*

Par acculturation on veut représenter le processus de passage d'une culture à l'autre et ses répercussions sociales de tout genre. Mais transculturation est le vocable plus approprié.

Nous avons choisi le vocable transculturation pour exprimer la grande variété de phénomènes qui prennent origine à Cuba par les très complexes transmutations qu'ont lieu ici, sans connaître lesquelles il est impossible de comprendre l'évolution du peuple cubain, soit dans l'économique, que dans l'institutionnel, juridique, éthique, religieux, artistique, linguistique, psychologique, sexuel et dans tous les autres aspects de leur vie.]

expliquer les transformations culturelles que les migrants vers l'île, ainsi que les peuples séculaires de celle-ci, ont subies dès l'arrivée des Espagnols :

*[...Toute l'échelle culturelle que l'Europe a connue en plus de quatre millénaires, à Cuba s'est déroulée en moins de quatre siècles.]*⁷⁰.

Les travaux du philosophe Wolfgang Welsch⁷¹ vont apporter une nouvelle dimension au concept. Ortiz voyait les corps culturels comme perméables, en transformation. Dans une relation dialectique où la culture des dominants n'était pas étanche à celles des dominés, ou vice-et-versa. Il les voyait, néanmoins, distinctes. Welsch recommande de compléter l'interprétation de ce nouveau paradigme en prenant les cultures comme des flux dynamiques qui s'enchevêtrent continuellement⁷². De cette perspective, l'interaction culturelle s'articule en deux dimensions : au niveau macro, dont de la société dans sa globalité et au niveau micro, celui de l'individu⁷³.

À la lumière de ces éléments, le modèle transculturel s'entend comme un processus d'interprétation des relations culturelles, autant au plan individuel que collectif, ne se situant pas dans un discours de gestion sociopolitique des diversités. Il va au-delà même du pluriculturel qu'incite la convergence. Le changement est provoqué par le transculturel.

3.1.5. Première discussion

Après avoir vu ces trois définitions, ces trois modèles, en apparence semblables, force est de constater que ce n'est pas le cas. La première divergence est dans le paradigme d'où partent les deux premiers : présupposer que les cultures sont comme des globes distincts, totalement différenciables⁷⁴. Ces deux concepts, comme dit précédemment, répondent à des postures idéologiques de gestion sociale de la diversité.

En conséquence, ils vont véhiculer des constructions identitaires (culturelles, nationales), collectives ou individuelles, avec le risque de repli qui les accompagne. Alors, sous l'angle de cette perspective, il faudra être attentif au fait que, dans la pratique professionnelle, les identités ainsi forgées risquent de s'opposer aux appartenances multiples propres du processus

⁷⁰ Voici le texte original: *[...Toda la escala cultural que Europa experimentó en más de cuatro milenios, en Cuba se pasó en menos de cuatro siglos...]* trad. personnelle, Ortiz F., (1978), p94.

⁷¹ Welsch W, (1999): *Transculturality - the Puzzling Form of Cultures Today*. In Book *Transculturality - the Puzzling Form of Cultures Today*, Sage 1999 edition. pp. 194-213. Côté J-F, Benessaïeh A ;(2012) : *La reconnaissance des formes d'un cosmopolitisme pratique au sein des Amériques : transnationalité et transculturalité*. *Sociologie et sociétés*, 44:135-60;10.7202/1012141ar.

⁷² Côté J-F, Benessaïeh A; (2012): *La reconnaissance des formes d'un cosmopolitisme pratique au sein des Amériques : transnationalité et transculturalité*. *Sociologie et sociétés*, 44:135-60;10.7202/1012141ar, p.47. Ainsi que, Benessaïeh A ; 2011 of Conférence : *Après Bouchard-Taylor : multiculturalisme, interculturalisme et transculturalisme au Québec*. In Colloque « Trans-inter-multiculturalité, trans-inter-multidisciplinarité et Amériques plurielles, Université d'Ottawa ; 31 mars 2011. Télé-université (TÉLUQ) : 13, p.3.

⁷³ Welsch, (1999), op.cit, p.197-8

⁷⁴ Voir : Welsch W, (1999), op.cit., p.194 et Benessaïeh A; (2011) of Conference: *Après Bouchard-Taylor : multiculturalisme, interculturalisme et transculturalisme au Québec*. In Colloque « Trans-inter-multiculturalité, trans-inter-multidisciplinarité et Amériques plurielles, Université d'Ottawa; 31 mars 2011. Télé-université (TÉLUQ): 13, p.3.

de métissage, où tout individu évolue⁷⁵. Les interprètes communautaires seraient les premiers exposés à cette condition.

Une deuxième réflexion, peut présager que le préfixe « inter- » inspire les identités à accepter de se connecter, mais sans pour autant changer ce qu'elles sont. Avec le préfixe « multi- », la notion de territoire se renforce et avec, cette idée que toute identité culturelle prend sa source d'une essence préexistante⁷⁶. Ceci pourrait provoquer des replis identitaires, la ghettoïsation ou donner pied aux extrémismes. Lors d'actions de prévention, les risques pourraient être, dans ce cas : de renforcer les stéréotypes ou la stigmatisation, ou d'entériner quelques replis.

Ces deux premiers points montrent déjà le besoin de clarifier, dès le début, le modèle conceptuel à suivre. Il est tout aussi important de tenir compte du contexte sociopolitique et son impact avec les contraintes qui, de facto, vont conditionner les interventions.

3.1.6. Contextes d'intervention

Pour commencer, gardons à l'esprit deux postulats fondamentaux qui sont le droit à la santé et la promotion de la santé.

*[« Le droit à la santé n'équivaut pas à un droit d'être en bonne santé et ne signifie pas non plus que les pays pauvres doivent mettre en place des services de santé coûteux qui dépassent leurs moyens. Mais, en vertu du droit à la santé, les gouvernements et les autorités sont tenus de mettre en place des politiques et des plans d'action qui permettent à tous d'accéder le plus rapidement possible à des soins de santé. La réalisation de cet objectif est un défi que doivent relever à la fois la communauté des droits de l'homme et les professionnels de la santé publique ».] **Mary Robinson**, Haut-Commissaire des Nations Unies pour les droits de l'homme de 1997 à 2002⁷⁷.*

*[La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.] **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS**, adoptée le 21 novembre 1986.*

Ces deux postulats montrent bien que les espaces et conditions de la santé se posent dans les deux dimensions que signalait Welsch⁷⁸. Dans la dimension sociétale, comme déjà discuté, ce sont les politiques et les idéologies qui définiront le cadre et, par conséquent, les politiques de santé qui vont avec. À l'échelle citoyenne, la santé est aussi l'affaire des individus, non-seulement de la communauté. Les modèles d'intégration, en tant que réponses politiques aux flux migratoires, vont influencer l'accès aux services et en définir leurs moyens pour toute la

⁷⁵ Yuste Frias J., (2014), p.103

⁷⁶ Yuste Frias J., (2014), p.103

⁷⁷ Citée par : Zesiger V, Chastonay P : (2007) *Santé et droits humains*. Genève : Médecine & Hygiène, p.16.

⁷⁸ Welsch W, (1999), op. cit.

population. Les communautés allogènes, comme celles en conditions de vulnérabilité, se verront sensiblement affectées.

Dans le contexte européen, au long des dernières décennies, les flux migratoires, particulièrement la « crise » réfugiés⁷⁹, a fortement marqué le discours vers l'autre. Les États donnent des réponses différentes selon leurs propres politiques d'intégration. Certains États prônent une ouverture, d'autres dressent des murs. Ensuite, cette population néo-arrivante se trouve dans ce

*[... cadre politique qui ressort de la culture du pays hôte où les immigrés doivent atténuer leur distinction afin de se fondre dans le tissu social. C'est le modèle de l'intégration républicaine à la française. Tous égaux face à la République sans aucune distinction culturelle et encore moins culturelle, mais dès qu'il y a un problème, les origines se mettent en relief.]*⁸⁰.

Cette présence accrue des personnes venues d'ailleurs va soumettre les sociétés d'accueil à de nouveaux défis. Comment vont-elles y faire face ? L'« absorption » naturelle d'autrefois se verra mise à mal. La notion d'« intégration⁸¹ », en tant que modèle politique de gestion, apparaît ainsi pour permettre la mise en œuvre des actions ou des interventions sociales facilitatrices de la rencontre harmonieuse entre les divers secteurs de la population. En mars 2018, la Suisse comptait 2'063'428 étrangers⁸². Séparant les générations issues de l'immigration nées sur le sol helvétique, environ un quart de la population suisse est née à l'étranger⁸³. Sans y intégrer le nombre de binationaux, la composante étrangère de la population suisse présente le pays comme un pays d'immigration. Cet élément est important dans la présente réflexion, car cela aura des conséquences dans les conditions de vie de bon nombre des usagers des services de santé. La Suisse, pour régler sa politique d'accueil, a lié sa politique migratoire aux besoins économiques et de main d'œuvre. Il suffit de voir l'arc-en-ciel des types de permis de séjour dont-elle dispose. C'était sans compter les crises mondiales qui ont fait fuir des populations entières de leurs lieux d'origine. Ainsi, ces dernières décennies, voulant gérer ces afflux migratoires, sous la pression des vagues successives, ainsi que des mouvements xénophobes visant à les freiner, la Suisse a changé plusieurs fois de stratégie de gestion. Ainsi, du pays d'émigration jusqu'à la première moitié du 19^{ème} siècle, elle devient progressivement le pays d'immigration qu'elle est aujourd'hui⁸⁴.

Les politiques d'intégration promues par la Confédération partent de la définition suivante :

⁷⁹ Cela avec son lot d'histoires et de tragédies. L'Union Européenne fait état de 1 321 600 demandes d'asile, seulement pour l'année 2015. (*L'UE et la crise des réfugiés*. Union Européenne (2016).

Luxembourg : Européenne U ; 4.)

⁸⁰ Yuste Frias J., (2014), op. cit., p.104

⁸¹ Voici deux définitions :

• Pour le Larousse : [Action d'intégrer ; fait pour quelqu'un, un groupe, de s'intégrer à, dans quelque chose : Fêter son intégration à Polytechnique.]

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/int%C3%A9gration/43533>

• Pour le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : [Action d'incorporer un ou plusieurs éléments étrangers à un ensemble constitué, d'assembler des éléments divers afin d'en constituer un tout organique ; passage d'un état diffus à un état constant ; résultat de l'action.]

<http://www.cnrtl.fr/definition/int%C3%A9gration>

⁸² *Statistiques sur l'immigration. Les étrangers en Suisse*. Secrétariat d'Etat aux migrations SEM.

Berne-Wabern ; 25p.; 26 avril 2018

⁸³ Pigué E : (2009) *L'immigration en Suisse : soixante ans d'entrouverture*. 2e, revue et mise à jour edn : Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, p.9.

⁸⁴ Pigué E, (2009), op. cit.

[L'intégration vise à instaurer l'égalité des chances pour l'accès aux ressources sociales et économiques, et à favoriser la compréhension mutuelle entre les citoyen-ne-s suisses et les ressortissant-e-s étrangers. Il s'agit en particulier de faciliter la coexistence sur la base de valeurs et de comportements communs, de renseigner les personnes d'origine étrangère sur le fonctionnement de nos institutions, sur les prescriptions légales et les conditions de vie, ainsi que de créer des conditions générales susceptibles d'améliorer l'égalité des chances et la participation à la vie sociale (Office fédéral des migrations)]⁸⁵

Cette volonté politique égalitaire, à elle seule, n'est pas une garantie d'un accès de toutes les couches de la population à tous les services qui leurs sont dédiés, notamment ceux de la santé. Les institutions (publiques et privées), avec la société civile, doivent agir de telle sorte que cette garantie devienne réalité sur le terrain. Le Programme « Les Villes-Santé », de l'OMS, est un exemple des actions publiques pour réduire les inégalités en santé⁸⁶. Le Conseil fédéral se fixe, dans sa stratégie globale Santé 2020, quatre domaines prioritaires, à savoir :

[Garantir la qualité de vie ; Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle ; Garantir et renforcer la qualité des soins ; Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination]⁸⁷.

La porte d'entrée aux soins, prise par la population migrante, va être en lien évident avec leur propre parcours de migration qui les a conduit en Suisse ou ailleurs⁸⁸. Le rapport de Florence Moreau-Gruet⁸⁹ fait état des types de recours demandés, ainsi que des différences selon les groupes des migrants : services d'urgence, consultations pédiatriques et gynécologiques, etc.

3.1.7. Compétences transculturelles : passerelles dynamiques

Pour Lesœurs et Ferradji :

[L'éthique d'une société peut être évaluée par la manière dont elle traite ses étrangers et la place dont elle donne à ses malades, (...). Le respect de l'autre naît de la représentation qu'on se fait, s'exprime par la manière dont on parle et dont on le nomme.]⁹⁰.

⁸⁵ Kaya B, Efionayi-Mäder D :(2007): *Document de base sur la question « migration et santé ». Développement de documents d'instruments pour la et dimension « migration » en matière de promotion et de prévention de la santé.* Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM. Neuchâtel ; p.33. Note : l' « Office fédéral des migrations » se nomme actuellement « Secrétariat d'État aux Migrations SEM ». Potvin L. MM-J, Jones C. (sous la dir.) : (2010) Réduire les inégalités sociales en santé. INPES, coll. Santé en action.

⁸⁶ Potvin L. MM-J, Jones C. (sous la dir.): (2010) *Réduire les inégalités sociales en santé.* INPES, coll. Santé en action, p. 148-57. Pour un inventaire plus détaillé de la collaboration avec les communautés migrantes en Suisse : voir les recherches de Moret et Dahinden (Moret J, Dahinden J, 2009, *Les réseaux de migration dans les politiques de santé publique et d'intégration : résumé.* Neuchâtel. Maison d'analyse des processus sociaux. Université de Neuchâtel ; 6.) (2013) : Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral - Santé 2020. Institution. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP); 25p

⁸⁷ *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral - Santé 2020.* Office fédéral de la santé publique (OFSP) ; Berne, (2013): 25p

⁸⁸ Clivaz F, Gonzalez D, Morán Cadenas F, Reinert R, Kathrine Z ; (2013), *op. cit.*

⁸⁹ Moreau-Gruet F, Luyet S ; (2011) : *Population migrante et santé. Analyse de la statistique médicale des hôpitaux et recherche de littérature.* Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel ; 83.

⁹⁰ Lesœurs G, Ferradji T ;(2016) : *Approches transculturelles de la santé : prendre soin et parler.* In Volume Culture&Sciences, Sciences de l'homme N° 37. Paris : L'Harmattan ; 150, p. 33.

Dès lors, dans ce combat éthique qui vise à une réduction des inégalités en santé est en surplus immergés dans des politiques et des modèles d'intégration réducteurs et stigmatisant. Les intervenants de la santé auront besoin de développer des compétences particulières pour bien mener leur travail. Un défi majeur pour le système de santé ! Ils devront, par conséquent, faire appel aux domaines d'interrogation lors de situations pluriculturelles et pluridimensionnelles. À savoir, les diverses visions du monde, les éléments identitaires et statutaires, les cultures de chaque profession (et/ou spécialité dans le cadre médical), et les enjeux communicationnels (voir figure 4).

Mais que peut-on comprendre par « *compétences transculturelles* » ? Dagmar Domenig⁹¹ parle de *l'habileté* de cerner et de comprendre les *backgrounds* individuels, dans une situation et dans des contextes divers. Ce qui permettrait au professionnel de mieux cerner les mesures de traitements appropriés pour un patient donné. Cet exercice fait appel aux propres expériences et préjugés et demande à avoir la capacité de voir et de comprendre les éléments originaires d'autres peuples. La langue, comme instrument naturel de communication et d'échange, y joue un rôle majeur. De là l'importance du travail des interprètes pour contrer les difficultés et les échecs dans le dialogue soignant-patient. Cependant, le professionnel doit être attentif à la matrice imparfaite des patients qui parlent la langue, assez pour ne pas avoir besoin des services d'interprétariat. Ce niveau de maîtrise, Peeters⁹² le nomme « *l'interlangue* », dont les faiblesses se situent dans la non-maîtrise des normes et des valeurs. Lucienne Rey ajoute :

[... même lorsque deux personnes parlent à première vue la même langue, rien ne permet encore de garantir qu'elles se comprennent (...). Une personne qui ne connaît pas la langue spécialisée et les comportements propres à cette « culture » ne peut que difficilement en comprendre certaines caractéristiques, même si elle parle la même langue que le corps médical...]⁹³.

⁹¹Domenig D; (2004): *Transcultural change: A challenge for the Public Health system*. Applied nursing research, 17:3213-216; 10.1016 /j.apnr.2004.07.001. : [Transcultural competence means the ability to grasp and understand individual backgrounds in the particular situation and in various contexts and deduce appropriate ways of treating the patient. Transculturally competent staff members reflect on their own experiences and prejudices, have the ability to see and understand things from other people's perspective, avoid cultural judgements and stereotyping of certain target groups, and above all have respectful nondiscriminatory behavior toward migrants.]. Voir également : Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green AR, Bodenmann P ;(2010) : *Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact ?* Forum Med Suisse, 10:57.

⁹²Peeters B ; (2003) : *Le transculturel : Sémantique, Pragmatique, Axiologie*. La linguistique, 39:1119-135;10.3917/ling.391.0119. p. 120.

⁹³Rey L, (2011) : *Des ponts linguistiques pour mieux guérir. L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse*. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Berne : OFSP Direction Politique de la santé, Projets multisectoriels, Programme national Migration et santé; 92; avril 2011; GP 12.10 700 d 700 f 30EXT1107. p. 20.

