

Accueil de familles migrantes dans une polyclinique de pédiatrie : tensions, mutisme, désarticulation et ruptures



Yvan Leanza
Université de Genève et Université McGill

Résumé

S'inscrivant dans le cadre plus large d'une recherche sur l'expérience de la différence culturelle pour de jeunes pédiatres de Suisse romande, les analyses présentées dans cet article retracent le parcours de familles migrantes (Kosovo et Sri Lanka) dans une polyclinique de pédiatrie. Avant même que les familles ne rencontrent le pédiatre, elles sont reçues par d'autres agents de l'institution (administratifs, infirmières, interprètes) et passent à travers un processus d'accueil qui amène à cette rencontre. L'observation des articulations entre les différentes étapes de ce processus montre une décontextualisation de la demande des familles. Par ailleurs, certaines contraintes institutionnelles tendent à instrumentaliser les consultations (suivi impossible, pression sur le temps). Ce contexte institutionnel orienté vers les familles (la polyclinique qui soigne) est doublé d'un contexte orienté vers les médecins et leur formation (la polyclinique qui forme). Les observations des rares activités pédagogiques proposées aux jeunes médecins en spécialisation montrent que, malgré la rhétorique institutionnelle en faveur d'une « pédiatrie socioculturelle », c'est une médecine très classique qui est valorisée et qui se trouve en tension avec la volonté d'innover. Accueillir les familles (migrantes) dans une perspective non assimilatrice nécessite une réflexion non seulement centrée sur la pratique (les consultations) ou la connaissance de l'Autre, mais aussi sur les processus institutionnels en œuvre. C'est en ce sens que le concept d'accueil interculturel est proposé.

Consultations pédiatriques : un enjeu socio-éducatif

Toute consultation médicale est considérée aujourd'hui comme un espace d'enjeux dépassant le champ strict de la santé (Fassin, 2000). Ces enjeux sont amplifiés lorsqu'il s'agit de consultation pour migrants, puisque la différence entre univers symboliques est ainsi maximisée. D'un côté, la culture



biomédicale, fleuron du savoir scientifico-technique occidental, avec son univers rationalisant et universalisant (Good, 1998; Helman, 1994), portée par de riches et savants personnages, de l'autre, la culture « profane », celle de « l'étranger pauvre » et allophone. Dans le cas de consultations pédiatriques, on peut qualifier les enjeux de socio-éducatifs. En effet, il s'agit d'abord de la santé de l'enfant, de son développement dans les meilleures conditions possibles. C'est la tâche ou même le devoir du médecin d'y veiller. Pour ce faire, il se réfère à son savoir scientifique qui a valeur de normes étant donné le rôle qu'il occupe (Parrat-Dayan, 1999). Pour agir conformément à son rôle, le pédiatre possède une gamme de comportements possibles qui vont de l'examen clinique à l'hospitalisation, en passant par l'explication aux parents et divers traitements médicamenteux. C'est l'enjeu éducatif. Ensuite, il y a un enjeu social qui se situe au niveau de l'accueil qui est fait de la parole de l'Autre, à la différence ici en matière de soins à l'enfant et de pratiques éducatives. Cet accueil n'est pas seulement médical. L'institution qui le met en scène représente, outre la biomédecine, la société plus large et le rapport à l'Autre qu'elle entend établir.

Cet article, prenant sa source dans le cadre d'une recherche sur l'expérience de la différence culturelle⁴ pour de jeunes pédiatres de Suisse romande, s'attarde sur les éléments contextuels qui façonnent le rapport aux familles migrantes en milieu pédiatrique. Ici, ces éléments sont de trois ordres : le contexte suisse et son rapport aux migrations et à la différence culturelle; la biomédecine, précisément la pédiatrie et son « intérêt » pour les familles et les cultures; et finalement l'institution elle-même, une polyclinique de pédiatrie, et le rapport qu'elle entretient avec les familles au travers des procédures d'accueil et de la formation des pédiatres. L'article présente ces trois ordres.

La Suisse et les migrants

Bien que la Suisse présente d'elle-même une image de terre d'accueil et que sa population compte plus de 20% d'étrangers, la réalité, d'un point de vue juridique du moins, est bien différente. Bolzman (2001), sociologue, analysant les modèles d'intégration de différents pays en fonction des droits accordés (ou pas) aux étrangers, montre que la Suisse propose une insertion assimilationniste non participative. En d'autres termes, il est offert aux

4 *Différence culturelle* est ici employé au singulier pour signifier le caractère interactif et contextualisé de sa construction. Dans le discours ambiant « les différences culturelles » sont considérées comme définies une fois pour toutes et inchangeables. C'est en opposition à cette conception fixiste des différences culturelles que j'emploie le terme au singulier.

migrants résidant en Suisse des droits sociaux (accès à l'éducation, à la santé et aux assurances sociales) ainsi que des droits économiques (accès à l'emploi), mais aucun ou peu de droits politiques (droit de vote, exercice de la souveraineté) ou droits culturels (conserver et transmettre certains aspects de penser, de sentir et d'agir, par exemple la langue). Les migrants sont surtout considérés « comme des citoyens socio-économiques : producteurs, consommateurs, cotisants et contribuables, mais non pas comme des citoyens actifs qui contribuent à la formation de la volonté commune » (p. 172). Et ils doivent par là même se mouler aux pratiques culturelles locales.

Cette volonté d'assimiler peut être comprise comme le reflet d'une certaine peur de l'étranger et de la différence. Ce qui fait la particularité de la Suisse est que cette peur, qui par ailleurs peut être légitime, a été institutionnalisée dès les années 1930 avec la révision de la loi sur le séjour des étrangers. En effet, on trouve dans le préambule à ce texte législatif, la notion d'« *Überfremdung* » qui, littéralement, pourrait être traduite en français par « surétrangérisation ». C'est une notion qui comprend à la fois le sentiment de surpopulation étrangère et de devenir étranger à soi-même par le fait de cette surpopulation (Leanza *et al.*, 2001). Depuis lors, toutes les révisions de la loi ont été de plus en plus restrictives à l'égard des étrangers pour aboutir à ce processus d'assimilation non participatif décrit par Bolzman (2001). Le dernier exemple en date est le résultat des votations populaires du 24 septembre 2004. L'un des objets soumis au vote était la révision de la loi sur la naturalisation. Il s'agissait de faciliter l'accès à la citoyenneté suisse aux enfants de migrants (2^e et 3^e génération). Cette révision a été rejetée. Il n'y a donc toujours pas de participation possible au développement de la société (d'un point de vue politique) pour les enfants nés en Suisse de parents étrangers ou ayant vécu une majorité de leur scolarité (et socialisation) en Suisse⁵.

