

Congrès International Francophone de Hyères 2025

PRATIQUES DES MEDIATIONS

Rencontres et transformations

Respect et reconnaissance mutuelle grâce à la médiation ethnoclinique

Francine Rosenbaum et Claude Mesmin

Résumé : Nous souhaitons partager une réflexion sur la nature et le rôle des médiateurs ethnocliniciens qui sont actuellement encore méconnus dans la prise en charge des patients migrants ou/et multiculturels et de leurs familles. Nous esquisserons brièvement les contours ainsi que leur impact sur le travail clinique, social et psychopédagogique. Nous illustrerons comment une médiation ethnoclinique permet de réinterroger les hypothèses et les choix opérationnels des groupes présents (institutionnels et familiaux) en situation de crise pour sortir du désordre actuel et proposer des alternatives respectueuses de chacun. La médiation ethnoclinique n'est pas une traduction, c'est l'interface créatrice de liens thérapeutiques et sociaux.

Nous souhaitons vous transmettre aujourd'hui le résultat de réflexions que nous avons partagées avec un groupe multiculturel de cliniciens et de chercheurs impliqués dans la thérapie, l'éducation et la formation à la pratique de la médiation ethnoclinique en France, en Italie et en Suisse. Pour différentes raisons, certains d'entre nous ont travaillé « ailleurs », pouvant expérimenter dans d'autres contextes le rôle d'usager migrant, d'allophone, etc., ou celui de médiateur. Nous essaierons également de mettre en évidence le double parcours qui caractérise notre travail : s'impliquer dans la pratique clinique et en même temps se former à la médiation. Aujourd'hui, il est évident pour nous tous que la qualité de la médiation passe par une double formation : celle des médiateurs ethnocliniciens et celle des professionnels.

Dans les communautés les plus diverses, les médiateurs occupent une place reconnue : leur fonction est d'établir des liens ou d'éviter les conflits entre individus, familles et groupes. Ils partagent à la fois la langue de leurs

interlocuteurs et les modèles culturels qui les sous-tendent. Le médiateur assume ainsi le rôle d'interface avec des interlocuteurs appartenant à des groupes différents au sein d'une même société, par exemple les adolescents et les comités de quartier, les automobilistes et les piétons, les noctambules et les lève-tôt. Les utilisateurs des services sollicitent généralement spontanément le médiateur le plus approprié pour les individus ou les groupes présents.

Dans *le contexte intraculturel européen* les exigences actuelles en matière de statut, de formation et de compétences des personnes appelées à exercer une fonction de médiation sont très élevées ; il suffit de remarquer la multiplication des instituts ou centres de formation et leur coût, le nombre de professionnels qui font ce métier dans les différents domaines sociaux et la reconnaissance qu'ils reçoivent, tant dans le secteur privé que dans les institutions.

Mais dans le *contexte interculturel*, la situation est très différente. Avec la mondialisation, l'altérité et l'exotisme sont devenus des thèmes d'actualité de curiosité et de recherche. Dans le domaine de la santé, on s'intéresse depuis plusieurs décennies à la diversité des pratiques culturelles. Parfois, certains auteurs proposent des réflexions et des techniques pour une prise en charge mieux adaptée aux populations multiculturelles. Mais dans la plupart des cas, ces connaissances anthropologiques ne sont pas insérées dans la formation des professionnels dont la manière habituelle et locale de considérer les individus et les familles, leurs plaintes, leurs maladies, leurs traitements, leurs enseignements, est culturellement codifiée. Le principal obstacle est dû au fait que les « autres » conceptions de la maladie et du traitement sont souvent considérées par opposition au point de vue scientifique et cartésien dominant et ne sont donc pas prises au sérieux. C'est notamment le cas lorsque la croyance habituelle à l'égard de la relation entre l'usager et le thérapeute est celle d'une relation duelle, souvent asymétrique, entre un individu souffrant, nécessitant des soins, et une personne qualifiée socialement pour établir un diagnostic à partir des symptômes observés, pour les interpréter selon un schéma propre à l'école et à la culture dont on se réclame et pour décider du traitement dérivé directement de cette interprétation. Aujourd'hui, la prise en charge des migrants s'est souvent avérée inefficace ou inappropriée. Les rechutes, l'abus de drogues et d'anxiolytiques, les somatisations récurrentes, les conflits intra et extrafamiliaux ou entre communautés locales et immigrées, etc., ne sont que quelques-uns des aspects émergents de l'inadéquation des réponses institutionnelles destinées à garantir le bien-être et l'harmonie des

administrés d'origine étrangère. Comme le dit Jean-Claude Métraux, *le migrant est aujourd'hui un objet d'étude et non de reconnaissance. Mais ce dont il souffre, c'est de la maladie de la reconnaissance.*