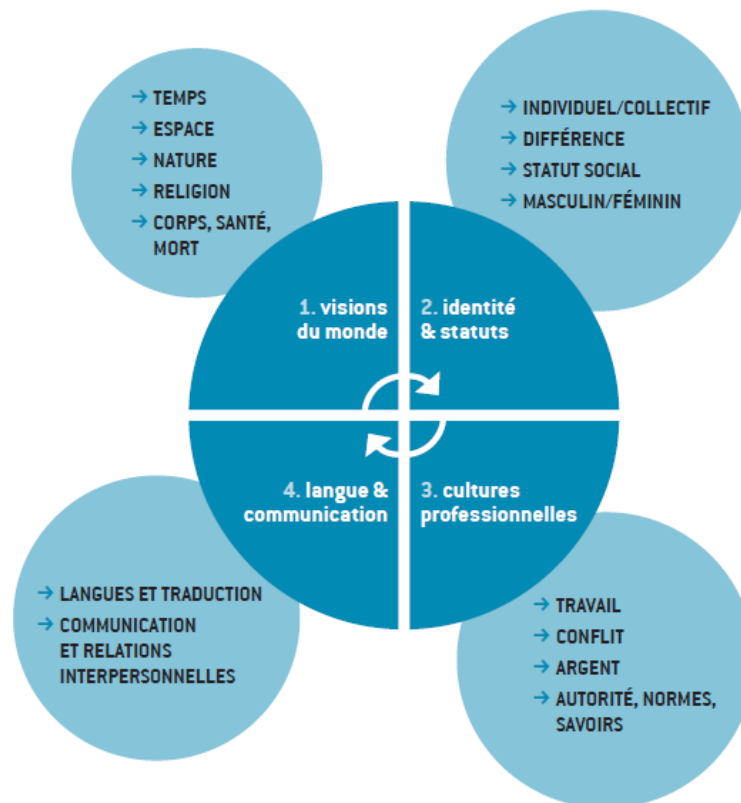


Figure 4: Domaines d'interrogation - Situations pluriculturelles⁹⁴

De la lecture de la littérature consultée, on remarque une augmentation significative de l'intérêt pour les pratiques transculturelles dans le milieu de la santé. Les services se sont adaptés et les compétences transculturelles, initialement utilisées dans les espaces de la psychiatrie, se sont déplacées progressivement vers d'autres spécialités médicales. La formation dans ce sens devient déjà un enjeu. Les actions du Programme européen Migrant Friendly Hospitals, ensuite Swiss Hospitals for Equity, y ont fortement contribué. Les initiatives visant à réduire les inégalités en santé ont donné des impulsions remarquables à ce processus de changement de paradigme. L'Université de Genève offre aux professionnels de la santé et du social le CAS *Santé et diversités : comprendre et pratiquer les approches transculturelles*⁹⁵. La Conférence suisse des Services spécialisés dans l'Intégration (CoSI) a publié un document de base à l'intention des professionnels organisateurs de formation dans ce domaine dans lequel elle fait la différenciation entre la transculturalité et l'interculturalité⁹⁶. À titre de conclusion, le résumé des approches η-culturels (figure 5), permettra au lecteur de visualiser les points communs et les dissemblances décrites plus haut. Les trois approches peuvent servir à la compréhension des interactions entre groupes culturellement divers.

⁹⁴ Sauquet M, Vielajus M : (2016) *Le Culturoscope. 70 questions pour aborder l'interculturel*. Éditions Charles Léopold Mayer (ECLM), p.10.

⁹⁵ <https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-sante-et-diversites-comprendre-et-pratiquer-les-approches-transculturelles-2019>

⁹⁶ Blank-Antakli Z, Bühler T, Erden D, Furrer D, Maag S, Rebsamen S, Wettstein E, Zeqiri H, Katja M, Ettlin R:(2016): *Compétences transculturelles : recommandations pour la conception de formations*. Conférence suisse des Services spécialisés dans l'intégration CoSI. Luzern; 14;01.11.2016.

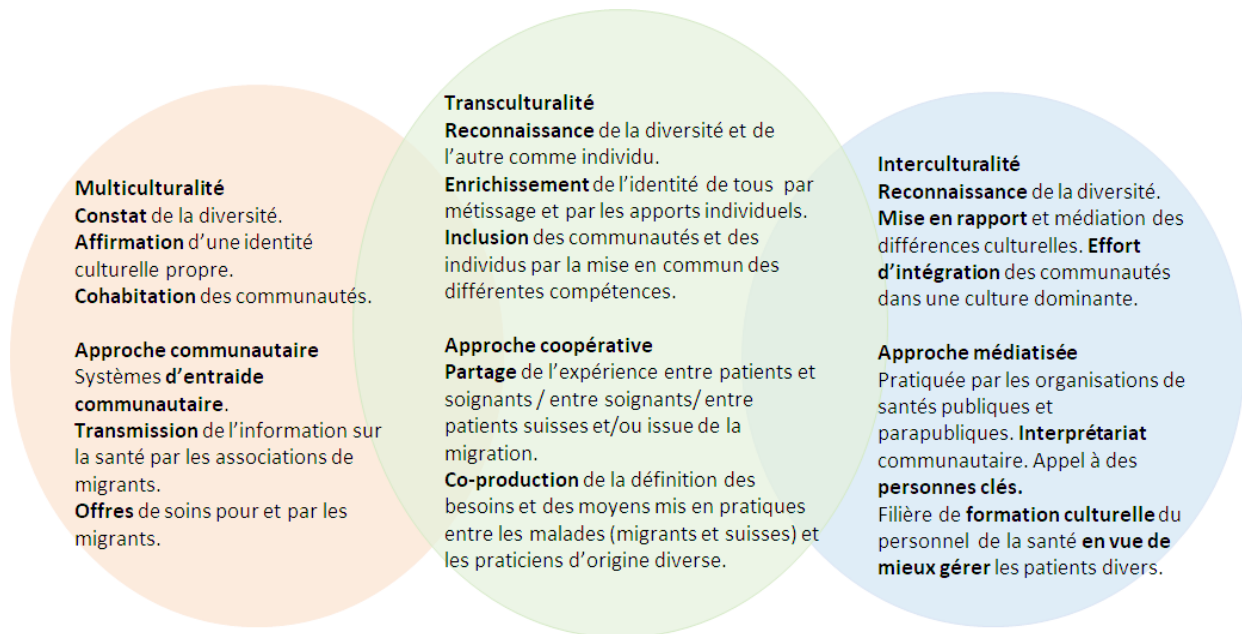


Figure 5: Approches η -culturels ⁹⁷

3.2. Deuxième partie : Revue de littérature

La recherche bibliographique effectuée en suivant la méthodologie décrite au point 2.3, délivre 3'868 résultats autour des trois pôles cités plus haut (conceptuel/théorique, politico-social et méthodologique), avec toutes les superpositions logiques et attendues.

Autour du pôle conceptuel se placent des observations et des réflexions anthropologiques, ainsi que des rapports des experts et des recherches sur les identités culturelles, soit des diasporas, des populations autochtones ou minoritaires.

Le cadre politico-social réunit les textes légaux, les chartes et d'autres documents en lien particulier avec l'accès aux soins et aux programmes de prévention mis en œuvre en Suisse et ailleurs, mais aussi des travaux de recherche sur la population étrangère (statistiques, état de santé, parcours de migration, d'intégration sociale et des conditions de vulnérabilité).

Le pôle méthodologique recueille, notamment, les ouvrages et les publications des études autour des compétences transculturelles, de la gestion de la diversité et la composition du personnel de santé. S'y trouvent également les études et les recommandations de divers réseaux de santé, comme le réseau *Swiss Hospitals for Equity*⁹⁸ et la Conférence suisse des Services spécialisés dans l'intégration (CoSI)⁹⁹.

L'ensemble des travaux résume la relative difficulté qui existe à faire la distinction entre les trois notions d'inter-/multi-/transculturalité. Une brève mise au point sur les définitions qui seront utilisées ne serait pas de trop, spécialement au moment de publier. Les compétences

⁹⁷ Dubois U. et Gonzalez D. (2016), Schéma élaboré à l'occasion de la Conférence Suisse de Santé Publique 2016, Berne, nov. 2016.

⁹⁸ Issu du projet européen *Migrant friendly hospitals (MFH)*. [URL : <http://www.hospitals4equity.ch/>]

⁹⁹ [URL : <http://www.kofi-cosi.ch/franz/home/home.html>]

transculturelles font appel au fait de traiter de notions telles que : valeurs, contextes historiques, habitudes ou traditions. La pratique clinique aura besoin de combiner l'évidence scientifique et ces notions.

Après avoir appliqué les critères d'exclusion décrits plus haut, le corps des publications restant se compose de 309 références pour l'ensemble des trois pôles de distribution. Si on ne considère que le pôle méthodologique, cette liste se réduit à 24 résultats¹⁰⁰ : soit onze travaux de recherche et treize revues de littérature. Les travaux de recherche impliquaient tant des professionnels que des patients. Le corps médical et infirmier sont les plus concernés. Les recherches ont été réalisées entre 2007 et 2018, en Suisse, aux États-Unis, en Chine, en Australie et dans l'Union Européenne. C'est donc sur ces compétences transculturelles incorporées dans la pratique clinique, que se centre la présente revue de littérature.

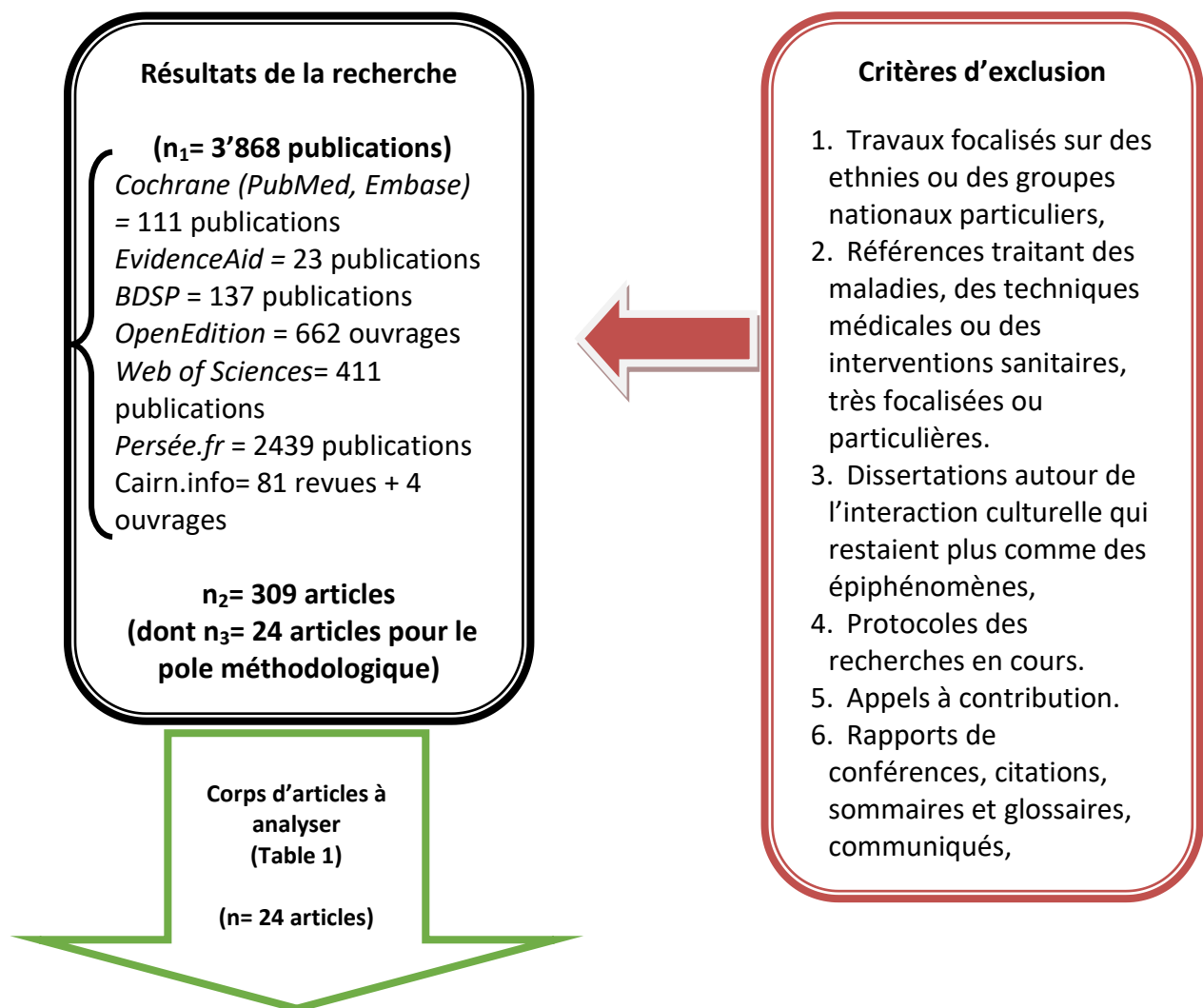


Figure 6: Résultat de la recherche de littérature (pôle méthodologique)

¹⁰⁰ Voir le Tableau 1. Publications retenues pour la revue de littérature (pôle méthodologique).

3.2.1. Publications retenues pour la revue de littérature du pôle méthodologique

Authors	Year of publication	Title of the publication	Type of Study	Topic addressed	Journal of publication	Language	Country of Authors	Country of Study	Key Words	Abstract and/or Conclusions
Allen J	2010	Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education: a literature review	Review of literature	To appraise through literature review the available research evidence to guide teaching and learning regarding cross-cultural care for nursing students. Cross-cultural education of nurses with a focus on both culture and antiracism is one way of promoting ethical and effective cross-cultural health systems for people from culturally diverse backgrounds. Although cross-cultural care has long been recognised as necessary to nursing education there is no clear consensus regarding how it is to be taught or which theoretical perspectives should underpin this teaching.	Nurse education today	English	Australia	Four countries: United States of America, Canada, Australia and Finland	Attitude of Health Personnel Cultural Competency/*education *Cultural Diversity *Curriculum Education, Nursing, Baccalaureate/*organization & administration Health Knowledge, Attitudes, Practice Health Services Needs and Demand Humans Nursing Education Research Outcome Assessment (Health Care) *Prejudice Program Evaluation Quality of Health Care	FINDINGS: Current literature supports the effectiveness of cross-cultural teaching interventions in promoting cultural competence and in facilitating attitudinal and belief changes in nursing students. The literature further suggests that racism persists in some students following participation in cross-cultural education and that there is a paucity of theory, teaching interventions and evaluations addressing antiracism. CONCLUSIONS: Cross-cultural education alone is insufficient to combat racism. Cross-cultural education focused on both cultural competence and antiracism is necessary to promote effective cultural care in nursing students.

									Research Design Stereotyping Students, Nursing/psychology	
Bäärnhelm S, Mösko M	2012	Cross-cultural training in mental health care – challenges and experiences from Sweden and Germany	Comparative Study	Benefits of the Cross-cultural training in mental health care	European Psychiatry	English	Sweden	Sweden and Germany	Cross-culture Training Evaluation Mental health Psychiatry	Globalization and cultural diversity challenge mental health care in Europe. Sensitivity to culture in mental health care benefits effective delivery of care to the individual patient and can be a contribution to the larger project of building a tolerant multicultural society. Pivotal for improving cultural sensitivity in mental health care is knowledge in cross-cultural psychiatry, psychology, nursing and related fields among professionals and accordingly training of students and mental health professionals. This paper will give an overview,

										and a critical examination, of current conceptualisation of cross-cultural mental health training. From German and Swedish experiences the need for crosscultural training and clinical research on evaluation will be presented.
Bardet A, Green AR, Paroz S, Singy P, Vaucher P, Bodenman P	2012	Medical residents' feedback on needs and acquired skills following a short course on cross-cultural competence	A pre-post intervention comparative design was used to compare CCC before, just after, and three months after the cultural competency training.	The purpose of this study is to assess short and long term changes in knowledge, attitudes, and skills among medical residents following a short course on cultural competency and to explore their perspectives on the experience.	International Journal of Medical Education	English	Switzerland	Switzerland	Education, medical, graduate, cultural competency, emigrants and immigrants, primary health care	Cross-cultural competence training not only brings awareness of multicultural issues but also helps participants understand their own cultures, perception of others and preconceived ideas. Physicians' education should however also focus on improving implementation of acquired knowledge in cross-cultural competence.
Berger G, Conroy S, Peerson A, Brazil V	2014	Clinical supervisors and cultural competence	Twenty clinical supervisors were recruited to a qualitative study in a regional hospital in Queensland, Australia. Data from semi-structured interviews (June–August 2011) were thematically analyzed.	To investigate how clinical supervisors of junior doctors provide feedback and assessment on cultural competence, one of several professionalism skills outlined in the Australian Curriculum Framework for Junior Doctors.	The Clinical Teacher	English	Australia	Australia	Cultural Competency/*education, Cultural Diversity *Faculty, Medical, Feedback, Health Literacy, Humans Interviews as Topic : Medical Staff, Hospital/*education, Qualitative Research, Queensland	Supervisors were unable to define cultural competence in ways that enable them to apply the concept to clinical training for junior doctors. Specific training in cultural competence, and guidelines for its assessment, is therefore recommended for clinical Supervisors neglected to comment on other indicators of cultural diversity, such as ethnic background and health beliefs.

Blom N, Huijts T, Kraaykam p G	2016	Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics	Comparative research	In this study, we aim to move closer to the underlying mechanisms linking healthcare systems to ethnic health inequalities by examining the role of two specific domains in health policy: policies aimed at the reduction of socioeconomic inequalities in health, and policies targeting migrants' health. First, because of the ubiquity and detrimental impact of socioeconomic inequalities in health (Mackenbach et al., 2008), several countries have implemented policies specifically aimed at reducing these inequalities.	Soc Sci Med	English	European Union	European Union	Comparative research, Ethnic inequality, Health, Healthcare systems, Intersectionality, Multilevel modelling	Health inequalities between ethnic majority and ethnic minority members are prevalent in contemporary European societies. In this study we used theories on socioeconomic deprivation and intersectionality to derive expectations on how ethnic inequalities in health may be exacerbated or mitigated by national healthcare policies. To test our hypotheses we used data from six waves of the European Social Survey (2002-2012) on 172,491 individuals living in 24 countries. In line with previous research, our results showed that migrants report lower levels of health than natives. In general a country's healthcare expenditure appears to reduce socioeconomic differences in health, but at the same time induces health differences between recent migrants and natives. We also found that specific policies aimed at reducing socioeconomic inequalities in health appeared to work as intended, but as a side-effect amplified difference between natives and recent migrants in self-assessed health and well-being. Finally, our results indicated that policies specifically directed at the
---	------	---	----------------------	--	-------------	---------	----------------	----------------	--	---

										improvement of migrants' health, only affected well-being for migrants who have lived in the receiving country for more than 10 years.
Brisset C, Leanza Y, Laforest K	2013	Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies	Systematic literature review in French and English and meta-ethnography analysis	OBJECTIVE: To identify relational issues involved in working with interpreters in healthcare settings and to make recommendations for future research.	Patient education and counseling	English	Canada	Canada	*Communication Delivery of Health Care/*standards Emigrants and Immigrants/*ps Psychology Female Humans Male Qualitative Research *Translating	RESULTS: Three themes emerged. Interpreters'roles: Interpreters fill a wide variety of roles. Based on Habermas's concepts, these roles vary between agent of the Lifeworld and agent of the System. This diversity and oscillation are sources of both tension and relational opportunities. DIFFICULTIES: The difficulties encountered by practitioners, interpreters and patients are related to issues of trust, control and power. There is a clear need for balance between the three, and institutional recognition of interpreters' roles is crucial. COMMUNICATION CHARACTERISTICS: Non-literal translation appears to be a prerequisite for effective and accurate communication. CONCLUSION: The recognition of community interpreting as a profession would appear to be the next step. Without this recognition, it is unlikely that

										communication difficulties will be resolved. PRACTICE IMPLICATIONS: The healthcare (and scientific) community must pay more attention to the complex nature of interpreted interactions. Researchers need to investigate how relational issues in interpreted interactions affect patient care and health.
Caballero AE	2011	Understanding the Hispanic/Latino patient	Comparative study	Impact on quality and monitoring of treatment when caregiver knows the patient's culture	The American Journal of Medicine	English	United States of America	United States of America	Body Image, Culture, Diabetes Mellitus, Type 2/ethnology/*etiology/genetics *Hispanic Americans, Humans Life Style, Risk, United States/epidemiology	Although this increased risk is partly caused by genetic influences, a number of socioeconomic and cultural factors, including familismo, fatalismo, machismo, personalismo, and simpatia, may also affect healthcare outcomes in Hispanic/Latino patients. While these factors are not necessarily present in all individuals, an awareness of Hispanic/ Latino culture is important in order to provide patients with healthcare that is more culturally and socially appropriate... However, other aspects of Hispanic/Latino culture may be seen as challenges in the prevention and treatment of type 2 diabetes because patients may have difficulty making decisions and communicating with healthcare providers, may believe that their disease is

										beyond their control, and may be less likely to exercise and/or perceive themselves as overweight.
Casillas A, Paroz S, Green AR, Wolff H, Orest Weber, Faucherre F, and NF, Bodenman P	2014	Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study	A survey on cross-cultural care was mailed in November 2010 to front-line providers in Lausanne, Switzerland	As the diversity of the European population evolves, measuring providers' skillfulness in cross-cultural, care and understanding what contextual factors may influence this is increasingly necessary.	BMC Medical Education	English	Switzerland	Switzerland	Cultural competency, Cross-cultural care, Medical education, Health disparities, Vulnerable populations, Immigrant populations.	Conclusions: Overall, there is much room for cultural competency improvement among providers. These results support the need for cross-cultural skills training with an inter-professional focus on nurses, education that attunes provider awareness to the local issues in cross-cultural care, and increased diversity efforts in the work force, particularly among physicians.
Dauvrin M, Lorant V	2016	Cultural competence and social relationships: a social network analysis	Survey on social relationships of health care professionals	This study investigated the role of social relationships in the sharing of cultural competence by testing two hypotheses: cultural competence is a socially shared behaviour; and central healthcare professionals are more culturally competent than non-central healthcare professionals.	International Nursing Review	English	Belgium	Belgium	Belgium, Cultural Competence, Health Professionals, Popularity, Social Network Analysis, Social, Relationships, Socialness.	Conclusions and implications for health policies: Culturally competent health care is not yet a norm in health services. Health care and training authorities should either make cultural competent health care a licensing criteria or reward culturally competent health care.