Pédiatrie et familles

Depuis les années 1950, le rôle du pédiatre s'est transformé : de spécialiste des maladies infantiles, il est devenu spécialiste du développement et du comportement. D'ailleurs, c'est dans les années 60 qu'apparaît une pédiatrie qui se

5 Dans ce tableau un peu sombre, on peut toutefois mentionner les lois cantonales qui donnent le droit de vote aux étrangers sur le plan communal (Neuchâtel, depuis 1850, Jura, 1978, Appenzell Rhodes Extérieures, 1995, Vaud, 2002, Grison, 2003, Fribourg, 2004, et Genève, 2005) et parfois cantonal (Neuchâtel, 2000 et Jura, 1978). Le droit d'éligibilité au niveau communal n'est accordé que par les cantons de Vaud depuis 2002 et Fribourg, 2004. Cela reste cependant le fait d'une minorité, la Suisse comptant 22 cantons ou 25 cantons et demi-cantons.

nomme elle-même « sociale » (Lindström & Spencer, 1995), dont l'intérêt est la santé de l'enfant en contexte. Ce contexte peut être micro, la famille, ou macro, c'est-à-dire l'enfant dans ses relations avec les autres enfants, la société et la globalisation (Manciaux, 1995). Selon Pawluch (1983, 1996), sociologue des professions, cette transformation serait due (aux États-Unis) à la baisse de la mortalité infantile, c'est-à-dire à la réussite de la pédiatrie dans sa lutte contre la maladie. Cette victoire sur la maladie aurait poussé les pédiatres vers une « nouvelle mission » afin de ne pas perdre leur statut privilégié au sein de la société. Cette « nouvelle mission » est de prendre soin non seulement des besoins somatiques des enfants, mais aussi de leurs besoins psychosociaux et comportementaux.

Malgré cette évolution depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, ce n'est que récemment, du moins par les documents émis par les associations professionnelles, que la pédiatrie s'est intéressée réellement aux familles des enfants qu'elle soigne. Ainsi, pour prendre l'exemple de l'association la plus importante en nombre de membres et certainement la plus influente en dehors de ses propres frontières nationales, ce n'est qu'en juin 2003 qu'est publié le rapport de la *Task Force On Family* de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) qui rappelle l'importance de la famille dans la vie des enfants : « families are the most central and enduring influence in children's lives » (American Academy of Pediatrics Task Force on the Family, 2003, p. 1543) et définit une pédiatrie familiale :

Family pediatrics extends the responsibilities of the pediatrician to include screening, assessment, and referral of parents with physical, emotional, or social problems that might adversely affect the health and emotional or social well-being of their child (p. 1556).

Ce rapport propose également des recommandations en termes de politique, de formation et de pratique. Il est suivi, en septembre 2003, d'une déclaration de politique professionnelle, écrit conjointement par le comité des soins hospitaliers de l'AAP et l'*Institute for Family-Centered Care*⁶ (American Academy of

⁶ Institute for Family Centered Care (IFCC) est un organisme à but non lucratif situé à Bethesda, MD. Il a été fondé en 1992 par des professionnels de la santé et des parents déjà impliqués dans des réformes en cours aux États-Unis qui visaient à inclure les familles dans les processus de soins. L'objectif principal de l'IFCC est de soutenir les efforts politiques et institutionnels dans la mise en place de pratiques centrées sur la famille dans le domaine de la santé. Pour ce faire, il offre une gamme de services qui va des questionnaires d'autoévaluation aux séminaires de formation, en passant par une assistance technique (Johnson, 2000).

Pediatrics Committee on Hospital Care & Institute for Family-Centered Care, 2003). Cette déclaration, qui devrait orienter les décisions et pratiques des institutions comme des pédiatres dans les années à venir (et pas seulement aux États-Unis), définit spécifiquement les ambitions des soins centrés sur la famille.

La déclaration reprend, en les adaptant, les principes des soins centrés sur la famille tels que les ont définis Shelton, Jeppson et Johnson (Shelton *et al.*, 1987) et qui sont :

1. Reconnaître que la famille est une constante dans la vie de l'enfant alors que les services institutionnels et le personnel de ces services est fluctuant.
2. Favoriser la collaboration parents-professionnels à tous les niveaux des soins.
3. Partager une information objective et complète avec les parents à propos des soins à leur enfant, sur une base continue et d'une façon appropriée et soutenante.
4. Appliquer des politiques appropriées et des programmes globaux qui fournissent un soutien émotionnel et financier répondant aux besoins des familles.
5. Reconnaître les ressources familiales et individuelles ainsi que respecter les diverses façons de faire face aux situations difficiles.
6. Comprendre et intégrer les besoins développementaux des nouveaux-nés, des enfants et des adolescents et de leur famille dans les systèmes de soins.
7. Encourager et favoriser le soutien de parents à parents.
8. Garantir des procédures de soins flexibles, accessibles et répondant aux besoins des familles.

Institutions pédiatriques, familles et cultures

Bien que les documents officiels, comme ces recommandations, mettent l'accent sur l'importance de mesures institutionnelles dans l'accueil des familles (migrantes ou non), ce n'est que rarement que de telles recommandations sont

reprises dans des modèles de travail ou de formation. Un des rares exemples pour la pédiatrie émane de Florès (2000). Pour cet auteur, le pédiatre se doit de fournir des « culturally competent health care » (p. 21) et il définit la « compétence culturelle » comme la reconnaissance et la réponse adéquate aux aspects culturels clés qui affectent les soins. Les valeurs culturelles normatives (définies comme les croyances, idées et comportements qui façonnent toutes interactions interpersonnelles), les maladies populaires (« folk illnesses ») et les croyances des patients/parents sont autant d'éléments clés à connaître pour chaque population consultante. En fait, c'est l'accumulation de connaissances sur l'Autre qui est valorisée. Elle ne sert qu'au renforcement de la position du médecin et non à l'établissement d'une relation en partenariat (qui est le deuxième principe des soins centrés sur la famille). Il ne s'agit pas de trouver de compromis signifiants pour les deux parties, mais bien d'augmenter les compétences, c'est-à-dire le pouvoir, du médecin. À mon sens, ce qui fait défaut, bien plus que des connaissances de type ethnographique sur chaque population consultante, c'est (1) la connaissance de soi, ou encore le développement d'une pratique réflexive (Cohen-Emerique & Hohl, 2002, 2004), et (2) le développement de ressources institutionnelles, c'est-à-dire le développement d'une pensée et des ressources au niveau de l'institution qui permettent d'accompagner les professionnels à accomplir au mieux leurs tâches tout en répondant aux besoins des familles.