En tant que psychothérapeute et thérapeute du langage et de la communication, nous voulons donc parler d'un type particulier de médiation, que l'on peut d'abord qualifier *de culturelle*, puisqu'il s'agit d'interactions entre les cultures. Vivre parmi des langues et des modèles culturels différents, savoir interagir entre des personnes, des familles et des groupes d'origines différentes a toujours nécessité l'aide de traducteurs, d'interprètes et d'intermédiaires. **Mais nous appellerons médiateur ethnoclinicien le professionnel de la même origine que les usagers, qui a la capacité de faire passer le discours exprimé dans la langue locale à l'utilisateur étranger et vice versa.** En plus des compétences linguistiques, c'est une tâche qui exige des compétences telles que la décentration culturelle, l'écoute et la capacité de transmettre des mots afin de *créer des liens* entre différents schémas de pensée et pratiques éducatives et thérapeutiques. *Le médiateur ethnoclinicien devient alors celui qui permet aux interlocuteurs de connaître les cultures de l'autre malgré – et paradoxalement – grâce à l'obstacle linguistique, dans le but d'éviter les conflits et de faciliter le développement du lien social.*

Pour résoudre une situation de mal-être ou de conflit, la médiation devient alors un échange et une confrontation de connaissances, de formes de savoirs, de pratiques d'apprentissage *véhiculées par une compétence linguistique, métalinguistique et culturelle particulière.* Cette compétence complexe permet au médiateur de

- 1 Comprendre le discours du professionnel européen parce qu'il en connaît la langue et le modèle culturel et institutionnel ;
- 2 Trouver, dans la langue de l'utilisateur, qui est la sienne, les *mots culturellement significatifs* pour transmettre le sens du discours du professionnel ;
- 3 Comprendre le discours de l'utilisateur, parce qu'il partage sa langue, ses modèles culturels et, différences exceptées, l'expérience migratoire ;
- 4 Trouver, dans la langue du professionnel, les mots tout aussi significatifs pour transmettre le discours de l'utilisateur ;

- 5 Suspendre le *trialogue* pour permettre à chaque locuteur de découvrir – en questionnant ses propres propos comme ceux de l'interlocuteur – *combien les mots de chaque langue sont porteurs de mondes différents*. D'où l'importance de relier les mots aux univers qui les ont suscités (et vice versa) pour donner de l'espace, du sens et de la voix aux différentes manières de nommer le monde.

Pour comprendre une différence culturelle, nous sommes obligés de faire émerger les modèles culturels qui sous-tendent nos paroles, retraçant parfois l'histoire qui les a produits. Toute médiation ethnoclinique fait référence à la contextualisation des mots, même les plus courants. Pour les décoder, il est nécessaire d'ouvrir les récits, les relations et les contextes culturels qui les utilisent.

La médiation oblige donc tout professionnel engagé dans une relation multiculturelle à s'interroger sur le nœud inéluctable entre la langue et le sens qu'il donne à son discours et à ses projets opérationnels. Il ne s'agit pas de procéder à une traduction mot à mot, qui rigidifierait inexorablement le discours en un seul cadre conceptuel. Pour le migrant, l'espace de médiation ethnoclinique devient un lieu de renaissance et de valorisation du contexte culturel d'origine à travers les mots qui le restituent et pour le professionnel un lieu de *découverte des particularités européennes, de ses propres pratiques et de ses discours souvent supposés universellement valables*.

Le professionnel partage avec l'utilisateur la diversité culturelle dont *ils sont tous deux porteurs : pour l'un et pour l'autre, le médiateur devient le miroir* de ce qui se fait et se dit dans leurs groupes respectifs, sans que ce dernier n'exprime de jugement de valeur sur les formes du modèle culturel dont il parle. Il fera émerger progressivement des références contextuelles ou/et traditionnelles, permettra de les exprimer, de les accueillir et d'en révéler la richesse complexe.

Tout médiateur ethnoclinicien est confronté tout d'abord à la *disparité entre les langues* du monde, où les langues occidentales acquièrent la caractéristique de langues dominantes, tandis que les autres sont soumises à des transformations forcées par le processus de traduction. C'est d'autant plus vrai que les langues occidentales produisent et transmettent des connaissances plus « désirables » que les autres langues. Ces relations de pouvoir influencent nécessairement les

expériences personnelles de l'utilisation de la langue par chacun. Deux langues peuvent se faire face et être considérées comme incompatibles, tant par la culture dominante que par la culture des usagers. Rechercher les conséquences de la valorisation ou de la dévalorisation des langues signifie s'interroger sur nos propres modèles et nos pratiques opérationnelles.

