



Diplôme interuniversitaire Éthique du soin et pratiques médicales

**Consultation médicale et interprétariat à Mayotte:
réflexions éthiques
sur la relation de soin en contexte plurilingue.**

Dr Elise SAGNES

Juin 2018

SOMMAIRE

| | |
|---|---------------|
| I/ Consultation médicale et interprétariat: | p. 3 |
| 1- Le contexte de Mayotte | p. 5 |
| 2- La consultation avec un interprète | p. 12 |
| 3- Questionnement des protagonistes | p. 15 |
| II/ Parole et relation de soin | p. 19 |
| III/ Principes éthiques en pratique médicale | p.22 |
| IV/ Réflexions éthiques sur la relation de soin en contexte plurilingue | p . 26 |
| - Réflexions éthiques sur la place des interprètes | p. 27 |
| - Réflexions éthiques sur le positionnement des soignants..... | p. 29 |
| - Réflexions éthiques sur l'accueil des patients allophones dans nos institutions | p.32 |
| - Relation de soin et consultation à trois | p. 35 |
| Conclusion | p. 39 |
| Bibliographie | p. 40 |

I/ CONSULTATION MEDICALE A MAYOTTE ET INTERPRETARIAT :

Dans le cadre du diplôme inter-universitaire "Ethique du soin et pratiques médicales" organisé par l'Espace Ethique Languedoc-Roussillon (maintenant Espace Ethique Occitanie), la faculté de médecine de Montpellier et celle d'Aix-Marseille, les étudiants sont amenés à soulever une problématique inhérente à leur pratique clinique et à l'aborder à travers un angle éthique. Après trois semaines de conférences aussi diverses que passionnantes, il nous a été apporté grand nombre de notions et de pistes de réflexion. Chargés de cet enseignement et de ces échanges, à nous d'élaborer une réflexion éthique sur un aspect qui nous semble capital dans notre pratique de soignant.

Médecin généraliste, j'exerce en centre de consultations au Centre Hospitalier de Mayotte depuis 2013. Le contexte historique, culturel et socio-économique de l'île de Mayotte est particulièrement prégnant et d'actualité. Il imprègne notre vie personnelle quotidienne et rend notre exercice singulier, stimulant et passionnant.

Ce dépaysement, tout soignant le découvre dès son arrivée sur ce territoire haut en couleurs et y est confronté professionnellement dès ses premiers jours de consultations. En effet, la moitié des consultations se déroulant en présence d'un interprète de la langue locale, le shimaore ou le shibushi. La pratique en est donc automatiquement modifiée et questionne immédiatement tout soignant.

Ce questionnement a abouti à un travail de recherche avec une interne en médecine présente dans mon service, le Dr Julie EYGUN-AUDAP. En dirigeant son travail de thèse en 2015, "Caractéristiques sociolinguistiques des patients rencontrés en dispensaire à Mayotte: analyse d'une prise en charge en contexte interculturel" (1), nous avons pu objectiver des données sur la réalité vécue par les patients.

Au sein de l'association Fikira de Mayotte et d'Ailleurs (2), j'ai participé ensuite à la commission scientifique du colloque organisé en Novembre 2016 intitulé « Mayotte : Regards croisés sur une île plurilingue ».

Lors du choix du thème de mon mémoire pour ce diplôme inter-universitaire d'éthique, il