La recherche « éducation, pédiatrie et culture »

La recherche « éducation, pédiatrie et culture » (Leanza, 2003) fut conçue afin de mettre en évidence l'expérience du travail avec la différence culturelle en milieu pédiatrique. Elle est centrée sur des consultations dites de « prévention » dans lesquelles le médecin vérifie non seulement la santé physique de l'enfant, mais aussi les conditions psychosociales de son développement. C'est ainsi qu'il explore avec les parents des thèmes charnières entre le biologique et le culturel comme le sommeil ou l'alimentation. Ce sont ces thèmes par lesquels les cultures, avant même que l'enfant ne sache parler, transmettent leurs visions du monde. C'est ancré dans les pratiques autour de ces thèmes que prennent forme les processus d'enculturation (Dasen, 2000). Cette densité symbolique, qui dépasse le cadre strict de la biologie humaine, en fait un sujet de choix pour l'étude de l'activité médicale.

La recherche s'est déroulée en Suisse romande dans la polyclinique d'un hôpital pédiatrique dédié à la population de Lausanne. « Ouvert 24 heures sur 24, il offre des soins généraux médicaux, chirurgicaux et pédopsychiatriques »

(Gehri *et al.*, 1999, p. 264). Parmi les différents départements qui le constituent (diabétologie, radiologie, physiothérapie, pédopsychiatrie,...), la polyclinique est le plus important en termes de consultations: en 1999, plus de 30 000 consultations ont été fournies à la population. Les deux tiers de ces consultations concernent la médecine (ce qui est non chirurgical), le tiers restant concerne la chirurgie. Ces deux services sont disponibles à la polyclinique et occupent le même espace dans l'hôpital. Concrètement, cela signifie que les médecins et les chirurgiens partagent le même bureau et exercent dans les mêmes locaux (bien que certains *box*, c'est le nom des bureaux où se déroulent les consultations, soient réservés à la chirurgie).

L'objectif de la recherche était d'abord de mettre en évidence la perspective des médecins (Leanza, 2005a), de jeunes diplômés en spécialisation (ils ont en moyenne trois ans d'expérience en pédiatrie et quasiment aucune dans ce genre de consultations) et des interprètes (Leanza, 2005b), d'anciens migrants formés par une association locale à l'interprétariat communautaire. Cependant, dans une épistémologie compréhensive, cette expérience vécue du travail avec des familles migrantes ne pouvait être dissociée du contexte dans lequel elle se déroulait. En ce sens, j'ai procédé par observation directe et participante (Arborio & Fournier, 1999; Beaud & Weber, 1998; Copans, 1998) pour établir une description de l'accueil des migrants dans l'institution. Comme j'étais présent pendant trois périodes différentes sur le terrain (exploration, observation principale, complément), j'ai à chaque fois tenu un journal. La lecture et la relecture thématique des journaux de terrain, telles qu'elles sont proposées par Beaud et Weber (1998) me permettent de situer le contexte institutionnel dans lequel se déroulent les consultations. L'accueil des patients et de leur famille, les relations entre les différentes professions, la place des consultations de suivi développemental dans l'ensemble de l'activité médicale sont autant de thèmes que ce travail d'écriture du terrain m'autorise à développer.

C'est la présentation de ces analyses que je développe dans les lignes qui suivent. Il s'agit de montrer par là que, non seulement les techniques de communication et d'intervention de même que la formation des professionnels sont éventuellement à repenser pour l'accueil des familles (migrantes), mais c'est aussi un accompagnement institutionnel qui est nécessaire pour tendre vers un accueil véritablement interculturel.

7 Le district de Lausanne comprend les communes de Lausanne Ville, Crissier, Renens, Jouxteins-Mezery, Cheseaux, Prilly, Romanel-sur-Lausanne, Le Mont, Epalinges, Pully, Belmont et Paudex.

L'institution : situation et fréquentation

Lors d'une étude interne effectuée en 1997, il est apparu que 61% des consultants étaient étrangers, soit environ 18 000 consultations pour l'année (Gehri *et al.*, 1999). Ce chiffre représente près de deux fois celui des ressortissants étrangers vivant dans l'agglomération lausannoise (34,5% de résidents étrangers dans le district de Lausanne⁷ en 2000, selon les chiffres du service cantonal de recherche et d'information statistique). Cette surreprésentation statistique indique que la polyclinique concentre une grande partie de la demande de soins de la part des populations migrantes de Lausanne. Deux raisons principales expliquent ce phénomène. Premièrement, situé dans l'ouest de la ville, l'hôpital est un lieu d'accès facile pour les familles migrantes qui vivent en grand nombre dans les communes limitrophes (Renens, Prilly, ...). Deuxièmement, l'hôpital est reconnu par la FARMED⁸ comme centre de soins : les enfants et adolescents requérants d'asile attribués au canton de Vaud y font leur visite sanitaire d'entrée en Suisse. Il semble qu'une fois cette visite accomplie, les parents adoptent l'hôpital comme le lieu de soins pour leurs enfants. Cette « habitude » a été renforcée depuis 1997 par l'introduction d'un service d'interprétariat et médiation culturelle pour les albanophones et les tamilophones.

L'accueil des familles migrantes

L'accueil des migrants est une préoccupation des membres de l'hôpital depuis plusieurs années déjà. C'est ainsi qu'un petit groupe de personnes a pris les choses en main : le « groupe migrants », qui inclut un des deux médecins chefs, un psychologue, une infirmière, une représentante des interprètes et l'administratrice de l'hôpital. Ce groupe a implanté un certain nombre de mesures pour améliorer la qualité de cet accueil. On a procédé dans un premier temps à l'enquête de terrain précitée afin d'établir un état des lieux précis des demandes des familles et de définir les besoins des soignants (Gehri *et al.*, 1999). Parallèlement furent établis des liens privilégiés avec la FAREAS, fondation en charge des questions d'accueil des requérants d'asile sur le canton de Vaud. L'étape suivante fut d'engager à temps partiel des interprètes-médiatrices culturelles et d'instaurer un séminaire mensuel sur les questions de santé, soins, cultures et migrations. Les thèmes abordés lors de ces séminaires sont variés. Ils portent aussi bien sur une culture ou un groupe particulier que sur des pratiques de soins « traditionnelles » ou occidentales mais repensées pour

8 Réseau de soins de la FAREAS, Fondation pour l'accueil des réfugiés du canton de Vaud.

les populations migrantes. On trouve par exemple : « L'enfant malade sri lankais », « L'enfant malade kosovar », « La prise en charge du bébé en Afrique », « Structure familiale et position de la femme dans les pays musulmans », « Présentation du centre Femmes d'Appartenances », « Les clandestins », « L'ethnopsychiatrie », « Le traumatisme chez l'enfant », ...