<p>Denier Y, Gastmans C</p>	<p>2013</p>	<p>Realizing good care within a context of cross-cultural diversity: an ethical guideline for healthcare organizations in Flanders, Belgium</p>	<p>Case-Study</p>	<p>This paper aims to fill this gap by offering a case-study that illustrates the bioethical practice on a large-scale organizational level by presenting the ethical guideline developed in the period 2007-2011 by the Ethics Committee of Zorgnet Vlaanderen, a Christian-inspired umbrella organization for over 500 social profit healthcare organizations in Flanders, Belgium.</p>	<p>Social Science & Medicine</p>	<p>English</p>	<p>Belgium</p>	<p>Belgium (Flanders)</p>	<p>Belgium *Benchmarking Cultural Competency/*ethics Cultural Diversity Delivery of Health Care/*ethics/*organization & administration Ethics Committees Humans Organizational Case Studies *Practice Guidelines as Topic Cross-cultural diversity Ethical guideline Flanders (Belgium) Healthcare organizations</p>	<p>In our globalizing world, health care professionals and organizations increasingly experience cross-cultural challenges in care relationships, which give rise to ethical questions regarding "the right thing to do" in such situations. For the time being, the international literature lacks examples of elaborated ethical guidelines for cross-cultural healthcare on the organizational level. As such, the ethical responsibility of healthcare organizations in realizing cross-cultural care remains underexposed. This paper aims to fill this gap by offering a case-study that illustrates the bioethical practice on a large-scale organizational level by presenting the ethical guideline developed in the period 2007-2011 by the Ethics Committee of Zorgnet Vlaanderen, a Christian-inspired umbrella organization for over 500 social profit healthcare organizations in Flanders, Belgium. The guideline offers an ethical framework within which fundamental ethical values are being analyzed within the context of cross-cultural care. The case study concludes with implications for healthcare</p>
------------------------------------	-------------	---	-------------------	---	--------------------------------------	----------------	----------------	---------------------------	--	--

										practice on four different levels: (1) the level of the healthcare organization, (2) staff, (3) care receivers, and (4) the level of care supply. The study combines content-based ethics with process-based benchmarks.
Diallo AF, McGrath JM	2013	A Glance at the Future of Cultural Competency in Healthcare	Comparative study/Analysis	The importance of the culture in the conceptualisation of health and illness in the life of individuals	Newborn and Infant Nursing Reviews	English	United States of America	United States of America	Cultural competency Culturally sensitive care Health education Health care reform Patient-centered care Population demography	Cultural competency was first articulated in the 1980s to address the issues of discrimination and disparities in the provision of healthcare services. Since then, countless efforts have been made to educate and train a culturally competent healthcare task force. As the current US government unveils its healthcare reform, one might wonder what will be the future of the cultural competency in health care. The question is even more pertinent if the upcoming demographic shift of the US population is added to the picture. The most recent data from the Census Bureau stated that Asians and Hispanics are the fastest-growing ethnic groups in the

										US population. Therefore the majority of the patients receiving primary and preventive care under the changes with the Affordable Care Act will be among today's minority groups. So more than ever before, time needs to be spent on analysis and discussion of how these important changes will shape the quality of care that ought to be culturally sensitive as an aspect of delivery of excellent care.
Henderson S, Horne M, Hills R, Kendall E	2018	Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis	Concept analysis	This study aims to conduct a concept analysis on cultural competence in community healthcare.	Health Soc Care Community	English	Australia and United Kingdom	Australia	community health cultural awareness cultural competence cultural diversity cultural knowledge cultural safety cultural skills moral reasoning	Clarification of the concept of cultural competence is needed to enable clarity in the definition and operation, research and theory development to assist healthcare providers to better understand this evolving concept. Rodgers' evolutionary concept analysis method was used to clarify the concept's context, surrogate terms, antecedents, attributes and consequences and to determine implications for further research. Articles from 2004 to 2015 were sought from Medline, PubMed, CINAHL and Scopus using the terms "cultural competency" AND "health," "cultural competence" OR "cultural safety" OR "cultural knowledge" OR "cultural

										<p>awareness" OR cultural sensitivity OR "cultural skill" AND "Health." Articles with antecedents, attributes and consequences of cultural competence in community health were included. The 26 articles selected included nursing (n = 8), health (n = 8), psychology (n = 2), social work (n = 1), mental health (n = 3), medicine (n = 3) and occupational therapy (n = 1). Findings identify cultural openness, awareness, desire, knowledge and sensitivity and encounter as antecedents of cultural competence. Defining attributes are respecting and tailoring care aligned with clients' values, needs, practices and expectations, providing equitable and ethical care, and understanding. Consequences of cultural competence are satisfaction with care, the perception of quality healthcare, better adherence to treatments, effective interaction and improved health outcomes. An interesting finding is that the antecedents and attributes of cultural competence appear to represent a superficial level of understanding, sometimes only manifested through the need for social desirability.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										What is reported as critical in sustaining competence is the carers' capacity for a higher level of moral reasoning attainable through formal education in cultural and ethics knowledge. Our conceptual analysis incorporates moral reasoning in the definition of cultural competence. Further research to underpin moral reasoning with antecedents, attributes and consequences could enhance its clarity and promote a sustainable enactment of cultural competence.
Henderson S, Kendall E, See L	2011	The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review	Systematic literature review	This paper presents a systematic review of the literature on the effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in CALD communities	Health Soc Care Community	English	Australia	Australia	Australia Chronic Disease *Cultural Competency *Cultural Diversity Culture Health Education Health Policy Humans *Language Models, Theoretical Multimedia Prevalence *Residence Characteristics *Safety	Culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Australia experience both significant health disparities and a lack of access to services. Consequently, there have been calls for culturally appropriate services for people with chronic disease in CALD populations. This paper presents a systematic review of the literature on the effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in CALD communities. Evidence was sought from randomized controlled trials and controlled studies that examined

										<p>strategies for promoting cultural competence in health service delivery to CALD communities. The outcomes examined included changes in consumer health behaviours, utilisation/satisfaction with the service, and the cultural competence of health-care providers. Of the 202 studies that were identified only 24 met the inclusion criteria. The five categories of intervention that were identified included: (1) the use of community-based bi-lingual health workers; (2) providing cultural competency training for health workers; (3) using interpreter service for CALD people; (4) using multimedia and culturally sensitive videos to promote health for CALD people and (5) establishing community point-of-care services for CALD people with chronic disease. The review supported the use of trained bi-lingual health workers, who are culturally competent, as a major consideration in the development of an appropriate health service model for CALD communities.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J	2014	Cultural competence education for health professionals	Review	To assess the effects of cultural competence education interventions for health professionals on patient-related outcomes, health professional outcomes, and healthcare organisation outcomes	Cochrane Database Syst Rev	English	Australia	Australia	Canada Cultural Competency/*education Cultural Diversity Health Personnel/*education Healthcare Disparities Humans Minority Groups Netherlands Randomized Controlled Trials as Topic United States	<p>CONCLUSIONS: Cultural competence continues to be developed as a major strategy to address health inequities. Five studies assessed the effects of cultural competence education for health professionals on patient-related outcomes. There was positive, albeit low-quality evidence, showing improvements in the involvement of CALD patients. Findings either showed support for the educational interventions or no evidence of effect. No studies assessed adverse outcomes. The quality of evidence is insufficient to draw generalisable conclusions, largely due to heterogeneity of the interventions in content, scope, design, duration, implementation and outcomes selected. Further research is required to establish greater methodological rigour and uniformity on core components of education interventions, including how they are described and evaluated. Our conceptual framework provides a basis for establishing consensus to improve reporting and allow assessment across studies and populations. Future studies</p>
--	------	--	--------	---	----------------------------	---------	-----------	-----------	---	---

										should measure the patient outcomes used: treatment outcomes; health behaviours; involvement in care and evaluations of care. Studies should also measure the impact of these types of interventions on healthcare organisations, as these are likely to affect uptake and sustainability.
Kemppainen L, Kemppainen T, Skogberg N, Kuusio H, Koponen P	2017	Immigrants' use of health care in their country of origin: the role of social integration, discrimination and the parallel use of health care systems	Study (survey) randomized.	The study examined the association of cross-border health care with social integration and discrimination. Moreover, it studied whether cross-border health care was used as an alternative to the host-country's healthcare system.	Scand J Caring Sci	English	Finland	Finland	cross-border health care, transnational health care, cultural competence, immigrant patients, ethnic minority, social integration, service selection, discrimination, Russia, Finland.	Conclusions: Our findings on integration and discrimination emphasize the importance of general integration policy as well as cultural competence in health care. Parallel use of healthcare systems entails both risks (e.g double medication, problems of follow-up) and opportunities (e.g. sense of agency), which should be further investigated.
Kirmayer LJ	2012	Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism	Review	The conceptual problems of linking Evidence-based practice (EBP) and cultural competence (CC) in the day to day practices.	Social Science & Medicine	English	Canada	Canada	*Cultural Competency Ethnic Groups Evidence-Based Medicine Humans Medicine, Traditional Mental Health Services/*organization & administration Research	Evidence-based practice (EBP) and cultural competence (CC) aim to improve the effectiveness of mental health care for diverse populations. However, there are basic tensions between these approaches. The evidence that purports to ground EBP is limited, often in ways that are biased by specific disciplinary, economic or political interests

										Design	<p>and cultural assumptions. In particular, the paucity of evidence regarding cultural minorities results in standard practices based on data from the majority population that have uncertain relevance for specific cultural groups. As well, research evidence about intervention outcomes tends to focus on individual symptoms and behaviors and may not reflect culturally relevant outcomes. To some extent, these limitations can be addressed by refining and extending current methods of evidence production.</p> <p>However, consideration of culture raises two deeper problems for EBP: 1) The diagnostic and conceptual frameworks used to pose questions, devise interventions, and determine outcomes in EBP are themselves culturally determined and therefore potentially biased or inappropriate; and 2) Cultural communities may have "ways of knowing" that do not rely on the kinds of observational and experimental measures and methods that characterize EBP. Attention to the nature of clinical evidence and to the importance of cultural context in illness and healing can help</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	---

										both EBP and CC move beyond their current limitations and contribute to the evolution of mental health services that respond effectively to cultural diversity.
Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, Dieleman M, Jansen C, Buchan J, Barriball L, Rafferty AM, Bremner J, Sermeus W	2015	Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research	Overview	This paper provides an overview of the measures in place to improve the R&R of health professionals across Europe and offers further insight into the evidence base for R&R; the interaction between policy and organisational levels in driving R&R outcomes; the facilitators and barriers throughout these process; and good practices in the R&R of health professionals across Europe.	Health Policy	English	European Union. (Portugal, The Netherlands, Australia, United Kingdom and Belgium)	Europe an Union	Europe Health human resources Health professionals Literature review Multiple case study Recruitment and retention	Many European countries are faced with health workforce shortages and the need to develop effective recruitment and retention (R&R) strategies. Yet comparative studies on R&R in Europe are scarce. This paper provides an overview of the measures in place to improve the R&R of health professionals across Europe and offers further insight into the evidence base for R&R; the interaction between policy and organisational levels in driving R&R outcomes; the facilitators and barriers throughout these process; and good practices in the R&R of health professionals across Europe. The study adopted a multi-method approach combining an extensive literature review and multiple-case study research. 64 publications were included in the review and 34 R&R interventions from 20 European countries were included in the multiple-case

										study. We found a consistent lack of evidence about the effectiveness of R&R interventions. Most interventions are not explicitly part of a coherent package of measures but they tend to involve multiple actors from policy and organisational levels, sometimes in complex configurations. A list of good practices for R&R interventions was identified, including context-sensitivity when implementing and transferring interventions to different organisations and countries. While single R&R interventions on their own have little impact, bundles of interventions are more effective. Interventions backed by political and executive commitment benefit from a strong support base and involvement of relevant stakeholders.
Le Var RMH	1998	Improving educational preparation for transcultural health care	Comparative study	The article draws on identified inadequacies in health care provision as well as examples of initiatives taken to improve care provision.	Nurse education today	English	United Kingdom	United Kingdom	Nursing, midwifery and health visiting education. Multi-ethnic	There is increasing evidence that the health care needs of people from black and ethnic minority groups in England are not being met. A growing number of initiatives are being undertaken to remedy the situation. Many of them are focused on health care delivery at local and national levels. However, unless the

										preparation of health care professionals in the area of multi-cultural health care is appropriate and effective, a great deal of corrective action will continue to have to be taken. Despite 1997 having been the European Year Against Racism, it is still necessary to consider what educational preparation should be like. The article draws on identified inadequacies in health care provision as well as examples of initiatives taken to improve care provision. The author identifies deficiencies in educational preparation and proposes a range of actions to be taken. The article is focused on nursing, midwifery and health visiting education in England, but is deemed to be relevant to all health care professionals not only in Europe but other continents, as they become increasingly international and multi-ethnic.
Lin H-C	2016	Impact of nurses' cross-cultural competence on nursing intellectual capital from a social cognitive theory perspective.	Cross-sectional study	To understand the relationships among certain key factors such as organizational climate, self-efficacy and outcome expectation on registered nurses, with regard to the development of	Journal of Advanced Nursing	English	China (Taiwan)	China (Taiwan)	cross-cultural competence, nursing intellectual capital, social cognitive theory	Conclusion. Nursing supervisors should promote a higher level of outcome expectation on nurses to enhance the improvement of their cross-cultural competence. Raising the cross-cultural competence of nurses will aid in the accumulation of nursing

				registered nurses' cross-cultural competence.						intellectual capital.
Paez KA, Allen JK, Carson KA, Cooper LA	2008	Provider and clinic cultural competence in a primary care setting	Cross-sectional survey	To link provider cultural competence with the cultural competence of the clinics where they work.	Social Science & Medicine	English	United States of America	United States of America	USA; Cultural competence; Disparities; Primary care providers; Health organizations; Healthcare	Abstract: A multilevel approach that enhances the cultural competence of clinicians and healthcare systems is suggested as one solution to reducing racial/ethnic disparities in healthcare. The primary objective of this cross-sectional study was to determine if there is a relationship between the cultural competence of primary care providers and the clinics where they work. Forty-nine providers from 23 clinics in Baltimore, Maryland and Wilmington, Delaware, USA completed an on-line survey which included items assessing provider and clinic cultural competence. Using simple linear regression, it was found that providers with attitudes reflecting greater cultural motivation to learn were more likely to work in clinics with a higher percent of nonwhite staff, and those offering cultural diversity training and culturally adapted patient education materials. More culturally appropriate provider behavior was associated with a higher percent of nonwhite staff in

										the clinic, and culturally adapted patient education materials. Enhancing provider and clinic cultural competence may be synergistic strategies for reducing healthcare disparities.
Pulido-Fuentes M, González LA, Martins MdFdSV, Martos JAF	2017	Health Competence from a Transcultural Perspective. Knowing how to Approach Transcultural Care	Qualitative study	This study aims to understand the social and cultural dynamics at work, essential for the acceptance and adoption of the cultural competence programmes, which are being proposed	Procedia - Social and Behavioral Sciences	English	Spain	Spain	Cultural Competence Transcultural Nursing Health Care	Intercultural health, including intercultural competence, is a field of study which is generating a great deal of interest in the scientific community, indeed the focus on cultural competence in the curriculum, is becoming a priority. The importance of establishing political relationships with other countries, and more especially development cooperation agreements – redefined by the current recession –together with the global movement of populations, pose new challenges for health providers. This study aims to understand the social and cultural dynamics at work, essential for the acceptance and adoption of the cultural competence programmes, which are being proposed. The fieldwork was carried out in the Ecuadorian Amazon, among the Achuar people, researching an applied health promotion programme, based on the principles of

										development cooperation and western biomedicine. The main data collection methods were participative observation and in-depth interviews. The main findings reveal a lack of continuity in healthcare where use of indigenous methods of diagnosis and therapeutic resources coexist alongside the biomedical model, and where development agencies and healthcare professionals need to acquire cultural skills combined with specific local knowledge in order to be able to work with greater efficacy within their clients' cultural context. There is a clear necessity to reinforce relationships, communications, and dialogue between governments and cooperation agencies, with specific regard to the health of indigenous peoples and perceptions thereof.
Schuster S	2015	'Gosh': a cross-cultural encounter with a Somali woman, a male interpreter and a gynecologist on female genital cutting/mutilation	Case study	Impact of the cultural encounter on the caregiver	Patient Educ Couns	English	Switzerland	Switzerland	*Circumcision, Female Communication Barriers *Cultural Characteristics Female Humans Male Refugees Somalia	the 'gosh' fueled by my initial bewilderment confronted by a rare clinical case combined with a complex cross-cultural encounter finally led to gratification. In retrospect, the subsequent engagement with this encounter and chosen approach were extremely helpful and instructive. Theoretical knowledge of