Devenir médiateur ethnoclinicien équivaut à acquérir la capacité d'intégrer une subjectivité multiple, c'est-à-dire la *capacité d'habiter plusieurs cultures* et la capacité d'exprimer et de construire de nouveaux récits, même intraduisibles et inaccessibles dans l'une des langues présentes. Le passage de l'état de migrant à celui de médiateur se produit lorsque la personne est capable d'observer les deux systèmes linguistiques, en passant de points de vue alternatifs d'où l'utilisation du mot est toujours provisoire, ouverte aux déchirures et aux transparences dans une langue comme dans l'autre, qui révèlent les univers sous-jacents. Pour tout médiateur, la difficulté est que la langue première est aussi la langue de l'intimité, du retour à l'enfance, des dépendances et des liens affectifs, des odeurs et des goûts domestiques. Pour un migrant, regarder en arrière signifie retraverser le temps et l'espace, s'immerger dans des souvenirs liés à des expériences intimes, émotionnellement lointaines et à la fois présentes. Cela signifie rouvrir et retracer un passé dans le temps et l'espace qui peut devenir une nouvelle exposition à la douleur et à la souffrance de la perte. On pense généralement qu'un professionnel étranger qui a étudié en Europe peut automatiquement être un bon médiateur. Il est certain qu'une formation dans les domaines éducatif, thérapeutique ou social offre une bonne connaissance des grammaires nécessaires pour travailler dans nos établissements. Mais il faut souligner que, dans notre parcours de formation, non seulement les « autres » expériences et connaissances culturelles (antérieures) ne sont pas liées à des connaissances professionnelles ou institutionnelles, mais plus qu'ignorées, elles sont disqualifiées parce que le savoir académique occidental est admis par définition comme un discours unique, scientifiquement auto-défini.

Travailler avec des individus et des familles migrantes est toujours une confrontation avec des personnes qui ont vécu des expériences singulières, non seulement en traversant les frontières et les langues, mais aussi des conceptions du monde, des manières de se situer et d'habiter l'univers. Par conséquent, le fait de s'occuper de médiation ethnoclinique a d'une part le but premier de trouver une méthode efficace de travail avec les familles multiculturelles, mais plus généralement, il s'agit *d'une recherche sur les méthodes de travail elles-mêmes*

dans le domaine de l'éducation, de la thérapie et du social, c'est-à-dire sur *la façon dont la langue et la culture construisent les familles, les groupes et les relations qu'ils établissent avec la santé, la maladie et la société en général.*

En fait, nous avons constaté que l'interaction, les échanges communicatifs obtenus grâce à la médiation ethnoclinique ont produit quelque chose d'inattendu : la demande d'un traducteur répond toujours à la nécessité de surmonter l'obstacle de la langue. Mais à partir du moment où un médiateur ethnoclinicien a été introduit dans le dispositif au nom d'une plus grande efficacité de communication, *de nouveaux problèmes ont surgi* qui n'avaient pas été pensés auparavant. En effet, il ne modifie pas seulement l'immédiateté de la parole et la fluidité de l'écoute, typiques des relations duelles : sa présence modifie et *redistribue le poids et l'autorité enracinés dans le domaine de la parole*, puisqu'elle fait émerger dans le setting le ou les groupes auxquels la parole de l'utilisateur se réfère. De l'état d'un individu isolé dans un contexte étrange et inquiétant, il devient membre d'une collectivité linguistique et culturelle déterminée, dont le discours est soutenu par un modèle interprétatif aussi important que celui du professionnel. Cela se produit parce que le flux de la parole est détourné vers une tierce personne qui ralentit la conversation, devenant le passage obligé de la parole. L'introduction du médiateur dans la relation modifie le contrat, l'écoute n'est plus l'apanage exclusif du professionnel : *multiplier les langues multiplie aussi l'écoute.*

La qualité de la collaboration entre médiateur ethnoclinicien et le thérapeute réside dans leur capacité respective à *interrompre le flux des mots pour interroger le langage, les implicites sous-jacents et les pratiques en question.* Cela ouvre un champ d'expérimentation où chacun devient porteur des conceptions des groupes auxquels il appartient ainsi que de ses traditions, passées et présentes : ce n'est qu'à partir de la reconnaissance de ces différences que l'on peut construire des accords, des pactes, des actions pour surmonter les conflits et les oppositions.

La médiation ethnoclinique est une approche qui allie la psychologie clinique et l'anthropologie pour mieux comprendre et accompagner des patients dont les références culturelles diffèrent de celles des soignants. Cette perspective humaniste et holistique nous semble essentielle pour un suivi psychologiquement pertinent dans un contexte de diversité culturelle croissante.