Il me semble que ces différentes mesures, en dehors du fait qu'elles répondaient à une demande urgente, montrent une volonté institutionnelle à tendre vers un accueil interculturel, c'est-à-dire un accueil « en vue de construire une articulation entre porteurs de cultures différentes » (Camilleri, 1990, p. 11). En d'autres termes, plutôt que de laisser les distances entre personnel de l'hôpital et populations consultantes s'élargir, ces mesures sont l'expression d'une volonté de tisser des liens entre patients, parents et soignants. Cette construction, dans la perspective de Camilleri, se fait entre l'intérieur (nous, les soignants) et l'extérieur (les Autres, les familles d'une autre origine culturelle). Cependant, on peut déjà relever que ce sont la transformation de la pratique par une nouvelle « technique » (l'introduction des interprètes) et la connaissance de l'Autre qui sont les objectifs implicites des mesures instaurées et non pas les deux éléments clés cités plus haut, à savoir la connaissance de soi et un accompagnement institutionnel.

Les articulations : l'impensé du travail hospitalier

Grosjean et Lacoste (1999) montrent dans leurs analyses de différentes unités d'hospitalisation (dont une de pédiatrie) à quel point les « articulations » entre les différents professionnels sont à la fois essentielles pour le bon déroulement des soins et restent « impensées ». Ce concept décrit les activités qui, comme des courroies de transmission, permettent le suivi d'un patient par tous les corps de métier qui ont à se prononcer sur son sort. Ces articulations ont d'abord été définies par Strauss et ses collaborateurs dans leurs recherches sur le travail hospitalier de la façon suivante : « (...) un travail d'articulation doit être fait pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli » (Strauss, 1992, p. 191). C'est, toujours selon Strauss, un travail supplémentaire au travail médical habituel permettant au bout de la chaîne que le patient sorte (dans la majorité des cas) en meilleure santé qu'il n'est entré dans l'hôpital. Une des articulations importantes se fait entre le médecin, qui décide d'un traitement, et les infirmières, qui ont à appliquer ce traitement. Ces articulations se matérialisent notamment en des réunions lors du passage d'une équipe à l'autre (les relèves), mais aussi dans des discussions informelles, « de couloir ». Elles ont également des supports, par exemple les « dossiers de relève » ou les tableaux

muraux du bureau des infirmières indiquant les soins à prodiguer pour chaque malade. Cette articulation est rarement considérée comme faisant partie du travail hospitalier, aussi bien par l'administration, qui définit les cahiers des charges sans en tenir compte, que par les soignants eux-mêmes, qui se définissent plus par rapport aux actes médicaux qu'ils posent. C'est en ce sens que l'articulation est, pour Grosjean et Lacoste, l'impensé du travail hospitalier.

Les situations d'enrayement, voire de rupture, de ces articulations sont courantes dans le service que j'ai observé. Plusieurs fonctionnements institutionnels « habituels » créateurs de ruptures sont amplifiés dans le cas de l'accueil des migrants, en particulier par la différence de langue, mais aussi par la différence en termes d'attentes envers l'institution/le patient.

Voici un exemple tiré de mon journal de terrain :

Une maman albanophone ne parlant pas français vient pour son bébé de 4 mois qui a subi le test de Mantou (test de contact avec la tuberculose). Après l'attente inévitable et l'installation dans le box de consultation, l'infirmière se rend vite compte en décodant les gestes de la mère, qui lui désigne le bras de l'enfant, qu'il s'agit d'un contrôle de Mantou.

Le médecin qui arrive plus tard, l'infirmière ayant quitté le box depuis longtemps, a d'abord de la difficulté à comprendre pourquoi la dame est venue. Puis, sur mon intervention, et en lisant le dossier, il saisit. Le test est normal, le médecin tente donc d'expliquer à la mère que l'étape suivante est le vaccin BCG (anti-tuberculose). Cependant, la maman ne comprend plus : son enfant va bien, mais il faut un vaccin. Ces deux affirmations sont contradictoires et le malaise peut se lire sur son visage. La maman fait alors signe qu'elle va chercher quelqu'un. Elle sort et revient deux minutes plus tard accompagnée d'une ado, habillée mode, qui parle français et albanais. Il apparaît qu'elles se sont rencontrées dans la salle d'attente (la jeune fille est d'ailleurs venue pour une visite, comme je peux l'observer plus tard).

La consultation se poursuit avec la traduction de la jeune fille. Le médecin recommence son explication : les vaccins, le test Mantou, le BCG. Cependant, les explications ne semblent pas claires pour la jeune fille qui redemande des explications et « résume » l'info à la mère en ce qui m'apparaît comme 2 ou 3 phrases. Le sourire qui se dessine sur son visage montre qu'elle a bien compris et qu'elle est rassurée.

Dans cet exemple, on peut voir que, non seulement le passage d'une étape à l'autre dans le processus routinier de l'accueil provoque une rupture (perte d'information), mais encore que la différence de langue, doublée des connaissances et attentes divergentes de la maman et du pédiatre, tendent à élargir la distance entre mère et médecin ou à désarticuler la relation. Seuls la présence d'esprit de la maman et le hasard d'une rencontre permettent un déroulement presque sans accros de la consultation.

Les temps de l'accueil et leurs articulations (muettes)

La procédure d'accueil de la polyclinique se déroule en plusieurs « temps ». Chaque passage d'un temps à l'autre, chaque articulation dans cet accueil, peut être l'occasion d'un enrayement tel que celui décrit ci-dessus. Et ces articulations sont nombreuses. Lorsque parents et enfants arrivent à la polyclinique, ils s'adressent à la réception qui enregistre la demande et « produit » une fiche de facturation qui est transmise au secrétariat de la polyclinique. À ce moment, les parents sont invités à attendre dans la salle d'attente, en face de la réception. Le secrétariat de la polyclinique se trouve de l'autre côté d'une porte (vitrée) qui donne directement sur la réception (il faut d'ailleurs traverser le secrétariat, qui sert aussi de bureau aux infirmières, pour aller dans la réception). Les fiches de facturation sont déposées dans une boîte, en face de la porte, sur une table, à la réception. Une assistante médicale relève régulièrement le contenu de cette boîte. Le travail de l'assistante consiste ensuite à trouver le dossier du patient, s'il est déjà venu, ou à lui en établir un, le cas échéant. Une fois cette opération accomplie, les dossiers sont empilés dans l'ordre d'arrivée dans deux piles distinctes : une pour les rendez-vous, une pour les urgences.