									Switzerland Young Adult Cross cultural medical encounter Female genital cutting/mutilation Medical interpreting	female genital cutting/mutilation and cultural competent care was applied in practice and became a tangible reality in which skills of cultural competence (e.g., self- reflection, background information and experience) revealed their potential as useful tools in a convincing manner.
Teal CR, Street RL	2009	Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model	Model	This paper will present a model of culturally competent communication that offers a framework of studying cultural competence 'in action'.	Social Science & Medicine	English	United States of America	United States of America	Adaptation, Psychological Attitude of Health Personnel/*ethn ology Awareness Clinical Competence *Communicatio n *Cultural Competency/ed ucation/psychol ogy Health Knowledge, Attitudes, Practice Humans *Models, Psychological Negotiating Patient Participation/ps ychology Patient- Centered	Increasing the cultural competence of physicians is one means of responding to demographic changes in the USA, as well as reducing health disparities. However, in spite of the development and implementation of cultural competence training programs, little is known about the ways cultural competence manifests itself in medical encounters. This paper will present a model of culturally competent communication that offers a framework of studying cultural competence 'in action.' First, we describe four critical elements of culturally competent communication in the medical encounter-- communication repertoire, situational awareness, adaptability, and knowledge about core cultural issues. We present a model of culturally competent physician

									Care/*methods *Physician- Patient Relations	communication that integrates existing frameworks for cultural competence in patient care with models of effective patient-centered communication. The culturally competent communication model includes five communication skills that are depicted as elements of a set in which acquisition of more skills corresponds to increasing complexity and culturally competent communication. The culturally competent communication model utilizes each of the four critical elements to fully develop each skill and apply increasingly sophisticated, contextually appropriate communication behaviors to engage with culturally different patients in complex interactions. It is designed to foster maximum physician sensitivity to cultural variation in patients as the foundation of physician-communication competence in interacting with patients.
Tutek H	2013	Limits to Transculturality: A Book Review Article of New Work by Kimmich and Schahadat and	Book Review Article	Transculturality in the health care	CLCWeb, Comparative Literature and Culture	English	Germany	Germany	Transculturality, comparative littérature	There is no doubt that <i>Weltliteratur</i> , as well as its histories are top-down projects in the sense that their history can be observed as the history of the hegemony of dominant social groups. Thus,

		Juvan								<p>developing concepts which help us observe cultural phenomena in that dimension as well is a necessary pursuit. However, if what I wrote about the demands of the particular historical moment in which Juvan's study is produced is true, perhaps it is not fair to level this criticism because, after all, who can hope to leap beyond the limitations of one's own historical horizon? Juvan's Prešernovska struktura in svetovni literarni system and Kimmich's and Schahadat's Kulturen in Bewegung. Beiträge zur Theorie und Praxis der Transkulturalität are valuable studies which add to the current scholarly discourse on globalization and culture and provide impetus to explore the matter further both theoretically and in practice.</p>
--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	---

Suite à la lecture de l'ensemble des publications, force est de constater que les mouvements migratoires obligent, de plus en plus, tout le corps médical et de soins à se former et à améliorer leurs compétences transculturelles. Avec l'affirmation que la maîtrise de ces compétences contribue directement à réduire les inégalités et disparités sociales dans l'accès aux soins de santé, si petite que soit cette réduction¹⁰¹. De ce fait, les compétences η-culturelles deviennent un champ d'intérêt croissant pour la communauté scientifique et sa maîtrise se présente comme une priorité¹⁰², bien que ses premières implémentations datent des années 1980's¹⁰³.

Les pratiques basées sur l'évidence et les compétences η-culturelles sont des facteurs qui favorisent l'efficacité dans les soins, notamment dans la santé mentale, des populations diverses¹⁰⁴. De même qu'à travers elles les participants (personnel soignant et patientèle) améliorent la compréhension de leurs propres *cultures* et leurs perceptions des autres, combattant, en même temps, les préjugés¹⁰⁵.

Les travaux mettent aussi en évidence la difficulté qui existe, de la part des praticiens, à faire la distinction entre ces trois notions. De brèves mises au point sur les définitions qui seront utilisées ne seraient pas de trop. Les compétences transculturelles font appel au fait de traiter de notions telles que : valeurs, contextes historiques, habitudes ou traditions. La pratique clinique aura besoin de combiner l'évidence scientifique et ces notions. Mais, à elle seule, l'éducation aux compétences transculturelles ne suffit pas, pour contrer le racisme et d'autres éléments de discrimination, ainsi que la compréhension des phénomènes des rencontres avec une patientèle toujours plus cosmopolite¹⁰⁶.

Cette difficulté énoncée précédemment prend ses racines dans un certain manque de clarté dans la définition de ces concepts lors de la mise en œuvre des opérations et des interventions, généralement traités de façon superficielle. Ceci demande un meilleur niveau de raisonnement moral, seulement atteignable par une éducation formelle en connaissances transculturelles et éthiques¹⁰⁷.

L'usage des approches transculturelles doit se comprendre dans une démarche holistique dans laquelle l'ensemble de l'institution doit être entièrement impliqué. Une approche à plusieurs niveaux impliquant même l'éducation du patient¹⁰⁸. Ainsi, une approche de ce genre, au sein de nos institutions de santé, quelle qu'elle soit, devra, au moins, incorporer des aspects comme ceux-ci¹⁰⁹ :

- (1) Disposer d'une communauté pluri-langues de soignants
- (2) Offrir une formation régulière en compétences culturelles à l'ensemble du personnel
- (3) Faire appel systématiquement aux services d'interprétariat
- (4) Utiliser des documents multimédias et des vidéos culturellement adaptés pour la promotion de la santé

¹⁰¹ Paez et al. (2008), Teal, CR et Street, RL (2009)

¹⁰² Pulido et al. (2017)

¹⁰³ Diallo et McGrath, (2013)

¹⁰⁴ Kirmayer, DJ (2012)

¹⁰⁵ Bardet et al. (2012). Caballero AE (2011)

¹⁰⁶ Blom N et al. (2016)

¹⁰⁷ Henderson et al. (2018)

¹⁰⁸ Paez et al. (2008),

¹⁰⁹ Le Var, R (1998), Henderson et al. (2011), Kirmayer, DJ (2012),

- (5) Établir des services de soins communautaires à l'attention des populations culturellement et linguistiquement diverses, en particulier pour les maladies chroniques

3.2.2. Discussion : premières conclusions

Une seule étude fait de la conceptualisation de la compétence transculturelle son sujet de recherche¹¹⁰. Une seule étude fait mention des éléments organisationnels¹¹¹. La quasi-totalité des études répertoriées traitent du sujet de la perspective du personnel et des professionnels de la santé. La perspective des patients n'est que très peu prise en compte. Il faut noter également que la littérature est produite fondamentalement en langue anglaise, ce qui peut induire des biais dans les interprétations des notions¹¹².

Nonobstant, quelques éléments de conclusions peuvent être émis :

1. Les notions de transculturalité ou d'interculturalité sont perçues comme des concepts génériques. Il existe encore sur le terrain de la confusion et un usage indiscriminé de ces notions, sans pour autant être partagées et comprises de la même manière.
2. L'importance de s'assurer de partager les mêmes notions dès le départ.
3. Les démarches transculturelles renforcent l'approche éthique et permettent de dépasser le cap de *l'interlangue*.
4. Les compétences et démarches transculturelles sont importantes et garantissent une relation patient/soignant plus éthique. Elles ne suffisent pas, à elles seules, à surmonter les stéréotypes et les préjugés. De même qu'elles ne sont pas imperméables aux postures culturelles de domination ou hégémoniques.
5. La littérature indique que, malgré les critiques, une approche transculturelle enrichira l'action des professionnels, augmentera la confiance des patients et contribuera à réduire les inégalités.
6. La communication transculturelle doit être traitée à tous les niveaux (organisation, administration, fournisseurs de soins et public-patients)¹¹³. De ce fait, il serait souhaitable que la structure institutionnelle suive la même stratégie.
7. Certaines études rapportent que les compétences transculturelles ne sont pas une norme. Ce qui a comme effet que les professionnels récemment diplômés manquent de stratégies pour les incorporer à leurs routines¹¹⁴. Donc, il reste du chemin à parcourir pour améliorer le savoir-faire transculturel du personnel soignant, tant au niveau du corps des médecins, que des infirmiers¹¹⁵.

3.3. Troisième partie : Rencontre avec les acteurs

Ces rencontres avaient comme propos d'entendre les différents acteurs sur leurs expériences et leurs observations dans leurs actions quotidiennes et le contact avec le public qui fréquente leurs services. Le but était de savoir :

1. Comment gèrent-ils la diversité dans leurs contacts avec ces usagers ?

¹¹⁰ Henderson S, Horne M, Hills R, Kendall E; (2018): *Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis*. Health Soc Care Community, 26:4590-603;10.1111/hsc.12556.

¹¹¹ Denier Y, Gastmans C; (2013): *Realizing good care within a context of cross-cultural diversity: an ethical guideline for healthcare organizations in Flanders, Belgium*. Social Science & Medicine, 9338-46;10.1016/j.socscimed.2013.03.045

¹¹² Par exemple : le terme « *cross-cultural* » est utilisé tant comme « interculturel » ou comme « transculturel ». Deux notions qui ne sont pas équivalentes.

¹¹³ Denier Y, (2013), op. cit.

¹¹⁴ Berger G, Conroy S, Peerson A, Brazil V; (2014): *Clinical supervisors and cultural competence*. The Clinical Teacher, 11:5370-374;10.1111/tct.12170.

¹¹⁵ Casillas A, Paroz S, Green AR, Wolff H, Orest Weber, Faucherre F, and NF, Bodenmann P; (2014): *Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital*. BMC Medical Education, 148;10.1186/1472-6920-14-19.

2. Comment la diversité est-elle gérée au sein de leurs institutions respectives ?
3. Quelles sont leurs conceptions des η-culturels et leurs avantages (ou non) dans la relation avec leurs patientèles ?
4. S'il existe (ou s'il serait nécessaire d'implémenter) des protocoles qui permettrait de mieux identifier les approches (avec leurs pour et leurs contres) dans la prise en charge de la population issue de la migration.

Cette « palpation » du terrain tend à mettre en évidence les approches η-culturelles telles qu'elles sont utilisées, en même temps que leur correspondance avec la littérature et les définitions qui ont été énoncées précédemment. L'invitation a été envoyée à 40 professionnels de la santé. Tous travaillant dans des corps de métier divers et à des niveaux d'interventions aussi variés les uns des autres. Deux grands *focus-groups* étaient initialement prévus, mais les aléas du calendrier, la surcharge de travail et d'autres complications ont modifié cette démarche. Onze personnes se sont mises à notre disposition et nous avons réalisé deux *focus-groups* et une série d'entretiens individuels pour celles et ceux qui n'ont pas pu faire le déplacement. Les paragraphes suivants sont une synthèse de ces échanges, ils ont valeur de constat et/ou de témoignage.

Pour les *focus-groups*, un questionnaire de quatorze questions a été préparé selon les quatre thèmes décrits plus haut. Les participants ont pris connaissance des questions une à une lors des séances de discussion. L'animateur de la séance, ainsi que les personnes assurant le registre écrit et audio, ne sont intervenus que pour poser des questions ou, si nécessaire, apporter des clarifications. Les participants ont donné leur accord pour l'enregistrement audio et l'anonymisation de leurs interventions et commentaires leur a été garantie. Les séances ont duré 70 minutes en moyenne, dans un lieu neutre, mais proche des participants. Les entretiens se sont déroulés dans leur quasi-totalité sur le lieu de travail des personnes consultées. Pour ces entretiens, nous avons utilisé le même questionnaire et il a été utilisé exactement dans le même ordre que dans les *focus-groups* et les mêmes garanties ont été données.

3.3.1. Choix du protocole

Comme mentionné plus haut, deux séances de *focus-groups* et quatre entretiens ont eu lieu. Ensuite, les minutes des séances ont été élaborées. Le contact direct a été privilégié au lieu d'un questionnaire en ligne, choix qui a aussi été préféré par les participants, y compris celles et ceux qui n'ont pas pu prendre part aux discussions. Ce rapport en face-à-face a été perçu par les participants comme une possibilité d'échange entre pairs et un enrichissement personnel. La retranscription a été anonymisée et les notions clés ont été extraites, ainsi que les suggestions présentées par les participants¹¹⁶.

3.3.2. Recueil des interventions (ensemble des focus-groups et des entretiens)

Questions	Synthèse des réponses	Notions clés	Suggestions
1 Comment	<ul style="list-style-type: none"> • Le déterminant socio-économique est un facteur clé 	<ul style="list-style-type: none"> • L'anamnèse • Communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Être à l'écoute du

¹¹⁶ Les annexes 2, 3 et 4, montrent les outils utilisés.

Questions	Synthèse des réponses	Notions clés	Suggestions
<p>gèrent-ils la diversité dans leurs contacts avec ces usagers ?</p>	<p>qui doit être abordé pendant l'anamnèse. Si on ne passe pas suffisamment de temps on peut « louper » des choses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication lors du contact initial en 3 étapes : <ol style="list-style-type: none"> 1) Etablir une communication pendant l'intervention en prenant en compte le contexte, ceci nous permet de savoir qui est en face : son bagage culturel et économique, son statut. 2) Il faut que la personne en face comprenne qui je suis. 3) On explique comment le rapport va se développer. • Prendre en compte le parcours de vie et de migration qui est différent pour chacun • Démarche systématique d'expliquer aux patients ce que l'on va faire (gestes médicaux). Par ex : examen anal, préférez-vous un homme ou une femme ? (différences culturelles et sociales) Faire l'examen à un autre moment ? On prend le temps d'expliquer, on laisse de l'espace pour poser des questions et de les laisser parler. Souvent les personnes sont démunies face aux médecins. Relation thérapeutique : trouver un objectif commun. Le médecin veut donner un traitement directement, mais le patient veut d'abord savoir et comprendre, pouvoir expliquer aux proches, du coup, on doit trouver un objectif commun. • Reconnaissance de différents parcours que l'on retrouve dans un langage technique commun. Trouver les bons mots et le rapport n'est pas un rapport de domination, mais d'écoute. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie • Démarche systématique • Temps destiné aux entretiens. • Bagage culturel • Différences culturelles • Adaptation • Objectifs communs • Pas de rapport de domination • Démarche intuitive • Langage commun 	<p>patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laisser parler • Laisser le temps au patient pour qu'il/elle puisse s'exprimer • Donner les clés pour que le patient puisse expliquer aux proches • Trouver un objectif commun soignant - soigné

Questions	Synthèse des réponses	Notions clés	Suggestions
2 Comment la diversité est-elle gérée au sein de leurs institutions respectives ?	<ul style="list-style-type: none"> On ne parle pas du nombre de collaborateurs étrangers au sein du CHUV. On engage beaucoup d'étrangers à tous les niveaux. On est tous en contact avec des personnes migrantes, ce n'est pas une priorité d'en parler. « Friendly hospital » est politiquement correct, mais concrètement, cela n'a aucun impact. « Friendly hospital » doit se retrouver à tous les niveaux, le rapport avec les patients, répartition des tâches, au niveau de la manière dont les sujets sont abordés et la réalité en est encore loin. On aborde seulement l'un des aspects, mais pas de manière globale. La diversité c'est d'avoir des employés immigrés, mais pas seulement. Une personne âgée est déjà une transculturalité comparée à un bébé. Tous les patients doivent être bien traités, donc je vois la transculturalité sur tous les plans. Culturalité professionnelle : plusieurs corps de métiers, au CHUV, il y a de l'apprenti informatique au prof. de Yale. 	<ul style="list-style-type: none"> L'institution dans son ensemble n'est pas conçue comme une institution transculturelle Transculturalité appliquée auprès des patients, mais son application n'est pas évidente au niveau de l'institution. 	
3 Quelles sont leurs conceptions des η-culturels et leurs avantages (ou non) dans la relation avec leurs patientèles ?	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat : selon l'expérience personnelle et professionnelle, on apprend toujours les uns des autres, pour cela il faut reconnaître dans l'autre un partenaire. Si on ne l'accepte pas, on ne va pas s'écouter. Approche interculturelle : cultures proches dans différents domaines, pour adhérer aux idées il faut que l'autre me reconnaisse en tant que moi, donc échange d'égal à égal. Il n'y a pas quelqu'un qui est plus compétent dans la connaissance que l'autre. « 3D empathie » je suis dans la 	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat Construction d'un lien avec le patient d'égal à égal Adaptation Démarche de co-construction 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas avoir de modèle préconçu

Questions	Synthèse des réponses	Notions clés	Suggestions
	<p>négociation, la découverte, pas besoin d'avoir un model préconçu, car « ça me bloque ». C'est un lien que l'on construit. Je m'adapte. Je ne vais pas lui imposer des choses. On co-construit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si on a un modèle préconçu avec lequel on veut fonctionner, cela bloque le processus, car je risque de l'imposer à l'autre. Éviter les frustrations. 		
<p>4 S'il existe (ou s'il serait nécessaire d'implémenter) des protocoles qui permettrait de mieux identifier les approches (avec leurs pous et leurs contres) dans la prise en charge de la population issue de la migration.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, mais dans l'idéal la personne qui soigne devrait connaitre non-seulement la culture du patient mais aussi tous les méandres, pas seulement la langue, mais les contraintes sociales, les croyances, mais ça n'existe pas. • Un protocole mal appliqué ou mal fait peut contribuer à stigmatiser les migrants, car cela ne veut pas simplement dire venir de l'étranger. • On extrapole souvent des situations vécues, on dit en « Afrique », on généralise, alors que l'on parle d'un pays et non d'un continent. • Oui, et on incorpore le parcours de vie du patient • Pas de catégorisation possible entre trans/inter/multiculturalité, très interconnecté « liquide » 	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation • Conception du Protocol • Garder un esprit étique • Mélange des termes trans/inter/multiculturalité 	<p>Il faudrait que tous les soins soient transversaux afin que le SMI n'ait plus besoin d'exister. Il faudrait intégrer la transculturalité dans chaque service. Attention au racisme intégré. Approche systémique. Mettre l'accent sur de transfert de connaissances.</p>

4. Discussion et conclusion

Une fois les entrevues effectuées et les retranscriptions anonymisées, certains éléments peuvent être mis en avant. Un premier élément est le fait que dans la rencontre médicale ou thérapeutique, la base est précisément la diversité. On met l'accent sur l'anamnèse qui doit prendre en compte le bagage culturel du patient et les différences culturelles qu'il peut exister entre le soignant et le soigné. La rencontre est multiaxiale et pas seulement culturelle, elle est aussi professionnelle, sociale, etc. Particulièrement lors de la première rencontre où tous les participants doivent s'adapter et dont le but est de trouver un objectif commun. Il y a une démarche systématique qui aide à réduire les biais qu'il pourrait exister entre les acteurs. Souvent, on accorde plus de temps à ce premier contact où l'on trouve un langage commun afin d'avancer et créer un rapport d'égal à égal.