Le manque de médiateurs ethnocliniciens entraîne plusieurs problèmes :

- Une mauvaise interprétation des symptômes suivie d'erreurs diagnostiques fréquentes : les troubles somatisés sont parfois confondus avec des maladies physiques, tandis que des expériences culturelles spécifiques peuvent être vues comme pathologiques alors qu'elles sont culturellement normatives. Un diagnostic erroné peut conduire à la stigmatisation du patient dans son milieu familial et social.
- Certains patients expriment leur souffrance à travers des idiomes de détresse spécifiques à leur culture, souvent mal compris par les soignants à cause de la barrière linguistique et conceptuelle : un patient africain ou asiatique peut être étiqueté à tort comme psychotique ou schizophrène en raison d'un comportement qui, dans son contexte culturel, aurait une autre signification.
-
- Si le patient ne reconnaît pas le cadre explicatif du soignant, il risque de rejeter le diagnostic et le traitement proposé. Dans plusieurs sociétés non-européennes, le soin mental passe par des rites, des pratiques spirituelles ou des consultations avec des guérisseurs traditionnels. L'absence de médiation ethnoclinique entraîne un conflit entre ces pratiques et la médecine occidentale. Un patient peut recevoir des médicaments inutiles ou subir une hospitalisation alors qu'une approche culturelle plus adaptée aurait été plus efficace.

Comme l'affirme Jean-Claude Métraux, fondateur d'*Appartenances* à Lausanne, *sans médiateur ethnoclinicien le discours de l'Autre n'existe pas*. Il s'agit de donner un espace à la voix de l'Autre grâce au médiateur qui assume aussi une fonction de témoin. Il est un co-constructeur d'appartenances car il a lui-même deux appartenances, une identité métissée qui lui permet de valoriser les appartenances respectives. La médiation ethnoclinique a une fonction de création sociale. Pour travailler avec les médiateurs, le thérapeute doit accepter de faire le deuil du pouvoir qu'il détient dans le setting duel.

Sans médiateur ethnoclinicien, nous ne pouvons pas construire l'histoire, non seulement comme *un passage de mots*, mais aussi comme explicitation de la complexité des relations qui s'entremêlent entre clichés et expériences personnelles. À travers sa personne, les paroles peuvent être dites et contredites sans que la contradiction conduise à la rupture relationnelle. Les conflits se déplacent du niveau des relations à celui des *idiomes* propres aux cultures respectives. De plus, les mots doivent ouvrir le mince fossé qui existe entre l'expérience comprise comme *Erfahrung* (expérience au sens large) et

l'expérience comprise comme *Erlebnis* (expérience spécifique). Cette étape est le lien commun à l'origine des réponses réactives.

Le bon médiateur n'est pas celui qui parvient à traduire mais celui qui parvient à mettre en évidence les *désaccords*. C'est lui qui est capable de percevoir les nuances des phrases auxquelles le professionnel n'a pas accès parce qu'il ne connaît pas la langue. De son côté, le professionnel formé à la médiation ethnoclinique doit savoir interroger le médiateur.

Plutôt que de trouver « la solution », le travail du thérapeute consiste à rechercher les différences présentes et en même temps tacites ou cachées, inhérentes à la diversité des groupes représentés par les personnes qui composent l'espace de médiation. Même si le thérapeute n'est pas anthropologue, il peut effectuer ce travail d'interrogation de ses propres modèles culturels d'abord, puis de ceux des patients. Cela l'amènera peut-être à ressentir le besoin d'une formation qui touche particulièrement le côté opérationnel de l'anthropologie.

Il est clair qu'un travail de ce genre ne s'improvise pas, il nécessite d'une part comme d'autre une formation spécifique et le réexamen de beaucoup de nos croyances et certitudes, tant professionnelles que personnelles. Nous sommes redevables de la plus grande part de cette formation aux patients migrants et aux médiateurs qui créent des brèches dans les représentations que le thérapeute a de l'Autre. Ils nous aident à voir les points aveugles de nos manières d'appréhender le monde.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

GRINBERG L., GRINBERG R. (1986), *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*, Lyon, Césura.

LE BLANC G., 2010, *Dedans, dehors : la condition d'étranger*, Paris, Seuil.

MALOUF A. (1998), *Les identités meurtrières*, Paris, Gallimard.

MESMIN C., 2001, *La prise en charge ethnoclinique de l'enfant de migrants*, Paris, Dunod.

MÉTRAUX J.C., 2011, *La migration comme métaphore*, Paris, La Dispute.

MORO M.-R. (1998), *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod.

NATHAN T., 2001, *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

ROSENBAUM F., (2010), *Les humiliations de l'exil. Les pathologies de la honte des enfants de migrants*. Paris, Fabert.