Une fois qu'un box est disponible, une infirmière prend le premier dossier de la pile et va chercher la famille pour « l'installer », c'est-à-dire l'accompagner au box et effectuer un pré-examen de l'enfant. Elle mesure la température, la taille et le poids (ainsi que le tour de tête pour les bébés) et interroge les parents sur le motif de consultation. Elle note le résultat de son pré-examen dans le dossier de l'enfant. L'infirmière se rend ensuite au bureau des pédiatres et inscrit le numéro du box sur une feuille fixée avec un ruban adhésif sur le mur à l'intérieur du bureau, à côté de la porte. Sur cette feuille figurent cinq colonnes : trois pour la médecine, rendez-vous avec ou sans interprète et urgences, et deux pour la chirurgie, rendez-vous et urgences. Il faut donc que l'infirmière place le numéro du box dans la bonne colonne. Parfois, elle ajoute un commentaire, comme « D » pour examen de développement ou « Urgent ». Après une nouvelle attente pour les parents, viennent ensuite le ou les médecins qui ont consulté la feuille sur le mur et tracé le numéro du box pour signaler que le

patient est pris en charge. Ils peuvent être plusieurs pour la consultation, par exemple si c'est un stagiaire qui examine l'enfant, il doit être supervisé (dans un deuxième temps) par un médecin assistant. Il est (ou ils sont) accompagnés de l'interprète. Il arrive régulièrement que l'interprète « s'installe » quelques minutes avant le médecin et entame ainsi une discussion informelle avec le parent.

Le schéma de l'accueil jusqu'à la rencontre avec le médecin peut être représenté ainsi (les articulations et leurs supports figurent en italique) :

réception *↔* *fiche de facturation* *↔* administration *↔* dossier *↔*
↔ infirmière *↔* *feuille sur le mur + dossier* *↔*
↔ médecin(s)/interprète

Avec le premier exemple (le test de Mantou), j'ai montré que l'articulation de l'administration à l'infirmière, par le support du dossier, peut s'enrayer. La feuille sur le mur peut également susciter des enrayerments et des échanges peu courtois :

En jetant un œil à l'agenda, je découvre qu'il n'y aura pas de consultations de développement aujourd'hui. C'est en effet ce qui se produit: je ne filme rien. Par contre, l'atmosphère est tendue dès l'arrivée des médecins [qui reviennent d'un colloque sur la tuberculose]. Il règne une mauvaise humeur. Le paroxysme de la crise est atteint lorsqu'un problème surgit autour de l'« installation » d'un patient. Voici le déroulement de la situation:

1. Un patient venu en urgence (bébé de 1 mois) est placé dans le box 5. Un stagiaire se charge seul de la consultation.
2. Le stagiaire s'aperçoit que la maman ne parle pas français. Il revient au bureau des pédiatres et inscrit la consultation dans la colonne « traductrice ». Il prend ensuite une autre consultation (c'est-à-dire qu'il disparaît de la vue des autres pédiatres).
3. Lorsque j'ai vu qu'il mettait la consultation sous « traductrice », je me dirige vers le box, pour jeter un coup d'œil au dossier (pour vérifier s'il rentre dans mes critères pour pouvoir le filmer). Je m'aperçois qu'il s'agit d'une maman albanaise, alors que c'est l'interprète sri lankaise qui est présente ce jour-là.

4. En revenant au bureau des pédiatres, je dis « il y a un problème ». Le médecin X relève ma remarque et me demande quel problème. Je lui explique qu'il y a un bébé albanais pour la traduction sri lankaise.
5. Furieuse, elle va vérifier puis interpelle l'infirmière qui a installé le bébé. Une vive discussion s'ensuit devant la feuille sur le mur. L'infirmière demandant qui a inscrit le 5 dans la colonne « traductrice ».
6. De mon côté, j'essaie d'expliquer ce que j'ai vu. Mais personne ne m'écoute. X s'en va. Quand elle revient, l'infirmière, à qui j'ai pu donner ma version, lui explique la situation. En réaction, le médecin émet une opinion peu nuancée sur le stagiaire (quelque chose comme « il débloque »).
7. Cette situation à peine résolue, X est à nouveau devant la feuille sur le mur, ayant une conversation musclée avec une autre infirmière à propos d'un chiffre : tracé selon le médecin, pas tracé selon l'infirmière. Cette dernière finit par lui dire de rester au lit si elle est fatiguée...! Ce numéro de box concerne une consultation avec l'interprète sri lankaise.
8. L'interprète est introuvable. Les commentaires des médecins résonnent d'agacement (« Mais qu'est-ce qu'elle fait aujourd'hui?! »).
9. La consultation avec la maman albanaise est finalement effectuée par X. Comme elle n'arrive pas à avoir un véritable dialogue, X la fait revenir le lendemain puisqu'il y a l'interprète albanophone.
10. L'interprète réapparaît mais beaucoup trop tard pour la consultation en tamoul, qui a été effectuée par un autre médecin, sans elle...

En général, les passages entre professionnels ne sont pas accompagnés d'échanges verbaux. En fait, les articulations ont lieu via un support écrit : les fiches de facturation, la feuille sur le mur et le dossier. La trace laissée pour le professionnel suivant est souvent sujette à des interprétations divergentes. Dans le cas du test de Mantou, c'est mon intervention (orale) qui a permis la ré-articulation du dispositif. J'ai participé à la reconstruction d'un sens pour le médecin, en disant que j'avais compris quelque chose comme « matou ». Dans le deuxième exemple, ma parole fut aussi l'instigatrice d'un processus (houleux) de ré-articulation. Ces interventions seraient aussi possibles de la part d'un parent s'il avait la maîtrise du français, ce qui lui permettrait de re-contextualiser les notes laissées par l'intervenant précédant. En fait, cette procédure d'accueil, en opérant par des articulations par écrit (plutôt som-

maires) décontextualise à chaque étape la présence des parents/enfants en ne laissant que des traces infimes qui sont (dans le dossier en tout cas) les minima biomédicaux. Les soignants suivants doivent donc reconstruire ce contexte. Dans le cas des migrants allophones, cela se fait sans l'aide de ceux-ci... C'est une tâche quasi impossible, qui a comme conséquence de placer le médecin dans la position d'interpréter à partir de ces traces infimes et donc de se référer d'autant plus à ses a priori sur ce genre de consultations (les Sri Lankais sont inquiets pour rien, les Kosovars ne savent pas nourrir leurs enfants).