Tous les participants s'accordent à dire que même en utilisant des grilles ou d'autres outils d'anamnèse ou de protocole, chaque rencontre est différente. La démarche est forcément intuitive et demande de l'empathie. Les compétences transculturelles, comme les définit Domenig¹¹⁷, s'avèrent être des atouts majeurs.

Au sujet de la gestion de la diversité au sein des organisations, ce sont les services les plus en contact avec une population allogène qui incorporent une composition et une formation transculturelle. Ceci n'est hélas pas le cas dans d'autres services où l'on n'en parle même pas. Les aspects transculturels vont dépendre de l'évolution de chaque institution et ce n'est pas encore généralisé. Fréquemment, l'institution dans son ensemble n'est pas conçue comme une institution transculturelle. On souligne ici que la composante migratoire peut être un atout au sein même du personnel soignant, mais ces mêmes soignants peuvent se retrouver en porte-à-faux vis-à-vis de leur relation avec le patient. Celui-ci attendrait plus, les obligeant à une gestion plus réflexive.

Par rapport aux définitions, la réponse collective est beaucoup plus nuancée. Le mélange des termes corrobore la littérature. Il apparaît une différenciation entre le concept théorique et son interprétation, selon que l'on se positionne comme soignant en relation immédiate d'échange avec le patient, ou comme promoteur des actions d'intervention. Lors des contacts directs avec la patientèle, la frontière des concepts disparaît. Également, lorsque l'on va vers les spécialistes, l'aspect diversité devient plus diffus. De même, lorsqu'on s'approche des cas chroniques, donc du généraliste, la gestion de la diversité se fait plus présente et nécessaire. À ce propos, les séances des équipes de travail sont un espace privilégié pour s'abstraire du contact avec le patient et se donner une vision plus claire des catégories d'approche, ainsi que de se positionner sur l'orientation à donner à leurs actions.

L'interprétariat est la ressource la plus protocolisée et la plupart des services y font appel. Dans les grands hôpitaux, il existe des *guidelines* strictes à ce sujet. Ici on touche à deux aspects centraux, à savoir, le besoin d'offrir un soin de qualité où la communication et la compréhension sont indispensables, versus le contrôle des coûts.

La compréhension de la gestion transculturelle dans les soins de santé, tel qu'elle est mise en évidence par la littérature, de même que des conversations avec les personnes interrogées, est un processus de longue haleine. Un processus dynamique où tous les acteurs doivent faire preuve d'une grande ouverture d'esprit. Les notions de transculturalité

¹¹⁷ Domenig D ; (2004), *op.cit.*

ou d'interculturalité sont perçues comme des concepts génériques. Il existe encore sur le terrain de la confusion et un usage indiscriminé de ces notions, sans pour autant qu'elles soient partagées et comprises de la même manière. Ceci s'inscrit dans une démarche éthique et basée dans un concept horizontal de respect mutuel, la relation soignant-patient. D'où l'importance d'être sûr de partager les mêmes notions dès le départ. La littérature indique que, malgré les critiques, une approche transculturelle enrichit l'action des professionnels, augmente la confiance des patients et contribue à réduire les inégalités.

Compte-tenu des observations faites au sein de cette étude, l'on se rend compte que les concepts d'inter-, multi- ou transculturalité ne semblent pas poser de problème majeur lors la rencontre médicale. Néanmoins, cette situation aurait grand besoin d'être optimisée, notamment par la formation de tous les professionnels de la santé ainsi que leurs dirigeants, afin d'atteindre une meilleure prise en charge du patient alloène.

Au sein des institutions de santé suisses, ces concepts ne sont pas compris et/ou appliqués de la même façon. Il faudrait pouvoir établir des protocoles s'intégrant dans une démarche transculturelle et s'assurer de leur application à tous les niveaux de l'institution. Au fur et à mesure que l'on progresse dans l'échelle décisionnelle, les décideurs ne différencient plus ces notions et ont de la peine à définir des objectifs sortant de la relation de domination provoquée par les concepts de la gestion sociale de la diversité qui ne tiennent pas compte des dynamiques transculturelles. Il y a un gaspillage de ressources temporelles et humaines qui pourraient avoir un impact sur la qualité des soins. Afin d'éviter cela, il serait souhaitable que l'ensemble des intervenants de la santé collaborent de concert pour le développement de politiques de santé plus ouvertes vers la transculturalité.

5 Références

- Statistiques Population Suisse*, (Conseil Fédéral Suisse).
- Sur la trace des émigrés et des immigrants : La Suisse, pays d'émigration*, (Archives fédérales suisses) Dernière modification 16 oct 2015.
- (1965) *Accord du 10 août 1964 entre la Suisse et l'Italie relatif à l'émigration de travailleurs italiens en Suisse. RS 0.142.114.548* (Conseil Fédéral Suisse).
- (1986) *Charte d'Ottawa*, (Organisation mondiale de la santé).
- (2004) in *Hospitals in a culturally diverse Europe*. 22 (migrant-friendly hospitals).
- (2005) *Improving interpreting (services) for clinical communication. Fact sheet.*, migrant-friendly hospitals.
- (2005) *Improving Interpreting in Clinical Communication. Executive_Summary 1*.
- (2005) *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé*, (Organisation mondiale de la Santé).
- (2007) *Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés*, UNHCR Services de l'information et des relations avec les médias
- (2012) *Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Heim (09.3484)*, (Conseil Fédéral Suisse) 23.03.2012
- (2013) *Migration Health Division Annual Review 2012*. (International Organization for Migration (IOM), Migration Health Division (MHD), Genève, Suisse, International Organization for Migration (IOM)).
- (2013) *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral - Santé 2020*, (Office fédéral de la santé publique (OFSP)).
- (2014) *Accès aux soins des populations vulnérables en Suisse Situation et recommandations 2014*. (Plate-forme nationale pour les soins de santé aux sans-papiers).
- (2014) *Loi fédérale sur les personnes et les institutions suisses à l'étranger (Loi sur les Suisses de l'étranger, LSEtr)* 26 septembre 2014.
- (2015) *Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation. Summary*. Report No. 978-92-9239-946-7, 8 (Vienna, European Union Agency for Fundamental Rights).
- (2015) *Handbook on European law relating to asylum, borders and immigration*. Report No. 978-92-871-9958-4, 278 (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. Court Européenne de Droits Humains - Conseil de l'Europe, Luxembourg: Publications Office of the European Union).
- (2015) *Humanitarian Assistance - Saving lives and alleviating human suffering*, General Secretariat of the Council of the European Union.
- (2015) *Improving health for all EU citizens*, (European Union).
- (2016) *Annual Report on the Situation of Asylum in the European Union 2015*. Report No. 978-92-9494-007-0 (PDF), (European Asylum Support Office, La Valeta, Malta).
- (2016) *Asylum and migration into the EU in 2015*. Report No. 978-92-9491-267-1, 44 (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, Luxembourg).
- (2016) *Indicateurs du marché du travail 2016*.
- (2016) *L'UE et la crise des réfugiés*. 4 (Union Européenne, Luxembourg, Union européenne).
- (2018) *Statistiques sur l'immigration. Les étrangers en Suisse*. 25p. (Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), Berne-Wabern).
- Achermann, A. et al.** (2008) *Migrant Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH). Rapport du groupe d'experts sur le financement des prestations d'interprétariat*. 27 (Berne).

- Aemmer, P. & Spang, T.** (2007) *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*. Report No. 3-905235-64-1, 56 (Office fédéral de la santé publique (OFSP), Bern, Office fédéral de la santé publique (OFSP)).
- Aggarwal, N. K. & DeSilva, R.** (2013) Developing empathy simulations: an interventional study. *Med Educ* 47, 1142-3, doi:10.1111/medu.12343.
- Aïna, E.** (2009) Santé publique : mieux cibler la communication pour parler à tous. *Hommes & migrations*, 34-42, doi:10.4000/hommesmigrations.438.
- Allen, J.** (2010) Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education: a literature review. *Nurse education today* 30, 314-320, doi:10.1016/j.nedt.2009.08.007.
- Althaus, F., Hudelson, P., Domenig, D., Green, A. R. & Bodenmann, P.** (2010) Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact? *Forum Med Suisse* 10, 7.
- Althaus, F. et al.** (2010) La santé des étrangers en Suisse. Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire? *Forum Med Suisse* 10, 7.
- Ammentorp, J. & Rasmussen, A.-M.** (2005) *Kolding Hospital, Department of Paediatric, Denmark. Improving Interpreting Service and Clinical Communication with Migrants. Final Report MFH Project.* (migrant-friendly hospitals, Kolding, Denmark).
- Antunes Maia, M.** (2006) De l'interculturalité à la transculturalité : construction identitaire des jeunes de la banlieue parisienne. *Correspondances*, 14.
- Arens, S.** (2015) Les géographies transculturelles et postcoloniales *Textyles [En ligne]* 47 12, doi:10.4000/textyles.2639.
- Arlettaz, G.** (1986) «*Les Suisses de l'étranger*» et l'identité nationale, (Archives fédérales suisses).
- Bäärnhelm, S. & Mösko, M.** (2012) Cross-cultural training in mental health care – challenges and experiences from Sweden and Germany. *European Psychiatry* 27, S70-S75, doi:10.1016/s0924-9338(12)75711-5.
- Bardet, A. et al.** (2012) Medical residents' feedback on needs and acquired skills following a short course on cross-cultural competence. *International Journal of Medical Education* 3, 107-114, doi:10.5116/ijme.4fdd.eb2c.
- Barnett, T. et al.** (2009) *Migrant health: Background note to the 'ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU'. Technical Report.* 24 (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control).
- Barros, P. et al.** (2016) *Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Preliminary Report on Access to health services in the European Union.* . Report No. ISSN 2315-1404 / ISBN 978-92-79-57112-1, 157 (European Commission. DG Health & Food Safety, Brussels, European Commission).
- Bautz, W. e. a.** (2007) *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis.* Report No. 3-937619-23-2, 296 (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin).
- Benbenishty, J. et al.** (2017) The migrant crisis and the importance of developing cultural competence in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care* 22, 262-263, doi:10.1111/nicc.12313.
- Benessaïeh, A.** (2011) in *Colloque « Trans-inter-multiculturalité, trans-inter-multidisciplinarité et Amériques plurielles, Université d'Ottawa.* 13 (Télé-université (TÉLUQ)).

- Benkhalti Jandu, M., Canuto de Medeiros, B., Bourgeault, I. & Tugwell, P.** (2015) The inclusion of migrants in health impact assessments: A scoping review. *Environmental Impact Assessment Review* 50, 16-24, doi:10.1016/j.eiar.2014.08.009.
- Benoist, J.** (2007) Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation. *L'Information psychiatrique* 83, 649-54, doi:10.1684/ipe.2007.0228.
- Berchoud, M. J.** (2008) Les femmes, passeuses de savoirs, porteuses de valeurs : rappels historico-littéraires et pistes didactiques. *Études de linguistique appliquée* 152, 443-450.
- Berger, G., Conroy, S., Peerson, A. & Brazil, V.** (2014) Clinical supervisors and cultural competence. *The Clinical Teacher* 11, 370-374, doi:10.1111/tct.12170.
- Bermejo, I. F., Fabian ; Walter-Hamann, Renate ; Boss, Hedi ; Härter , Martin (Hrsg.)** (2012) *Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten (PRÄALMI)*.
- Berrut, S.** (2014) Santé maternelle et infantile des populations migrantes. 4.
- Bilodeau, G.** (1993) Méthodologie de l'intervention sociale et interculturalité. *Service social* 42, 25-48.
- Binder-Fritz, C.** (2005) Transkulturelle Perspektiven auf die Wechseljahre: Körperbilder – Körperfragen. *J Menopause* ; 12 (2): , 16–21.
- Bischof, M.** (2014) (Stadt Zürich. Stadtentwicklung. Integrationsförderung, Zurich).
- Blaise, M.** (2008) De la pluralité culturelle à la transculturalité. L'apprentissage-enseignement d'une langue vivante peut-il avoir un rôle de transformation personnelle et collective ? *Études de linguistique appliquée* 152, 451-462.
- Blank-Antakli, Z. et al.** (2016) *Compétences transculturelles : recommandations pour la conception de formations*. 14 (Conférence suisse des Services spécialisés dans l'intégration CoSI, Luzern).
- Blaser, A. R., Gasser, K. & Spang , T.** (2013) *Programme national Migration et santé. Bilan 2008–2013 et axes prioritaires 2014–2017*. 20p. (Office fédéral de la santé publique, Bern, section Migration et santé OFSP).
- Bliem, A.** (2009) *Interkulturelle Kompetenz in der Arztpatienten-Interaktion* Magister der Philosophie (Mag.phil.) thesis, Université de Vienne.
- Blom, N., Huijts, T. & Kraaykamp, G.** (2016) Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics. *Soc Sci Med* 158, 43-51, doi:10.1016/j.socscimed.2016.04.014.
- Bodenmann, P.** (2013) in *Première Conférence du réseau suisse des "Migrant Friendly Hospitals"*. 9.
- Bodenmann, P.** (2018) *Vulnérabilités, équité et santé / Patrick Bodenmann, Yves Jackson et Hans Wolff ; avec la collab. de Francis Vu ; préf. de Michael Marmot*. (RMS éditions / Médecine et hygiène, 2018).
- Bodenmann, P. et al.** (2010) «La enfermedad del millonario» («la maladie du millionnaire»). Prise en charge transculturelle d'une patiente équatorienne. *Forum Med Suisse* 10, 7 (102–107).
- Bodenmann, P. & Jackson, Y.** (2011) Patients migrants : des enjeux transculturels, des compétences spécifiques. *Revue Medical Suisse* 7, 2.
- Boehler, C. & Abadie, F.** (2016) *Monitoring and Assessment Framework for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (MAFEIP). Gap Analysis*. 22 (Union Européenne, Institute for Prospective Technological Studies).
- Boes, S., Kaufmann, C. & Marti, J.** (2016) *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51)*. Vol. 51 (Observatoire suisse de la santé (Obsan), 2016).

- Bohme, M. H., Persian, R. & Stohr, T.** (2015) Alone but better off? Adult child migration and health of elderly parents in Moldova. *J Health Econ* 39, 211-27, doi:10.1016/j.jhealeco.2014.09.001.
- Boily, F.** (2012) Retour sur la Commission Bouchard-Taylor ou les difficultés de fonder l'avenir sur le pluralisme intégrateur. *International Journal of Canadian Studies*, 219-237, doi:10.7202/1009904ar.
- Boivin, I., Brisset, C. & Leanza, Y.** (2011) Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Filigrane: Écoutes psychothérapeutiques* 20, doi:10.7202/1007614ar.
- Bollini, P., Fall, S. & Wanner, P.** (2010) *Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse. Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique.* (Services for Medical Research, forMed Evolène. Laboratoire de démographie et d'études familiales, Université de Genève).
- Bollini, P. et al.** (2006) *Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. Rapport de synthèse.* Report No. OFSP no 03.001482 /2.24.02. /-232, 5 (Statistiques for Medecine - Forum suisse pour les études des migrations et de la population SFM).
- Bossart Kouegbe, R. et al.** (2016) *Prise de position du groupe d'experts en interprétariat communautaire des «Swiss Hospitals for Equity» concernant les barrières linguistiques dans la santé.* 3 (Swiss Hospitals for Equity).
- Bouchard, G.** (2011) Qu'est ce que l'interculturalisme ? *McGill Law Journal* 56, 395–468., doi:10.7202/1002371ar.
- Brandt, E., Schmidt, W. & Lieske, B.** (2004) *Final Report MFH Project at: Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Germany “MFH – integral part of hospitals strategy development”.* 7 (migrant-friendly hospitals, Berlin-Wannsee, Germany, migrant-friendly hospitals).
- Breem, Y., Thoreau, C., Liebig, Thomas & Poggi, R.** (2015) *Les indicateurs de l'intégration des immigrés 2015. Trouver ses marques.*, 360 (OCDE/Union européenne, 2015).
- Brisset, C., Leanza, Y. & Laforest, K.** (2013) Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient education and counseling* 91, 131-140, doi:10.1016/j.pec.2012.11.008.
- Burton-Jeangros, C.** (2016) Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie. Conférence de l'Académie, cahier XXVI. *Swiss Academies Communications* 11, 32.
- Caballero, A. E.** (2011) Understanding the Hispanic/Latino patient. *The American Journal of Medicine* 124, S10-S15, doi:10.1016/j.amjmed.2011.07.018.
- Carde, E.** (2014) Les inégalités sociales dans l'accès aux soins : l'origine mise en catégories. *Sociologie et sociétés. Les Presses de l'Université de Montréal* 46, 25, doi:10.7202/1024685ar.
- Casillas, A. et al.** (2014) Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital. *BMC Medical Education* 14, 8, doi:10.1186/1472-6920-14-19.
- Cattacin, S., Chimienti, M., Efionayi, D. & Losa, S.** (2001) *Migration et santé – évaluation du «Programme global migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique. Synthèse.*, 2 (Forum suisse pour l'étude des migrations, Neuchâtel, Neuchâtel).
- Cattacin, S. & Moret, J.** (2004) *Evaluation du projet « Vers un partenariat entre communautés migrantes et institutions » de l'Association Appartenances.* 4 (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM), Bern).

- CDTM** (2000) *Se former à l'interculturel, expériences et propositions*. Vol. Dossier FPH n°DD 107 (Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer, 2000).
- Centlivres, P.** (1993) Appartenance et identité à travers la naturalisation des étrangers en Suisse. *Civilisations*, 11, doi:10.4000/civilisations.2361.
- Cerutti, H. & Blaser, A. R.** (2008) *Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Report No. 3-905235-66-8, (Office fédéral de la santé publique (OFSP), Bern, Office fédéral de la santé publique (OFSP)).
- Charmillot, M. & Dayer, C.** (2007) Association pour la recherche qualitative (ARQ) Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives -Hors série - numéro 3 3*, 126-139.
- Chastonay, P.** (2009) *Apprendre la santé publique : l'expérience pédagogique d'un programme de formation en santé publique de l'Université de Genève : d'un diplôme à une maîtrise d'études avancées en santé publique / sous la dir. de Philippe Chastonay ... [et al.]*. (Genève : Médecine & hygiène, 2009).
- Chatué, J.** (2009) *Épistémologie et transculturalité. Le paradigme de Lupasco. Tome 1*. 166 (2009).
- Chatué, J.** (2017) *Épistémologie et transculturalité. Le paradigme de Canguilhem. Tome 2*. 186 (L'Harmattan, 2017).
- Chiarenza, A., Gigliobianco, A., Ventura, C. & Bertozzi, A.** (2004) *Migrant-Friendly Hospital Project in the Presidio Ospedaliero of the Province of Reggio Emilia: Improving Hospital Services for Migrants and Ethnic Minorities in a System of Regional Health Alliances*. 14 (migrant-friendly hospitals, Reggio Emilia, Italy).
- Chiasson, N. & Deschênes, G.** (2007) *La compétence interculturelle actualisée dans une approche d'empowerment au service des familles migrantes. Rapport de recherche* (Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE); Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke., Sherbrooke (Québec)).
- Clémence Merçay, L. B., Marcel Widmer** (2016) 100 (Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel).
- Clivaz, F., Gonzalez, D., Morán Cadenas, F., Reinert, R. & Kathrine, Z.** (2013) *Étude qualitative sur l'accès des migrants à la santé en Suisse*. 10 (Institut de Santé Globale, Université de Genève).
- Cobbaut, N.** (2012) *Actes du Colloque « Care et Compétences transculturelles » du 28 octobre 2011*. (Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles).
- Coleman, D.** (2015) Migrants and Migration in Europe. 376-388, doi:10.1016/b978-0-08-097086-8.31122-9.
- Côté, J.-F. & Benessaïeh, A.** (2012) La reconnaissance des formes d'un cosmopolitisme pratique au sein des Amériques : transnationalité et transculturalité. *Sociologie et sociétés* 44, 35-60, doi:10.7202/1012141ar.
- D'Amato, G. R. e. c. et al.** (2004) *Forum. Dossier Santé* (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM), Neuchâtel).
- d'Hombres, B., Elia, L. & Weber, A.** (2013) *Multivariate analysis of the effect of income inequality on health, social capital, and happiness*. 91 (European Commission. Joint Research Centre. Institute for the Protection and Security of the Citizen, Ispra, IT.).
- Da Yun, Y. I. P., Alain et al.** (2004) *Connaissance réciproque et dialogue transculturel* (Catalogue No. Alliage-Dialogue, Nice, France).
- Dahinden, J., Efionayi-Mäder, D. & Cattacin, S.** (2002) *Evaluation brève du service „ Migration et Santé “ de la Croix-Rouge Suisse*. 5 (Forum suisse pour l'étude

des migrations et de la population SFM, Neuchâtel, , Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM).

Dallari, G. (2004) in *Hospitals in a culturally diverse Europe*. 24.

Dasen, P. R. e. a. (2002) Pages de début, in Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation., *De Boeck Supérieur « Raisons éducatives »*, 5-6, doi:10.3917/dbu.dasen.2002.01.0005.

Dauvrin, M. & Lorant, V. (2016) Cultural competence and social relationships: a social network analysis. *International Nursing Review* 00, 10.

De Beul, N., Martinez, C. & Toppo, M.-L. (2014) *La place de la relation soignant-soigné dans l'approche de soins transculturelle* Bachelor thesis, Haute école de santé - Genève /Haute Ecole Spécialisée-Suisse Occidentale.

Del Percio, A. (2016) The governmentality of migration: Intercultural communication and the politics of (dis)placement in Southern Europe. *Language & Communication*, doi:10.1016/j.langcom.2016.07.001.

Demougin, F. (2008) Continuer la culture : le littéraire et le transculturel à l'oeuvre en didactique des langues. *Études de linguistique appliquée* 152, 411-428.

Denier, Y. & Gastmans, C. (2013) Realizing good care within a context of cross-cultural diversity: an ethical guideline for healthcare organizations in Flanders, Belgium. *Social Science & Medicine* 93, 38-46, doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.045.

Deschamps, J.-P. (2003) Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Santé publique* 15, 14.

Di Bernardo, N. & Bossart Kouegbe, R. (2013) in *1. Tagung der Swiss Migrant Friendly Hospitals vom 19. September 2013*. 12.

Diallo, A. F. & McGrath, J. M. (2013) A Glance at the Future of Cultural Competency in Healthcare. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 13, 121-123, doi:10.1053/j.nainr.2013.07.003.

Domenig, D. (2004) Transcultural change: A challenge for the Public Health system. *Applied nursing research* 17, 213-216, doi:10.1016/j.apnr.2004.07.001.

Dubé, P. & Mulatris, P. (2012) Présentation du dossier sur l'interculturalité et l'immigration. *International Journal of Canadian Studies*, doi:10.7202/1009902ar.

Dubois, U. & de Pretto, A. (2016) *Transkulturelle Medienkompetenz. Tipps und Tricks für Verwaltungen und öffentliche Institutionen. Medien für 8 Millionen vielfältige Menschen.*, 32 (Kantonale Arbeitsgemeinschaft für Ausländerfragen KAAZ, Berne).

Durieux-Paillard, S. (2013) in *Première Conférence du réseau suisse des "Migrant Friendly Hospitals"*. 8.

Duyvendak, J. W., Scholten, P. & Bassi, M. (2009) Le "modèle multiculturel" d'intégration néerlandais en question. *Migrations Société* 122, 31, doi:10.3917/migra.122.0077.

Ebner, B. (2010) in *Ressourcen im Blick*, . (ed Erol; Spiel Yildiz, Georg).

Efionayi-Mäder, D. & Wyssmüller, C. (2011) *Les soins de santé pour les migrants sans-papiers en Suisse (Population)*, (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM)).

Efionayi-Mäder, D. & Wyssmüller, C. (2011) *Les soins de santé pour les migrants sans-papiers en Suisse (Practices)*, (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM)).

Efionayi, D., Chimienti, M., Losa, S. & Cattacin, S. (2001) *Evaluation du programme global « migration et santé » de l'office fédéral de la santé publique. Résumé.* 5 (Forum suisse pour les études des migrations. Université de Neuchâtel).

- Escalona-Zerpa, M. R.** (2009) *Dossier Migration und Gesundheit* 106 (Heinrich-Böll-Stiftung., 2009).
- Faucherre, F., Weber, O., Singy, P., Guex, P. & Stiefel, F.** (2010) L'interprète communautaire: une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle. *Revue Médicale Suisse* 6, 3.
- Fibbi, R.** (2010) *Forum. Dossier Citoyennetés* (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, Neuchâtel).
- Fibbi, R. d., D'Amato, G., Efiionayi-Mäder, D. & Dahinden, J.** (2006) *Forum. Dossier Sans-Papiers* (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, Neuchâtel).
- FLÜCKIGER, Y. et al.** (2005) *Une analyse des effets sur le marché suisse du travail de l'élargissement de la libre-circulation des personnes aux nouveaux membres de l'Union Européenne.*
- Fontille, B. & Van Deventer, R. d.** (2012) in *Trans, multi, interculturalité, trans, multi, interdisciplinarité « L'espace public », Collection dirigée par Yves Laberge* Ch. Introduction, 1-15 (Presses de l'Université de Laval PUL).
- Forestal, C.** (2008) L'approche transculturelle en didactique des langues-cultures : une démarche discutable ou qui mérite d'être discutée ? *Études de linguistique appliquée* 152, 393-410.
- Forestal, C.** (2008) Présentation. *Études de linguistique appliquée* 152, 389-392.
- Froidevaux, D.** (1997) Construction de la Nation et Pluralisme Suisses: Idéologie et Pratiques. *Swiss Political Science Review* 3, 1-30, doi:doi:10.1002/j.1662-6370.1997.tb00224.x.
- Gabadinho, A. & Wanner, P.** (2008) *La santé des populations migrantes en Suisse : seconde analyse des données du GMM. Le rôle du niveau d'intégration, des discriminations subies, des comportements à risque et de l'isolation sociale.*, 107 (Laboratoire de démographie et d'études familiales. Université de Genève, Genève, LabDemo).
- Gabadinho, A., Wanner, P. & Dahinden, J.** (2007) La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM. Le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et le recours aux services de santé. Résumé approfondi. *Etudes du SFM* 49, 6.
- Gafaiti, H. T., David G.; Lorcin, Patricia M. E. et al.** (2006) *Migrances, diasporas et transculturalités francophones. Littératures et cultures d'Afrique, des Caraïbes, d'Europe et du Québec.* (l'Harmattan, 2006).
- Gallagher, J. E. & Eaton, K. A.** (2015) Health workforce governance and oral health: Diversity and challenges in Europe. *Health Policy* 119, 1565-75, doi:10.1016/j.healthpol.2015.09.010.
- Gans-Guinoune, A.-M. & den Toonder, J.** (2011) Introduction: Parcours de la transculturalité à travers quelques régions francophones du monde. *RELIEF* 5, 1-3, doi:URN:NBN:NL:UI:10-1-112471.
- Garcette, C.** (2012) *Dépression, Culture et Migration: Enquête auprès de trois générations de migrants. Étude du CCOMS sur la santé mentale en population générale* DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE thesis, Université Lille 2 – Droit et Santé.
- Gasser, Karin** (2014) *Interprétariat dans le domaine de la santé : par téléphone et sur place. Situation aux Pays-Bas.* 15p. (Office fédéral de la santé publique. Programme national Migration et santé, Berne).

- Gehri, M., Jäger, F., Wagner, N. & Gehri, M.** (2016) Prise en charge clinique de la population migrante: focus pédiatrique. *Paediatrica*, 8.
- Goguikian Ratcliff, B. et al.** (2014) *Rapport final. Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones*. 86 (Unité de psychologie clinique interculturelle, Université de Genève, FPSE, Genève, Enceinte à Genève. Programme d'Arcade des sages-femmes et Appartenances-Genève).
- Goguikian Ratcliff, B. & ROSSI, I.** (2014) Santé mentale et sociétés plurielles. Introduction thématique. *Alterstice, Revue internationale de la recherche interculturelle* 4, 3-12.
- Goodno, K. C. & Mandernach, D. C.** (2005) *Immigrant Health, A Call to Action. Recommendations from the Minnesota Immigrant Health Task Force*. 25 (Minnesota Department of Health and the Minnesota Department of Human Services, Minneapolis, MN).
- Göttlich, U.** (2003) Andreas Hepp / Martin Löffelholz (Hrsg.): Grundlagentexte zur transkulturellen Kommunikation. Konstanz: UVK 2002. *Medien & Kommunikationswissenschaft* 51, 302-304, doi:10.5771/1615-634x-2003-2-302.
- Goucha, M. S., Mika; Ait-Ouyahia, Ferial (dir.)** (2004) *Philosophie et culture & Philosophie et transculturalité.*, (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture UNESCO, 2004).
- Graf, G. e.** (2009) *Coûts et bénéfices de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé. Résumé en français*. (Büro für arbeits und sozialpolitische Studien BASS AG, Bern).
- Gray, B.** (2018) Culture, cultural competence and the cross-cultural consultation. *J Paediatr Child Health* 54, 343-345, doi:10.1111/jpc.13769.
- Gray, B. H. & van Ginneken, E.** (2012) *Health Care for Undocumented Migrants: European Approaches*. 14 (The Commonwealth Fund New York, NY, USA, The Commonwealth Fund).
- Green, A. R.** (2013) in *Première Conférence du réseau suisse des "Migrant Friendly Hospitals"*. 27.
- Groux, D.** (2007) *Langue, littérature, culture à l'épreuve de l'autre / [rédacteur en chef Dominique Groux ; coordination Anne Baillet ... et al.]*. (Paris : L'Harmattan, 2007).
- Gruénais, M.-É. & Dozon, J.-P. d.** (1992) *Anthropologies et santé publique*. Vol. 28 (Éditions de l'ORSTOM, 1992).
- Guerraoui, Z.** (2011) in *Comprendre et traiter les situations interculturelles « Carrefour des psychothérapies »* 15-36 (De Boeck Supérieur).
- Guerraoui, Z. & Pirlot, G.** (2011) *Comprendre et traiter les situations interculturelles. Approches psychodynamiques et psychanalytiques*. (De Boeck Supérieur, 2011).
- Guerraoui, Z. & Pirlot, G.** (2011) in *Comprendre et traiter les situations interculturelles* (De Boeck Supérieur).
- Guggisberg, J. et al.** (2011) *Deuxième Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM II). Management Summary*. 5 (Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Migration (BFM)).
- Guiné, A.** (2005) Multiculturalisme et genre : entre sphères publique et privée. *Cahiers du Genre* 38, doi:10.3917/cdge.038.0191.
- Halfhide, T.** (2014) in „Zukunft Physiotherapie“ *Physio Congress* 24.
- Hälg, R., Wallimann, G., Gross, C. S. & Wick Marcoli, M.** (2004) *Migration und reproduktive Gesundheit. Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der*

- Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz*. Vol. 27 (Instituts für Ethnologie der Universität Bern, 2004).
- Hanquart-Turner, E., Olivier, F., Doll, J. & Gibault, M.** (2008) *Exils, migrations, création*. (Paris : Indigo, 2008).
- Havlicek, E.** (2009) *Transkulturelle Pflege zu Hause Erfahrungen von Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege am Beispiel Wien* Magistra der Philosophie (Mag. phil.) thesis, Université de Vienne.
- Head-König, A.-L.** "Emigrations". *Dictionnaire historique de la Suisse (DHS)*
- Heidenreich, F. & Bouchaud, O.** (2004) *Final Report MFH Project at: Hôpital Avicenne, Paris, France*. 4 (migrant-friendly hospitals, Paris, France).
- Heiniger, M.** "Immigration". *Dictionnaire historique de la Suisse (DHS)*
- Heise, T.** (2010) in *Migration und kulturelle Verflechtungen. Kongress des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. (DTPPP)*. 18.
- Heise, T., Pfefferer-Wolf, H., Leferink, K., Wulff, E. & Heinz, A.** (2001) *Geschichte und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer-Verlag - *Der Nervenarzt* 72, 231–233.
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R. & Kendall, E.** (2018) Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health Soc Care Community* 26, 590-603, doi:10.1111/hsc.12556.
- Henderson, S., Kendall, E. & See, L.** (2011) The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health Soc Care Community* 19, 225-49, doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x.
- Hepp, A.** (2013) *Transkulturelle Kommunikation / Andreas Hepp*. 2., überarbeitete Aufl.. edn, (Konstanz : UVK Verlagsgesellschaft, 2013).
- Hermann, M.** (2013) *Offres tenant compte de la population migrante en matière de santé reproductive et de petite enfance en Suisse. Etat des lieux sur les projets, les mesures et les méthodes de travail*. 35 (Office fédéral de la santé publique, Section Migration et santé).
- Hinner, K.** (2011) *Der Umgang mit Transkulturalität bzw. transkultureller Pflege im sozialen und gesundheitlichen Bereich Welche Anforderungen werden gestellt?* Magistra der Philosophie (Mag.phil.) thesis, Université de Vienne.
- Hollomey, C.** (2011) *Les soins de santé pour les migrants sans-papiers en Suisse (Policies)*, (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM)).
- Hondius, A. K. & Van Williger, L. H. M.** (1989) *Baseline-health-care-for-refugees-in-the-Netherlands_1989_Social-Science-Medicine.pdf*>. *Social Sciences Medecine* 28, 5.
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P. & Kis-Rigo, J.** (2014) Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*, CD009405, doi:10.1002/14651858.CD009405.pub2.
- Houppermans, S.** (2015) *Transculturalité : Verne, Le Clézio, Ollier, Dicker, Mauvignier*. *RELIEF* 9, 12.
- Huemer, J., Karnik, N. & Steiner, H.** (2009) Unaccompanied refugee children. *The Lancet* 373, 3.
- Hughes, A. & McDaid, F.** (2005) *Cultural diversity - our reality, improved cultural competence - our goal in Connolly Hospital, Blanchardstown. Irland. Final Report MFH Project*. (migrant-friendly hospitals, Blanchardstown, Ireland).
- Hummel, P.** (1992) *Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? -Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und*

- Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der „alten“ Bundesrepublik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41, 356-361.
- Hyman, I.** (2001) *Immigration et santé* (Catalogue No. 111, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001).
- Illhardt, F. J.** (1998) Einverständnis und Kultur: Anmerkungen zu einem neuen Problem der Medizin Consent and culture: some remarks on a new issue of medicine. *Ethik in der Medizin* 10, 26-39.
- Imbert, P.** (2016) Réflexions sur les dialogues culturels en fonction de perspectives culturelles et a-culturelles de la modernité. *Letras de Hoje* 50, doi:10.15448/1984-7726.2015.s.23127.
- Ingleby, D.** (2009) La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe. *Hommes & migrations Dossier I Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux* 136-150, doi:10.4000/hommesmigrations.463.
- Ingleby, D.** (2012) Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda*. *Psychosocial Intervention* 21, 331-341, doi:10.5093/in2012a29.
- Ingleby, D.** (2013) in *Première Conférence du réseau suisse des “Migrant Friendly Hospitals”*. 29.
- Ipsiroglu, O. S. & Bode, H.** (2005) Transkulturelle Pädiatrie. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 153, 8-15, doi:10.1007/s00112-004-1069-y.
- Jaccard Ruedin, H. W., France; Roth, Maik; Widmer, Marcel** (2009) *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. (Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel).
- Jenkins, C. N. H., Le, T., Mcphee, S. J., Stewart, S. & The Ha, N.** (1996) Health care access and preventive care among Vietnamese immigrants: Do traditional beliefs and practices pose barriers? *Social Science Medicine*. 43, 1049-1056.
- Jeserich, F.** (2012) Transkulturelles Kohärenzgefühl oder kulturgebundene Selbstverwirklichung? *Der Mensch, Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin* 44, 3.
- Jeady, H.-P., Galera, M. C. & Ogawa, N.** (2008) *L'effet transculturel / Henry-Pierre Jeady, Maria Claudia Galera, Nobuhiko Ogawa*. (Paris : L'Harmattan, 2008).
- Johnson, M. R. D.** (2004) Cross-cultural communication in health. *Clinical Cornerstone* 6, 50-52, doi:[https://doi.org/10.1016/S1098-3597\(04\)90007-5](https://doi.org/10.1016/S1098-3597(04)90007-5).
- Johnson, R. L. e. a.** (2004) Racial and Ethnic Differences in Patient Perceptions of Bias and Cultural Competence in Health Care. *Journal of General Internal Medicine* 19, 101-110.
- Jullien, F.** (2016) *Il n'y a pas d'identité culturelle : mais nous défendons les ressources d'une culture / François Jullien*. (Paris : Herne, 2016).
- Kabengele, E.** (2016) in *Conférence Suisse de Santé Publique 2016: Les réfugiés et personnes déplacées – un défi pour le système de santé suisse*. 24 (Santé Publique Suisse SSPH+).
- Kandel, K. & Heller, S.** (2004) *Final Report MFH Project at: Kaiser Franz Josef Spital, Vienna, Austria*. 9 (migrant-friendly hospitals, Vienna, Austria, migrant-friendly hospitals).
- Kaya, B. & Efonayi-Mäder, D.** (2007) *Document de base sur la question « migration et santé »*. Développement de documents d'instruments pour la et dimension « migration » en matière de promotion et de prévention de la santé. Report No. 52011, (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, Neuchâtel).
- Kaya, B. & Efonayi-Mäder, D.** (2008) *Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. 56

(Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne, Office fédéral de la santé publique en collaboration avec Promotion Santé Suisse).