L'après consultation : une articulation verbalisée

Après la consultation proprement dite, il arrive que le médecin demande à l'infirmière d'effectuer un soin à l'enfant, un vaccin, par exemple. Cette articulation, c'est la seule, est toujours faite verbalement et directement à l'infirmière en plus de la demande écrite par le formulaire ad hoc que doit remplir le pédiatre. Il semble que le statut particulier de l'acte médical pour les soignants, comme on l'a vu avec Grosjean et Lacoste (1999), implique un échange verbal. C'est leur travail que de prescrire pour l'un et donner un soin pour l'autre. En ce sens, il mérite d'être verbalisé. Il y a aussi évidemment la dangerosité de l'acte, et donc la responsabilité des deux professionnels. La sécurité de l'enfant passe par la bonne entente médecin – infirmière. Cette responsabilité envers l'enfant est aussi une marque forte du travail médical qui peut donc être parlée. Par contre, organiser l'accueil (les articulations) n'est pas une tâche médicale. Elle reste donc sous silence.

Il peut encore y avoir interactions avec une ou plusieurs assistantes médicales pour le prochain rendez-vous. Souvent, c'est l'interprète qui accompagne les parents pour cette démarche. Ce qui me permet d'ajouter deux maillons à la chaîne de la procédure d'accueil :

réception *↔* fiche de facturation *↔* administration *↔* dossier *↔*
↔ infirmière *↔* feuille sur le mur + dossier *↔*
↔ médecin(s)/interprète *↔* formulaire + parole *↔* infirmière *↔*
↔ parole de l'interprète *↔* administration

Temporalité : pression et rupture de lien

Autre procédure habituelle de l'institution qui provoque plus de ruptures que de liens : les enfants ne bénéficient pas d'un suivi par le même médecin au

cours d'une même année (un suivi à plus long terme est impossible étant donné que les médecins ne restent en général qu'un an dans l'institution, voire six mois ou encore moins s'ils sont en remplacement). Il est clair qu'une foule de détails sur l'histoire de l'enfant et de sa famille ne figurent pas dans le dossier et sont ainsi autant d'informations perdues entre chaque consultation. En plus d'une reconstruction du sens de la demande, c'est la relation entre parents et médecin qui est à recréer à chaque nouvelle consultation. Or, des examens de prévention sans suivi deviennent une consultation, certes particulière, mais instrumentalisée, dénuée de sens, puisque l'intérêt réside justement dans un suivi personnalisé et la création d'une collaboration entre famille et médecin/inter-prète/institution.

J'ai pu constater d'autres contraintes institutionnelles fortes qui, comme les précédentes, sont présentes pour tous les types de consultations, quelle que soit l'origine du patient. La première est la contrainte de temps. Pour les consultations de dépistage, il y a une durée idéale, une durée tacitement prescrite par l'institution et la durée effective. La durée idéale est de 30 minutes. Pendant ces 30 minutes, les médecins me rapportent qu'ils auraient le temps d'entrer en relation avec les parents pour explorer toutes les facettes du développement de l'enfant. Cependant, il y a un temps tacitement prescrit qui est de 15 minutes. En général, c'est le temps vers lequel tendent les médecins : une bonne consultation est une consultation de 15 minutes quels qu'en soient le contenu et les modalités (avec ou sans interprète). Plusieurs médecins sentent une pression qui les pousse à agir dans un temps minimal et à effectuer un nombre maximal de consultations pendant leur service. Cette pression vient autant d'un désir de travailler correctement, c'est-à-dire d'agir selon les normes (implicites) en vigueur, que d'un sentiment de solidarité (ne pas laisser les autres avec toutes les consultations). Il y a aussi, bien sûr, la pression de la salle d'attente : il arrive que des parents impatients viennent jeter un œil dans le bureau des pédiatres ou même insister auprès d'eux, ils s'emportent quelquefois.

Cette pression se matérialise aussi dans la gestion des rendez-vous, qui est du ressort des assistantes médicales. La norme explicite voudrait que soit inscrite une consultation par demi-heure et par médecin, mais parfois (par erreur ou parce qu'elles en ont reçu l'instruction) c'est tous les quarts d'heure que les rendez-vous sont donnés. Cette situation crée des conflits entre assistantes médicales, infirmières et médecins, d'autant plus que les consultations à l'agenda ne sont qu'une partie des consultations totales de la journée. En effet, à celles-ci viennent s'ajouter les demandes de consultation en urgence évidemment non planifiées. L'exemple suivant est tiré de mon journal de terrain :

À mon arrivée, j'assiste à un vif échange entre le chef de clinique, l'infirmière-chef de l'unité (ICUS) et un médecin assistant à propos de l'agenda et de sa gestion. Le problème est que l'agenda est rempli comme un jour normal, c'est-à-dire que le nombre de patients attendus est celui d'une journée bien remplie, alors que les médecins assistants ne sont que deux (au lieu d'un minimum de trois). Cette information figure pourtant dans l'agenda et certaines plages horaires avaient été tracées au crayon afin d'éviter un trop grand nombre de consultations. Or, ces indications ont été effacées et des rendez-vous tout de même donnés. Cette situation a le don de mettre les médecins assistants hors d'eux.

Par ailleurs, l'interprète se plaint également d'avoir trop de rendez-vous dans la matinée: 10 consultations en trois heures. Il lui est répondu que, de toute façon, un tiers des patients ne se présente pas aux rendez-vous.

La discussion à propos de l'agenda se conclut ainsi:

- L'ICUS propose de faire dorénavant les croix sur les plages horaires à l'encre (impossible de les effacer).
- Le chef de clinique incite les assistants à mettre leurs critiques par écrit.
- Les médecins assistants sont déçus et expriment, entre eux, la perte de leur espoir de voir changer quoi que ce soit dans ce système. L'un d'entre eux affirme même que cela fait deux ans que ces problèmes sont présents et que rien ne change.

Un peu plus tard, dans le bureau des secrétaires et infirmières, je surprends des bribes de conversation entre l'ICUS et les assistantes médicales. L'ICUS dit avoir effacé les traits le matin même, car l'agenda était illisible (elle ne l'avait pas dit lors de l'échange avec les médecins)! Elle ajoute quelques phrases sur le fait que les infirmières se font toujours « engueuler » (elle s'inclut) par rapport à ce problème et elle explique qu'elle a dit au médecin chef qu'il fallait avoir une discussion à ce propos. De plus, elle donne la directive de faire à l'encre les croix dans l'agenda pour les jours où il n'y a que deux médecins assistants.

Une des secrétaires fait remarquer à l'ICUS qu'elles subissent une pression de la part des médecins qui veulent voir les patients à « telle date », c'est-à-dire à des moments précis qui sont souvent déjà « surbookés ». Elle donne l'exemple d'un médecin qui leur demande de « glisser » un rendez-vous entre deux autres.

La polyclinique qui forme

Les exemples précédents proviennent de la polyclinique qui reçoit les familles pour leur offrir des soins, c'est la polyclinique qui soigne. Cette polyclinique est doublée, de façon opaque pour ses utilisateurs, d'une polyclinique encadrant les médecins assistants dans leurs parcours de spécialisation en pédiatrie. C'est la polyclinique qui forme. Son fonctionnement n'est pas non plus exempt de contraintes.