Kaya, B., Efionayi-Mäder, D. & Schönenberger, S. (2011) *Agir en faveur de l'intégration des migrants en Suisse romande. Situation et perspectives de développement d'une approche interculturelle*. Vol. 58 (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, 2011).

Kaya, B. & Efionayi, D. (2006) *Egalité des chances en matière de santé : State of the Art (Document de réflexion)*. Report No. 05.001603 / 2.25.01-807, 27 (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, Neuchâtel, Swiss For Migration and Population Studies (SFM) . Université de Neuchâtel).

Kayser, A. & Kläui, H. (2010) Transkulturelle Kompetenz – Notwendigkeit oder Freifach? Eine Fortbildungsinitiative des Schweizerischen Roten Kreuzes SRK. *Bulletin des médecins suisses* 2010, 2.

Kemppainen, L., Kemppainen, T., Skogberg, N., Kuusio, H. & Koponen, P. (2017) Immigrants' use of health care in their country of origin: the role of social integration, discrimination and the parallel use of health care systems. *Scand J Caring Sci*, doi:10.1111/scs.12499.

Kerzil, J. (2002) L'éducation interculturelle en France : un ensemble de pratiques évolutives au service d'enjeux complexes. *Carrefours de l'éducation* 14, 120, doi:10.3917/cdle.014.0120.

Khan, D., Walker, J., Horsefall, A. & Manning, A. (2005) *Final Report MFH Project at: Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust*. (Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford, West Yorkshire, England, migrant-friendly hospitals).

Kirmayer, L. J. (2012) Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine* 75, 249-56, doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.018.

Kjaerum, M. d. (2011) *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States*. 68 (European Union Agency for Fundamental Rights, Publications Office of the European Union).

Knipper, M. & Akinci, A. (2005) Wahlfach "Migrantenmedizin" - Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema "Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt" in Deutschland. . *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22, 5. <<http://www.egms.de/en/journals/zma/2005-22/zma000215.shtml>>.

Kohnen, N. (1990) Ethnomedizin in der Bundesrepublik Deutschland. *DEUTSCHE ARZTEBLATT* 87, 5.

König, M. & Galgano, L. (2013) *Diversité dans le domaine des addictions. Lignes directrices pour la gestion de la diversité de la clientèle. Partie générale*, Infodrog.

König Setiadi, M. & Bernhardt Keller, A. (2009) *Intervention spécifique à la migration dans le domaine des dépendances. Implications pour la pratique* (Infodrog, Berne).

König, V. (2009) *Transkulturelle Kompetenz in der Medizin* Magistra der Philosophie (Mag.a phil) thesis, Université de Viéne.

Krajic, K. et al. (2003) *Subproject C - Improving cultural competence: Training hospital staff for providing cross-cultural health care. Pathway for implementation and evaluation*. 15 (Vienna,).

Kroezen, M. et al. (2015) Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy* 119, 1517-28, doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.003.

- Küchenhoff, B. S. S., H.** (2009) Transkulturelle Psychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. *SCHWEIZER ARCHIV FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE* 160, 2.
- Kunuroglu, F., Yagmur, K., van de Vijver, F. J. R. & Kroon, S.** (2015) Consequences of Turkish return migration from Western Europe. *International Journal of Intercultural Relations* 49, 198-211, doi:10.1016/j.ijintrel.2015.10.004.
- l'Europe, C. d.** (2008) *Livre blanc sur le dialogue interculturel «Vivre ensemble dans l'égalité»*, (Conseil de l'Europe).
- Labelle, M., Milot, J.-R. & Choquet, S.** (2014) *Immigration, diversité ethnoculturelle et citoyenneté. Actes du colloque international et interdisciplinaire 2014 pour étudiants et nouveaux chercheurs.*, Vol. 36 (Chaire de recherche en immigration, ethnicité et citoyenneté (CRIEC) - UQÀM, 2014).
- Laflamme, S.** (2011) Recherche interdisciplinaire et réflexion sur l'interdisciplinarité. *Nouvelles perspectives en sciences sociales* 7, doi:10.7202/1007081ar.
- Le Var, R. M. H.** (1998) Improving educational preparation for transcultural health care. *Nurse education today* 18, 519-533, doi:[https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(98\)80002-6](https://doi.org/10.1016/S0260-6917(98)80002-6).
- Leanza, Y.** (2017) Faire entrer le plurilinguisme dans les équipes cliniques. *L'Autre* 18, doi:10.3917/autr.054.0272.
- Ledermann, S. R., Christian; Sager, Fritz ; Zeyen Bernasconi, Petra** (2006) *Evaluation der Strategie „Migration und Gesundheit 2002–2006“ Beilagenband 1: Evaluation des Programmkonzepts.* Report No. 04.000221, 198p. (Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern, Büro Vatter Politikforschung & -beratung).
- Lefranc, Y.** (2008) Discuter librement en FLE-FLS : un dispositif transculturel donc politique. *Ela. Études de linguistique appliquée* 152, 493-504.
- Legros, M., Bauer, D. & Goyaux, N.** (2012) *Groupe de travail « Santé et accès aux soins ».* Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. (2012).
- Lehmann, P.** (2012) *Stratégies et actions des cantons pour diminuer les inégalités sociales en santé / Philippe Lehmann.* (Bern : SGGP, 2012).
- Lemaire, E.** (2012) Approches inter, trans, pluri, multiculturelles en didactique des langues et des cultures. *International Journal of Canadian Studies Francophonies, Interculturality, Cultures and Strategies*, doi:10.7202/1009903ar.
- Lesoeurs, G. & Ferradji, T.** (2016) Vol. Culture&Sciences, Sciences de l'homme N° 37 150 (L'Harmattan).
- Levin-Zamir, D.** (2004) in *Hospitals in a culturally diverse Europe.* 55.
- Liberati, A. et al.** (2009) The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Medicine* 6, e1000100, doi:10.1371/journal.pmed.1000100.
- Like, R. C.** (2011) Educating Clinicians About Cultural Competence and Disparities in Health and Health Care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 31, 196–206, doi:10.1002/chp.20127.
- Lin, H.-C.** (2016) Impact of nurses' cross-cultural competence on nursing intellectual capital from a social cognitive theory perspective. *Journal of Advanced Nursing* 72, 1144–1154., doi:10-1111/jan.12901.
- Longchamp, P., Toffel, K., Bühlmann, F. & Tawfik, A.** (2018) Des profils d'une grande diversité. La profession infirmière en Suisse romande. *Soins infirmiers* 1, 58-61.
- Lori, J. R. & Boyle, J. S.** (2015) Forced migration: health and human rights issues among refugee populations. *Nurs Outlook* 63, 68-76, doi:10.1016/j.outlook.2014.10.008.

- Loutan, L., Bierens de Haan, D. & Subilia, L.** (1996) in *Manuscrit n°1785/MDV3, communication présentée lors de la 2^e Journée française de médecine des voyages, Institut Pasteur, Paris, 3 mai 1996.* 5.
- Lüsebrink, H.-J.** (1998) Les concepts de “Culture” et d’“Interculturalité”. Approches de définitions et enjeux pour la recherche en communication interculturelle. *Bulletin des médecins suisses* 30, 4p.
- Machleidt, W. & Heinz, A. H.** (2011) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie Migration und psychische Gesundheit. *Dr. med. Mabuse* 191 1.
- Malagoli, M.** (2013) in *Première Conférence du réseau suisse des “Migrant Friendly Hospitals”.* 9.
- Manço, A. A.** (2000) Compétences interculturelles et stratégies identitaires. *Agora débats/jeunesses* 22, 49-60, doi:10.3406/agora.2000.1800.
- Manolopoulos, C. D.** (2015) *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation.* 65 (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, Luxembourg, Publications Office of the European Union).
- Marina, M.** (2001) *Les trajectoires migratoires : entre flux, filières et mythes. Le cas des Italiens du canton de Vaud.* docteur ès lettres thesis, Université de Lausanne.
- Marquis, J.-F. & Andreani, T.** (2016) *Santé. Statistique de poche 2016.* (Neuchâtel, Office fédéral de la statistique (OFS)).
- Martín, I. & Bonfanti, S.** (2015) *Migration and Asylum Challenges in Eastern Africa: Mixed Migration Flows Require. Dual Policy Approaches* (Catalogue No. QMAP15004ENN_002, European University Institute -, Florence Italy).
- Mattig, T.** (2013) *L'échec de la loi sur la prévention: un enseignement. Document de travail.* Report No. 2296-5696, 22 (Promotion Santé Suisse, Lausanne - Berne, © Promotion Santé Suisse).
- Mayer, C.-H.** (2012) Der_Einfluss von Kultur und Spiritualitaet auf die Gesundheit. *Der Mensch, Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin* 44, 7.
- Merten, S. & Gari, S.** (2013) *La santé reproductive de la population migrante en Suisse et dans d'autres pays d'accueil. Résumé.* 5 (Office fédéral de la santé publique, Bâle, Swiss TPH).
- Metraux, J.-C.** (2018) *La migration comme métaphore.* 3e edn, (Paris : La Dispute, 2018).
- Meunier (éd.), O. e. a.** (2015) *Cultures, éducation, identité. Recompositions socioculturelles, transculturalité et interculturalité* (Artois Presses Université Arras).
- Miliani, H. & Obadia, L. d.** (2007) *Art et transculturalité au Maghreb. Incidences et résistances.* (Agence Universitaire de la Francophonie, 2007).
- Mladovsky, P., Rechel, B., Ingleby, D. & McKee, M.** (2012) Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy* 105, 1-9, doi:10.1016/j.healthpol.2012.01.007.
- Moreau-Gruet, F. & Luyet, S.** (2011) *Population migrante et santé. Analyse de la statistique médicale des hôpitaux et recherche de littérature.* 83 (Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel).
- Moret, J. & Dahinden, J.** (2009) *Les réseaux de migration dans les politiques de santé publique et d'intégration : résumé,* Maison d'analyse des processus sociaux. Université de Neuchâtel.
- Moret, J. et al.** (2009) *Vers une meilleure communication. Coopération avec les réseaux de migrants.* 60 (Commission fédérale pour les questions de migration CFM. Office fédéral des migrations ODM. Office fédéral de la santé publique OFSP, Commission fédérale pour les questions de migration CFM).

- Morlok, M. et al.** (2015) *Les sans-papiers en Suisse en 2015. Rapport final*. 25 (Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), Bâle, S B, S. Volkswirtschaftliche Beratung, Forum suisse pour les études sur la migration et la population SFM, Université de Genève).
- Moulin-Civil, F.** (2005) El Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar, o el nacimiento de un paradigma. *América. Cahiers du CRICCAL*, 143-150.
- Moussa, J. & Pecoraro, M.** (2013) *Ecarts de genre dans l'état de santé des migrants et des migrantes en Suisse : Analyse sur la base d'une analyse des données du monitoring de santé des migrants GMM II*. 61 (Université de Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population. Institut SFM).
- Muecke, M. A.** (1992) New paradigms for refugee health problems. *Social-Science-Medicine* 35, 515-523.
- Nguyen, D.-Q.** (2016) 244 millions d'immigrés dans le monde, quel pays en dénombre le plus? *Swissinfo*.
- Nguyen, D.-Q.** (2017) Qui sont ces 25% d'étrangers en Suisse? Série migration (partie 1). *Swissinfo*.
- Noël, D.** (2006) Pour une réponse transculturelle en matière de santé mentale autochtone. *Santé mentale au Québec* 31, 153, doi:10.7202/014809ar.
- Nosetti, L., Jossen, A. & Felchlin, L. t.** (2012) *La consultation pour migrants : un concept de traitement multimodal destiné aux migrants atteints d'un trouble psychique*. 70 (Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU). Office fédéral de la santé publique (OFSP)).
- Novak-Zezula, S., Jakesch, C., Mutsch, L. & Stidl, T.** (2005) *Technical Evaluation Report SubProjet A : interpreters and quality of the communication*. 18 (migrant-friendly hospitals, migrant-friendly hospitals).
- O'Donnell, C. A. et al.** (2016) Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy* 120, 495-508, doi:10.1016/j.healthpol.2016.03.012.
- Olesen, K. M. et al.** (2005) *Catalogue of measures in SPA*. 56 (migrant-friendly hospitals).
- Ortiz, F.** (1978) *Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar*. (Biblioteca Ayacucho, 1978).
- Paatero, S., Pulkkinen, M.-L., Skovbjerg, A., Pohjola, M. & Oroza, V.** (2004) *Final Report MFH Project at: Turku University Hospital, Turku, Finland*. 7 (migrant-friendly hospitals, Turku, Finland, migrant-friendly hospitals).
- Paez, K. A., Allen, J. K., Carson, K. A. & Cooper, L. A.** (2008) Provider and clinic cultural competence in a primary care setting. *Social Science & Medicine* 66, 1204-1216, doi:10.1016/j.socscimed.2007.11.027.
- Paquette, D.** (1996) *L'interculturel : de la psychosociologie à la psychologie clinique / Didier Paquette*. (Paris : L'Harmattan, 1996).
- Park, M. S. & Kweon, Y. R.** (2013) Effects of a cultural competence promotion program for multicultural maternity nursing care: case-based small group learning. *Journal of korean academy of nursing* 43, 626-635, doi:10.4040/jkan.2013.43.5.626.
- Parkes, R.** (2015) *Asylum flows to the EU: blip or norm?*, European Union Institute for Security Studies Issues Alert.
- Patel, M. & Agius, S.** (2017) Cross-cultural comparisons of assessment of clinical performance. *Med Educ* 51, 348-350, doi:10.1111/medu.13262.
- Peeters, B.** (2003) Le transculturel : Sémantique, Pragmatique, Axiologie. *La linguistique* 39, 119-135, doi:10.3917/ling.391.0119.

- Penaloza, B., Pantoja, T., Bastias, G., Herrera, C. & Rada, G.** (2011) Interventions to reduce emigration of health care professionals from low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*, CD007673, doi:10.1002/14651858.CD007673.pub2.
- Petticrew, M.** (2003) Why certain systematic reviews reach uncertain conclusions. *BMJ* 326, 756-758.
- Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C.** (2008) *Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse. Informations de base et recommandations*. 152 (Association suisse pour la prévention du Tabagisme AT. Caritas Suisse. ISPA. Ligue suisse contre le cancer. Public Health Services. RADIX, Herzogenbuchsee, Public Health Services).
- Piguet, E.** (2009) *L'immigration en Suisse : soixante ans d'entrouverture*. 2e, revue et mise à jour edn, (Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2009).
- Pineault, R.** (1995) *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies / Raynald Pineault, Carole Daveluy*. Ed. revue et corr. edn, (Montréal Québec : Ed. Nouvelles, 1995).
- Pluess, S. & Zellweger, E.** (2013) *Gérer la diversité en milieu hospitalier - Rapport final. Programmes d'action « migrant-friendly hospitals »*. Report No. 140129, 29 (réseau suisse des "Migrant Friendly Hospitals", Bern, Suisse, evaluanda).
- Pommier, J., Sherlaw, W. & Jabot, F.** (2007) Impacts linguistiques et culturels des formations transnationales en santé publique. *S.F.S.P. / « Santé Publique »* 19, 117-122, doi:10.3917/spub.070.0117.
- Potot, S.** (2006) Les migrations, vecteurs de changements sociaux en Roumanie. *La Nouvelle Alternative* 21, 35-46.
- Potvin L., M. M.-J., Jones C. (sous la dir.)** (2010) *Réduire les inégalités sociales en santé*. (INPES, coll. Santé en action, 2010).
- Poulain, J.** (2010) *Pour une démocratie transculturelle / sous la direction de Jacques Poulain ... [et al.]*. (Paris : Harmattan, 2010).
- Pulido-Fuentes, M., González, L. A., Martins, M. d. F. d. S. V. & Martos, J. A. F.** (2017) Health Competence from a Transcultural Perspective. Knowing how to Approach Transcultural Care. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 237, 365-372, doi:10.1016/j.sbspro.2017.02.022.
- Reich de Paredes, H.** (2016) *Transkulturelle Aspekte der Psychotherapie* Doktorgrades der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.) thesis, Philipps-Universität Marburg.
- Reichardt, D.** (2011) Sur la théorie d'une francophonie transculturelle: État des lieux et intérêt didactique. *RELIEF* 5, 17.
- Rey, L.** (2011) *Des ponts linguistiques pour mieux guérir. L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse*. Report No. GP 12.10 700 d 700 f 30EXT1107, 92 (Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne, Direction Politique de la santé OFSP, Projets multisectoriels, Programme national Migration et santé,).
- Rommel, A., Weilandt, C. & Eckert, J.** (2006) *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung*. 236 (Bundesamt für Gesundheit, Sektion Chancengleichheit und Gesundheit. Fachbereich Migration und Gesundheit, Bundesamt für Migration, Bonn, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.).
- Rommelspacher, B.** (2005) Transkulturelle Beratung in der Pflege. *PFLEGE & GESELLSCHAFT* 10, 8.

- Rüefli, C. & Huegli, E.** (2012) *Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Synthesebericht*. 95 (Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F). Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern, Büro Vatter. Politikforschung & -beratung.).
- Saladin, P. & Bühlmann, R.** (2006) *Diversité et égalité des chances : les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé*. (Office fédéral de la santé publique OFSP, en collab. avec H+ Les Hôpitaux de Suisse, 2006).
- Sauquet, M. & Vielajus, M.** (2007) *L'Intelligence de l'autre. Prendre en compte les différences culturelles dans un monde à gérer en commun*. Vol. Essai n° 164 (Editions-Diffusion Charles Léopold Mayer., 2007).
- Sauquet, M. & Vielajus, M.** (2016) *Le Culturoscope. 70 questions pour aborder l'interculturel*. Vol. Essai n° 209 92p. (Éditions Charles Léopold Mayer (ECLM) 2016).
- Savidan, P.** (2011) *Le multiculturalisme*. 2e edn, (Paris : Presses Universitaires de France, 2011).
- Schier, E.** (1992) Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41, 345-350.
- Schulze, B., Nowak, P., Krajjic, K., Trummer, U. & Pelikan, J. M.** (2003) *Pathway for implementation and evaluation. Revised Draft.*, 40 (Ludwig – Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Vienna, migrant-friendly hospitals).
- Schuster, S.** (2015) 'Gosh': a cross-cultural encounter with a Somali woman, a male interpreter and a gynecologist on female genital cutting/mutilation. *Patient Educ Couns* 98, 127-8, doi:10.1016/j.pec.2014.08.014.
- Semenza, J. C. C. et al.** (2015) *European Centre for Disease Prevention and Control. Expert Opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders. ECDC Scientific Advice*. Report No. 978-92-9193-674-8, 20 (European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm., European Centre for Disease Prevention and Control).
- Semujanga, J.** (2001) De l'africanité à la transculturalité : éléments d'une critique littéraire dépolitisée du roman. *Études françaises* 37, doi:10.7202/009012ar.
- Sensevy, G. & Santini, J.** (2006) Modélisation : une approche épistémologique. *aster* 43, 163-188.
- Sizoo, É.** (2000) *Ce que les mots ne disent pas. Quelques pistes pour réduire les malentendus interculturels*. (Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer, 2000).
- Smith, C. & Exton, C.** (2013) *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*, OECD Publishing. OECD's Better Life Initiative.
- Spang, T. & Baehler, M.** (2009) *Rapport concernant la mise sur pied d'un service d'interprétariat téléphonique (SIT) dans le domaine de la santé*. (Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS, Bern).
- Spreyermann, C.** (1999) *Internetz: Mise en réseau réussie des institutions oeuvrant dans les domaines socio-sanitaires et de la population migrante. Résumé de l'évaluation du projet*. 8 (Office fédéral de la santé publique. Service Migration, Berne, sfinx – Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision).
- Spreyermann, C. & Steiner, P.** (2001) *Evaluation Internetz (Synthèse)– ein Vernetzungsprojekt zur Gesundheitsförderung für und von MigrantInnen in der Region Basel* 4(sfinx – Sozialforschung - Evaluationsberatung - Supervision, Bern, Basel).