Je l'ai mentionné plus haut, le « groupe migrants » s'est inquiété de la formation du personnel de l'hôpital : il a créé et maintenu au cours des années un cycle de séminaires mensuels sur les questions de santé, soins, cultures et migrations. Cependant, et c'est la première constatation quant à la polyclinique qui forme, les médecins n'ont que très rarement la possibilité d'assister à ces séminaires qui sont organisés pendant les heures d'affluence à la polyclinique. Certains en concluent même que ces conférences ne s'adressent pas à eux, mais plutôt au personnel infirmier. De plus, l'introduction des interprètes dans les consultations n'a fait l'objet d'aucune formation, ou même d'information, pour les soignants. Non seulement ces jeunes médecins n'ont que très peu d'expérience dans ce type de consultation, mais en plus, ils s'y retrouvent avec un tiers sans avoir établi aucune forme de perspective commune sur le travail à accomplir ou sans même savoir quels sont les compétences précises des interprètes au-delà de la traduction (et elles sont multiples, cf. Leanza, 2005b).

Une autre contrainte forte est l'évaluation que les médecins assistants subissent une fois par semestre. Cette évaluation semble avoir une importance particulière pour la suite de leur carrière et spécialisation. Cette autre pression, qui est vécue par les médecins non seulement comme venant de l'hôpital, mais plus globalement de l'institution médicale dans son ensemble, a un impact non négligeable sur leur pratique. Elle laisse peu de souplesse aux médecins pour explorer d'autres manières d'être ou de faire par rapport à ce qui leur est « enseigné ». Les propos de quelques médecins vont dans ce sens lorsqu'ils expriment malaise et frustration quant à l'exercice de cette médecine qui les amènent à mettre les enfants (et parents) dans « un cadre suisse réglo » (entrevue avec médecin Delta, .

De plus, les conséquences émotionnelles que j'ai pu observer avant et après ces évaluations sur les médecins ne sont pas négligeables. Il n'est pas rare qu'un médecin sorte en larmes d'une telle séance. Le sentiment qui domine est celui d'une profonde injustice. L'évaluation est effectuée par les supérieurs hiérarchiques, c'est-à-dire un chef de clinique et un ou deux médecins chefs,

alors que ces derniers voient rarement, si ce n'est jamais, les médecins assistants en train de pratiquer la médecine. L'espace dans lequel la formation à effectivement lieu est « le colloque du matin ». Le fonctionnement de l'institution veut que chaque matin ait lieu un colloque où sont présentées les nouvelles « entrées » au service d'hospitalisation. C'est à ce moment que les supérieurs entendent les médecins assistants présenter « leurs patients ». Cela se fait dans le langage très spécialisé de la biomédecine en ignorant systématiquement les dimensions familiales, sociales, culturelles et expérientielles du patient et de son épisode de maladie. Cette observation est corroborée par les travaux de linguistes comme Anspach (1988) qui montrent, en étudiant le discours de présentation de cas de médecins résidents, à quel point cet exercice est important dans la socialisation des médecins. Cette pratique, selon Anspach :

[...] both reflect and create a world view in which biological processes exist part from persons, observations can be separated from those who make them, and the knowledge obtained from measurement instruments has a validity independent of the persons who use and interpret this diagnostic technology (p. 372).

Il y a tout de même quelques moments dans le bureau des pédiatres de la polyclinique où des cas sont soumis moins formellement à l'un ou l'autre des supérieurs, mais ces moments sont peu nombreux (aux yeux des médecins). En d'autres termes, l'évaluation porte théoriquement sur l'ensemble de leur pratique médicale, mais effectivement sur leur capacité à présenter des patients dans un discours fortement normé.

Faire (re)venir le sens dans la pratique

Une procédure d'accueil qui décontextualise la demande par des articulations non seulement impensées (Grosjean & Lacoste, 1999), mais surtout « muettes », des examens de dépistage instrumentalisés par l'impossibilité de suivi et une pression sur la gestion du temps, le tout associé à un encadrement pédagogique insatisfaisant et centré sur les aspects les plus strictement biomédicaux, font penser que ce qui est institutionnellement valorisé dans la pratique n'est pas le suivi des familles et les conditions du développement des enfants, mais bien les différentes pathologies, objet de prédilection de la biomédecine, dont ils peuvent souffrir. Au niveau institutionnel, il me semble que deux forces sont en présence et en tension : la première serait celle de l'innovation, du changement, la seconde celle de la résistance au changement, l'inertie.

La première force prend sa source dans les changements sociaux extérieurs à l'institution qui sont perceptibles par les « nouvelles catégories » de patients et se manifeste par cette volonté de transformer l'accueil offert aux patients, qui anime plusieurs personnes dans l'hôpital, le « groupe migrants » en particulier. Il devient souhaitable, pour l'institution, d'établir un lien avec ces populations et de le développer. La stratégie de ce groupe, pour insuffler un changement, un mouvement d'accueil plus ample, a été d'amener de l'extérieur des forces dont la « mission » implicite est de re-contextualiser, de redonner sens aux demandes et à la pratique pédiatrique. Les alliances ainsi opérées, avec les interprètes surtout, mais aussi les conférenciers, font miroiter l'espoir d'un accueil interculturel, c'est-à-dire un accueil qui combine articulations vers l'extérieur de l'institution et articulations internes organisées pour un public diversifié (et non plus considéré comme homogène); un accueil qui favorise et maintienne des liens avec les familles migrantes, qui établisse des ponts, des partenariats dans l'intérêt de l'enfant. L'espoir est que les manques seront comblés grâce à ces forces externes. C'est peut-être oublier un peu vite le besoin de soutien interne à ce processus de changement. À l'intérieur de l'institution, on pare au plus pressé, on fait le faisable et « le plus facile », ce qui est connu et reproduit depuis « toujours ». Par exemple, il n'y a jamais eu besoin d'effectuer les articulations en les verbalisant et il serait difficile, coûteux (en apprentissage, en réorganisation, en énergie, ...) de penser et mettre en œuvre une procédure d'accueil sans articulations écrites et muettes.

Certes, les interprètes ont le rôle implicite de redonner la parole aux allophones. Mais ils ne peuvent ni intervenir sur les articulations silencieuses et la gestion du temps, ni même établir les bases d'un dialogue où la négociation de sens (une forme d'articulation) serait valorisée. Ils sont la plupart du temps cantonnés au rôle d'agent de santé, c'est-à-dire dans un rôle de relais du discours institutionnel dominant (Leanza, 2005b).