- Spycher, S.** (2013) in *First National Conference of the Swiss Migrant Friendly Hospitals*. (ed Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Bundesamt für Gesundheit BAG) 10.
- Stamm, H., Lamprecht, M. & Wiegand, D.** (2012) *Migration und Gesundheit. Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Migrationsbevölkerung. Sekundäranalyse im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit* (Bundesamtes für Gesundheit, Zurich, Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG (L&S)).
- Stan, S.** (2015) Transnational healthcare practices of Romanian migrants in Ireland: inequalities of access and the privatisation of healthcare services in Europe. *Soc Sci Med* 124, 346-55, doi:10.1016/j.socscimed.2014.04.013.
- Steiger, B. & Pfiffner, M.** (2007) *La place de l'interculturel dans les lieux de pratique du social*. (Haute école de travail social et de la santé | EESP Lausanne, Suisse).
- Stewart, E.** (2008) Exploring the asylum-migration nexus in the context of health professional migration. *Geoforum* 39, 223-235, doi:10.1016/j.geoforum.2007.04.002.
- Sturm, G. et al.** (2016) Améliorer l'alliance thérapeutique avec enfants et familles en situation interculturelle. *L'Autre* 17, doi:10.3917/autr.050.0223.
- Sundquist, J.** (1995) Ethnicity social class and health. A population based study on the influence of social factors on self reported illness in 223 Latin American refugees, 333 finnish and 126 south european labour migrants and 841 swedish controls. *Social Science & Medicine* 40, 777-787.
- Tamcke, M. d. J., Janny; Klein,Lars; van der Waal, Margriet (Eds.)** (2013) *Europe - Space for Transcultural Existence?*, Vol. 1 294p (Universitätsverlag Göttingen, 2013).
- Teal, C. R. & Street, R. L.** (2009) Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social Science & Medicine* 68, 533-543, doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.015.
- Tikhonov, N.** (2005) Les migrations et la Suisse : résultats du programme national de recherche "migrations et relations interculturelles".
- Toffel, K., Bühlmann, F. & Tawfik, A.** (2018) L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Revue française de sociologie* 59, 219-258, doi:10.3917/rfs.592.0219.
- Totté, M.** (2015) Des différences entre Inter-, Multi-, Pluri- et Transculturel. *Reflexions*, 6. <<http://www.inter-mondes.org/IMG/pdf/Multi-Pluri-Inter-.pdf>>.
- Trummer, U., Friedhuber, J. & Stidl, T.** (2004) *Migrant-friendly information and training in mother and child care. Evaluation report* (Catalogue No. 45, migrant-friendly hospitals, Vienna).
- Trummer, U., Novak-Zezula, S., Schulze, B., Krajic, K. & Pelikan, J. M.** (2003) *Migrant-friendly information and training in mother and child care - Fact Sheet* (Catalogue No. 9, migrant-friendly hospitals. Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine,, Vienna).
- Tsourdi, E. L. & De Bruycker, P.** (2015) *EU Asylum Policy: In Search of Solidarity and Access to Protection* (Catalogue No. QM-AP-15-006-EN-N, Migration Policy Centre, European University Institute, Florence It).
- Tutek, H.** (2013) Limits to Transculturality: A Book Review Article of New Work by Kimmich and Schahadat and Juvan. *CLCWeb: Comparative Literature and Culture* 15, doi:<10.7771/1481-4374.2352>.
- Unterholzner, D.** (2003) *Transkulturalität“ bei Wolfgang Welsch*, Universität Wien,.

- Uzarewicz, C. & Uzarewicz, M.** (2006) *Leiblichkeit und Transkulturalitaet im Migrationskontext*
- Vanore, M., Mazzucato, V. & Siegel, M.** (2015) 'Left behind' but not left alone: parental migration & the psychosocial health of children in Moldova. *Soc Sci Med* 132, 252-60, doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.040.
- Verbunt, G.** (2011) *Manuel d'initiation à l'interculturel / Gilles Verbunt*. (Lyon : Chronique sociale, 2011).
- Vives, D. d.** (2011) *Cultures urbaines et faits transculturels*. 348 (Publications de l'Université de Rouen et du Havre PURH, 2011).
- Waibel, M.** "Walser". *Dictionnaire historique de la Suisse (DHS)*
- Walsh, S. et al.** (2004) Formulation of a Plan of Care for Culturally Diverse Patients. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 15, 17-26, doi:10.1111/j.1744-618X.2004.00017.x.
- Wanner, P., Neubauer, A. & Moret, J.** (2002) *Caractéristiques de vie et d'intégration des populations issues de l'immigration : une analyse des données du Panel suisse des ménages 1999-2000*. (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, 2002).
- Weber, O., Sulstarova, B., Reeves, D. & Faucherre, F.** (2014) Promouvoir l'interprétariat communautaire en psychiatrie publique : une recherche action. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés* 15, 207-218.
- Welsch, W.** (1999) in *Spaces of Culture: City, Nation, World* 194-213 (Mike Featherstone and Scott Lash, London).
- White, A.** (2002) Organic functionalism, 'community' and place refugee studies and the geographical constitution of refugee identities. *Geoforum* 33, 73-83.
- Wicker, H.-R. D., Fibbi, R. & Haug, W.** (2004) Les migrations et la Suisse. Résultats du Programme national de recherche « Migrations et relations interculturelles ». *Revue européenne des migrations internationales. Dossier "Routes et réseaux migratoires"* 20, 7.
- Wilson, S.** (2012) Multiculturalisme et transculturalisme : ce que peut nous apprendre la revue *ViceVersa* (1983-1996). *International Journal of Canadian Studies*, 261, doi:10.7202/1009906ar.
- Wyssmüller, C. E.-M., Denise** (2011) *Undocumented Migrants: their needs and strategies for accessing health care in Switzerland. Country Report on People & Practices*. 71 (International Centre for Migration Policy Development (ICMPD)-Vienna. Swiss Federal Office for Public Health (FOPH), Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM).
- Yuste Frías, J.** (2014) Interculturalité, multiculturalité et transculturalité dans la Traduction et l'Interprétation en Milieu Social. *Cédille, revista de estudios franceses Monografías*, 21.
- Zeltner, T. et al.** (2006) *Recherche Migration et santé. Dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002-2007» de la Confédération*. Report No. 3-905235-60-9, (Bundesamt für Gesundheit (BAG)).
- Zesiger, V. & Chastonay, P.** (2007) *Santé et droits humains*. (Médecine & Hygiène, 2007).
- Zeyen Bernasconi, P.** (2012) *Evaluation interne du Programme national Migration et santé 2008-2013*. 9 (Office fédéral de la santé publique OFSP, Bern).
- Zuppinger, B., Kopp, C. & Wicker, H.-R.** (2001) *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida chez les migrants subsahariens. Rapport de synthèse*. 3 (Institut für Ethnologie, Universität Bern).

6. Table des illustrations

Figure 1 : Pôles de distribution	10
Figure 2 : Stratégie de recherche (Bases, Mots clés et limites)	12
Figure 3 : Schéma de Kohls (Analogie de l'iceberg)	14
Figure 4 : Domaines d'interrogation - Situations pluriculturelles	26
Figure 5 : Approches η -culturels	27
Figure 6 : Résultat de la recherche de littérature (pôle méthodologique)	29
Figure 7 : Les 4 pôles de recherche, selon Charmillot et Dayer (2007).	51

Annexes

6.1. Annexe 1 : Les 4 pôles de recherche, selon Charmillot et Dayer

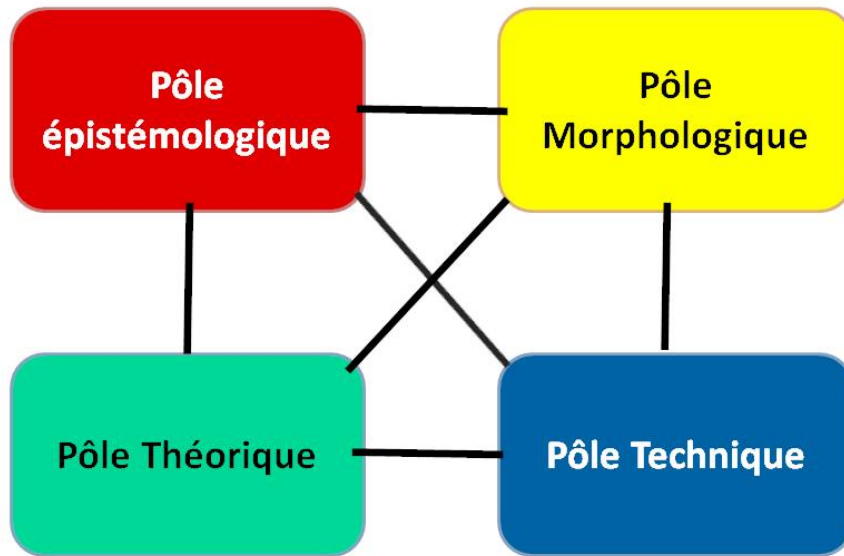


Figure 7 : Les 4 pôles de recherche, selon Charmillot et Dayer (2007).

Charmillot & Dayer¹¹⁸ assument cette posture de recherche, avec quatre pôles interdépendants :

- 1) Le pôle épistémologique, qui exerce une fonction de vigilance critique et garantit la production de l'objet scientifique.
- 2) Le pôle théorique, qui guide l'élaboration des hypothèses ainsi que la construction des concepts et détermine le mouvement de la conceptualisation.
- 3) Le pôle morphologique, qui réfère à la forme des recherches.
- 4) Le pôle technique, qui revient à la mise en œuvre pratique d'un dispositif

Posture développée au sein de notre équipe de recherche ACRA (Approches Compréhensives des Représentations et de l'Action) dirigée par Marie-Noëlle Schurmans, Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation. Site web: www.unige.ch/fapse/acra.

¹¹⁸ Charmillot et Dayer (2007), op. cit. pp. 131-38. Mise en page personnelle

6.2. Annexe 2 : Questionnaire et liste d'experts consultés.

6.2.1. Liste des questions utilisées lors des entretiens et des focus-groups

- 1. Comment la diversité du tissu social, dans lequel vous êtes actifs-ves, se manifeste-t-elle dans vos gestes médicaux ou dans vos interventions ?**
 - a. Rapport au corps, à la maladie, aux soins, à la santé des uns et des autres,

- 2. Comment cette diversité est-elle gérée au sein de votre organisation ?**
 - a. Par les différents acteurs : politiques, gestionnaires, soignant-e-s et soigné-e-s ?
 - b. Impacte de l'approche sur le personnel médical ou soignant ?
 - c. Fonction du personnel issu de la migration ? Migrants pour migrants ?
 - d. Fonction du personnel suisse ?
 - e. Compétences transculturelles pour tous ? Transfert du savoir-faire ?
 - f. Gestion coopérative ?
 - g. À votre avis, le système de santé suisse incorpore-t-il déjà la gestion de la diversité (les composants sociaux) liée à la migration ?

- 3. Comment définiriez-vous votre approche (Interculturelle, Multiculturelle et Transculturelle) dans une démarche de gestion de la diversité ?**
 - a. Pourriez-vous le décrire ?
 - b. Pourquoi avoir choisi cette approche ?
 - c. Pouvez-vous montrer ses avantages et ses éventuels problèmes qu'elle poserait ?
 - d. Est-ce qu'elle diffère de celle de votre institution ?

- 4. Quel protocole permettrait de mieux identifier et de comprendre le travail fait sur le terrain par les institutions ? Analyse des approches de leurs prises en charge des « malades » migrants.**
 - a. L'interprétariat, à lui seul, peut faire face aux déficits dans l'éducation sanitaires des patients, en particulier de patients issus de la migration (Health literacy) ?
 - b. Autres protocoles nécessaires ou utiles ?

6.2.2. Liste d'experts consultés

Sylvan Berrut, coll. scientifique à l'OFS (Démographie) et activiste dans le domaine de la santé des personnes LGBTI

Erika Castro, médecin interniste, responsable de la consultation de médecine des addictions.

Andrea Felappi, infirmier chef, unité de soins PMU-CHUV

Yves Jackson, médecin, responsable de la consultation ambulatoire mobile de soins communautaires, HUG.

Bogomil Kohlbrenner, anthropologue, Collaborateur scientifique et Conseiller aux études, Global Studies Institute (GSI) – Université de Genève

Mapendo Koya, infirmière, Maître d'enseignement et de recherche HES-SO

Katja Müller, Collaboratrice scientifique, Service de lutte contre le racisme

Claude Isofa NKANGA BOKEMBYA, Chargé d'actions, Programme Migration-Intimité, Centre de compétences prévention VIH-IST, Fondation PROFA. Lausanne.

Sandra Orozco, intervenante sociale dans la prévention de la santé, Fondation PROFA. Lausanne.

Carmen Sanchez, diététicienne, consultation ambulatoire mobile de soins communautaires, HUG.

Javier Sanchis Zozaya, médecin, unité des soins aux migrants – CHUV

6.3 *Annexe 3 : Présentation PPT utilisée dans l'animation des focus-groups.*

**Focus-groupe
 "Transculturalité et Santé"**

Dans le cadre du travail de mémoire "APPROCHE
 TRANSCULTURELLE DANS LA PRÉVENTION ET LES SOINS DE
 SANTÉ : CONSTATS – DÉFIS – PERSPECTIVES",
 Douglas Gonzalez, MAS en Santé publique de l'Institut de
 Santé Globale de l'Université de Genève. 2018

CHUV/Leuvenne, 28.06.2018 D.Gonzalez, MAS Santé Publique, UNIGE 1

Focus-groupe "Transculturalité et Santé"

➤ De quelle façon vous prenez en compte la diversité du tissu social dans vos gestes médicaux ou dans vos interventions ?



CHUV/Leuvenne, 28.06.2018 D.Gonzalez, MAS Santé Publique, UNIGE 3

Focus-groupe "Transculturalité et Santé"

- Quelques mots de Bienvenue
- Attentes
- Déroulement



CHUV/Leuvenne, 28.06.2018 D.Gonzalez, MAS Santé Publique, UNIGE 2

Focus-groupe "Transculturalité et Santé"

➤ Comment cette diversité est-elle gérée au sein de votre organisation ?



CHUV/Leuvenne, 28.06.2018 D.Gonzalez, MAS Santé Publique, UNIGE 4

Focus-groupe "Transculturalité et Santé"

➤ Comment définiriez-vous votre approche (Interculturelle, Multiculturelle et Transculturelle) dans une démarche de gestion de la diversité ?



CHUV/Leuvenne, 28.06.2018 D.Gonzalez, MAS Santé Publique, UNIGE 5

Focus-groupe "Transculturalité et Santé"

➤ À guise de conclusion



CHUV/Leuvenne, 28.06.2018 D.Gonzalez, MAS Santé Publique, UNIGE 7

Focus-groupe "Transculturalité et Santé"

➤ Quels sont les protocoles mis en place par les institutions pour augmenter la compréhension des patients issus de la migration ? Comment sont-ils pris en charge ?



CHUV/Leuvenne, 28.06.2018 D.Gonzalez, MAS Santé Publique, UNIGE 6

Focus-groupe "Transculturalité et Santé"

MERCI!



CHUV/Leuvenne, 28.06.2018 D.Gonzalez, MAS Santé Publique, UNIGE 8

6.4 Annexe 4 : Grille d'analyse des focus-groups et des entretiens.

Approche transculturelle dans la prévention et les soins de santé: constats – défis – perspectives

Restitution des entretiens des focus-groups

Université de Genève – Institut de santé globale

Douglas Gonzalez
Août 2018

Mémoire pour l'obtention de la Maîtrise d'études avancées en Santé publique

08.2018 1

Contenu

- Différentes approches : la transculturalité versus l'interculturalité et la multiculturalité
- Compréhension des porteurs d'enjeux sur le terrain:
 - Objectifs de la démarche
 - Méthode utilisée
 - Analyse des entretiens: identification des thématiques et problématiques, observations générales, craintes et attentes
- Questions touchées lors du focus-groupe et aux entretiens
 - Survol du matériel
 - Code de couleur des citations
- Résultats des entretiens
 - Pistes de réflexion

Mémoire pour l'obtention de la Maîtrise d'études avancées en Santé publique

08.2018 2

La multiculturalité

Les cultures cohabitent sans entrer en contact suivis

L'interculturalité

Les cultures qui se reconnaissent et acceptent la réciprocité des échange sans pour autant partager les mêmes points de vue

La transculturalité

Les cultures qui se connaissent s'enrichissent mutuellement et construisent un hybride qui implique une transformation de la vision ou chacun apporte quelque chose et ensemble construisent une nouvelle dimension commune à tous.

Mémoire pour l'obtention de la Maîtrise d'études
avancées en Santé publique

08.2018

3

Compréhension des porteurs d'enjeux ou acteurs

Objectifs

- Recueillir les expériences faites, les besoins, les attentes, les exigences et les craintes des porteurs d'enjeux par rapport à leur vécu dans le domaine de la santé
- Comprendre les tenants et aboutissants d'approches culturelles différentes

Méthode

- Focus-groupe et entretiens semi-structurés avec des personnes ayant une pratique sur le terrain dans le domaine de la santé avec des migrantes et migrants
- Groupe de douze personnes
- Enregistrement sous garantie d'anonymat

Mémoire pour l'obtention de la Maîtrise d'études
avancées en Santé publique

08.2018

4

Survol du matériel

La richesse du matériel recueilli permet

- de mettre en évidence l'approche des différents acteurs
- la perception et les attentes des porteurs d'enjeux
- les thèmes existants et naissants créant des attentes

Mémoire pour l'obtention de la Maîtrise d'études
avancées en Santé publique

08.2018

7