En fait, cette volonté, ce souhait d'innover rencontre une résistance forte et plutôt silencieuse (sic), étant donné que le discours ambiant est favorable à cet accueil interculturel. Il s'agit de la force d'inertie propre à tout système. Elle est à mon avis double dans le sens où il s'agit de l'inertie de l'hôpital lui-même (qui se laisse voir par l'analyse des articulations et de la gestion du temps) à laquelle s'ajoute celle de la culture biomédicale au sens large, avec ses valeurs et objets privilégiés (qui s'appréhende par l'évaluation des médecins « apprentis » pédiatres), culture qui n'a pas encore intégré, comme des valeurs incontournables, les recommandations visant à prodiguer des soins interculturels ou centrés sur la famille (mais le fera-t-elle?). Cette résistance est renforcée (ou en est le relais) par la tendance assimilative du contexte sociopolitique suisse qui est peu enclin à considérer la différence comme une

ressource et tend à éliminer ces différences par des processus d'assimilation (Bolzman, 2001). Cette pratique de la pédiatrie se situe dans un paradigme assimilationniste et compensatoire, qui peut être compris comme le volet sanitaire d'une politique de contrôle et d'uniformisation des populations « différentes » en Suisse.

Les soins interculturels ou centrés sur la famille ont un objectif commun : redonner une épaisseur signifiante à une pratique qui tend vers l'instrumentalisation, c'est-à-dire vers la déshumanisation et la technicisation. Redonner cette épaisseur pourrait, dans le cas de cette institution, venir de l'accompagnement des familles d'une étape à l'autre de l'accueil, d'une gestion modulable du temps (adaptée aux besoins des différents types de consultation et du suivi des enfants par le même médecin) et par une formation réintégrant les dimensions socioculturelles et expérientielles (à l'instar de ce qui a été expérimenté à Montréal par Rousseau *et al.*, 2005). Penser les soins en fonction des familles ou en fonction de la diversité devrait permettre aux professionnels de première ligne, comme aux gestionnaires, de faire (re)venir le sens dans ces pratiques, où il semble avoir été banni.

Remerciements

J'ai bénéficié de l'aide précieuse de deux personnes pour la conception finale de ce texte. Que Cécile Rousseau et Valérie Hutter soient ici remerciées.

Références

- American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, & Institute for Family-Centered Care. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3), 691-697.
- American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. (2003). Family pediatrics: Report of the task force on the family. *Pediatrics*, 111(6), 1541-1571.
- Anspach, R. R. (1988). Notes on the sociology of medical discourse: The language of case presentation. *Journal of Health & Social Behavior*, 29(4), 357-375.
- Arborio, A.-M., & Fournier, P. (1999). *L'enquête et ses méthodes: L'observation directe*. Paris: Nathan.

- Beaud, S., & Weber, F. (1998). *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*. Paris: La Découverte.
- Bolzman, C. (2001). Quels droits citoyens? Une typologie des modèles d'intégration des migrants aux sociétés de résidence. In C. Perregaux, T. Ogay, Y. Leanza & P. R. Dasen (Eds.), *Intégrations et migrations. Regards pluridisciplinaires* (pp. 159-183). Paris: L'Harmattan.
- Camilleri, C. (1990). Les conditions de l'interculturel. *Intercultures*, 9, 11-17.
- Cohen-Emerique, M., & Hohl, J. (2002). Les ressources mobilisées par les professionnels en situations interculturelles. *Education permanente*, 150(1), 161-193.
- Cohen-Emerique, M., & Hohl, J. (2004). Les réactions défensives à la menace identitaire chez les professionnels en situations interculturelles. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 61, 21-34.
- Copans, J. (1998). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris: Nathan.
- Dasen, P. R. (2000). Développement humain et éducation informelle. In P. R. Dasen & C. Perregaux (Eds.), *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 107-123). Bruxelles: De Boeck.
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et migrations*, 1225, 5-12.
- Flores, G. (2000). Culture and the patient-physician relationship: Achieving cultural competency in health care. *Journal of pediatrics*, 136(1), 14-23.
- Gehri, M., Hunziker, B., Géraud, F., Rouffaer, D., Sopa, S., Sage-Da Cruz, C., et al. (1999). Les populations migrantes à l'hôpital de l'enfance de Lausanne (hel): États des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels. *Médecine sociale et préventive*, 44(6), 264-271.
- Good, B. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu* (S. Gleize, Trans.). Le Plessis-Robinson: Synthélabo.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: PUF.

- Helman, C. (1994). *Culture, health and illness*. Londres: Butterworth & Heinemann.
- Johnson, B. (2000). Family-centered care: Four decades of progress. *Families, systems and health*, 18(2), 137-156.
- Leanza, Y. (2003). *Éducation, pédiatrie et cultures. Du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès de familles migrantes*. Université de Genève.
- Leanza, Y. (2005a). Le rapport à l'autre culturel en milieu médical. L'exemple de consultations pédiatriques de prévention pour des familles migrantes. *Bulletin de l'Association pour la Recherche InterCulturelle*, 41, 8-27.
- Leanza, Y. (2005b). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), 167-192.
- Leanza, Y., Ogay, T., Perregaux, C., & Dasen, P. (2001). L'intégration en Suisse: Un cas particulier? In C. Perregaux, T. Ogay, Y. Leanza & P. Dasen (Eds.), *Intégrations et migrations. Regards pluridisciplinaires* (pp. 17-41). Paris: L'Harmattan.
- Lindström, B., & Spencer, N. (Eds.). (1995). *Social pediatrics*. Oxford: Oxford University Press.
- Manciaux, M. (1995). What is social pediatrics and where does it come from? In B. Lindström & N. Spencer (Eds.), *Social pediatrics* (pp. 3-11). Oxford: Oxford University Press.
- Parrat-Dayana, S. (1999). Conseils éducatifs adressés aux mères: Ethnothéories scientifiques du xvi^e siècle à nos jours. In B. Bril, P. R. Dasen, C. Sabatier & B. Krewer (Eds.), *Propos sur l'enfant et l'adolescent. Quels enfants, pour quelles cultures?* (pp. 159-183). Paris: L'Harmattan.
- Pawluch, D. (1983). Transitions in pediatrics: A segmental analysis. *Social Problems*, 30(4), 449-465.
- Pawluch, D. (1996). *The new pediatrics: A profession in transition*. New York: Aldine de Gruyter.

Rousseau, C., Alain, N., DePlaen, S., Chiasson-Lavoie, M., Elejalde, A., Lynch, A., et al. (2005). Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux: L'expérience des séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(2), 109-125.

Shelton, T., Jeppson, E., & Johnson, B. (1987). *Family-centered care for children with special healthcare needs*. Bethesda: Association for the Care of Children's Health.

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan.