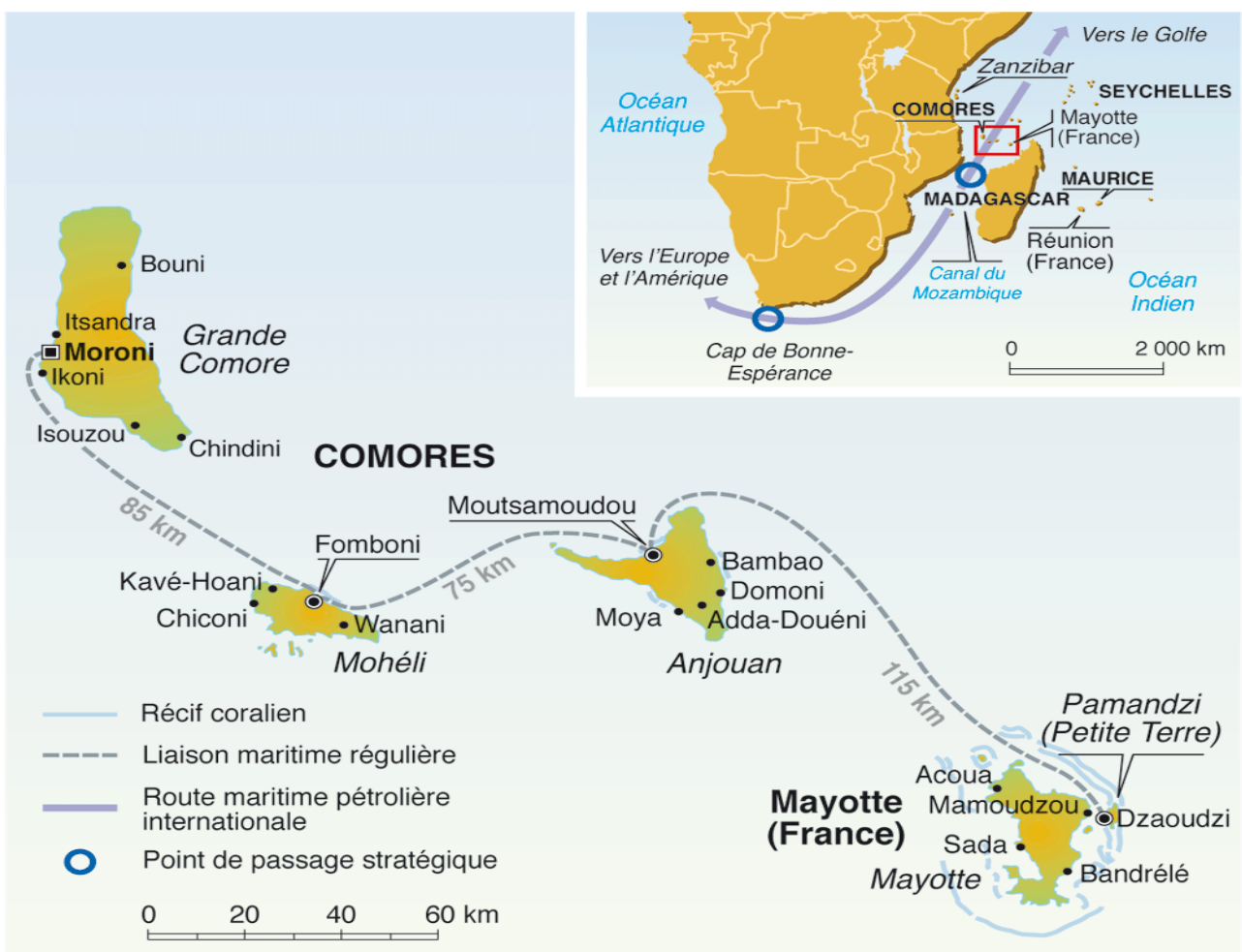
m'a semblé intéressant de pousser encore la réflexion sur ce sujet, mais en l'abordant cette fois sous un nouvel angle.

A partir de l'expérience singulière de la consultation médicale à Mayotte en présence d'un interprète, nous aborderons donc la place du verbal et du non-verbal dans la relation de soin ainsi que les conflits éthiques qui peuvent en découler.

1- Le contexte de Mayotte:

- Contexte historique et géopolitique:

Ile de 375 km², Mayotte est située dans l'archipel des Comores dans le Canal du Mozambique. Elle est au carrefour de l'Afrique de l'Est, de Madagascar et des Comores. 8000 km la séparent de Paris, 10 heures en vol direct, 1 heure de décalage horaire en hiver métropolitain et 2 heures l'été.



Sources : Portail de l'archipel des Comores (<http://www.comores-online.com/>) ; Service des transports maritimes (STM), Mayotte.

Les plus anciennes traces de peuplement des Comores datent du VI^{ème} siècle. Il s'agissait du peuple swahili, d'origine bantoue en provenance des côtes africaines correspondant à l'actuelle Tanzanie et au Mozambique.

Au IX^{ème} siècle, les premières communautés musulmanes, des marchands arabo-persans, longent la côte Est de l'Afrique et arrivent dans l'archipel des Comores.

À compter du XVI^{ème} et ce jusqu'au XIX^{ème} siècle, les Comores sont surnommées « îles des sultans batailleurs » en lien avec les nombreuses disputes qui déchirent l'archipel jusqu'à son passage sous protectorat français, en **1841** pour Mayotte. (3) Cette histoire conflictuelle entre les 4 îles de l'archipel ressurgit encore lors des débats actuels sur la place de Mayotte dans son environnement géographique régional.

En 1912, ces protectorats deviennent les colonies « Madagascar et dépendances».

En **1974**, la France organise un référendum qui déterminera l'avenir du pays : alors que trois îles (Grande Comore, Mohéli et Anjouan) votent massivement pour l'indépendance, Mayotte choisit de rester française, à 65%. Est proclamé le 6 juillet 1975 l'indépendance des Comores. En 1976 les Mahorais votent à nouveau à 99,4% pour le maintien de leur île au sein de la République Française. Cette scission de l'archipel n'est pas reconnue par l'Union des Comores et l'ONU conformément à la règle d'intangibilité des frontières inscrite dans la charte de décolonisation de 1960.

En **1995** est instauré un visa de circulation entre la République Fédérale islamique des Comores et Mayotte, visant à limiter la circulation des personnes entre Mayotte la française et des voisines comoriennes.

Le 31 mars **2011**, Mayotte accède au statut de 101^{ème} département français. Cette date signe le détachement définitif de Mayotte avec l'Union des Comores qui à l'inverse d'une France « protectrice » figure parmi les pays les plus pauvres du monde mais aussi les plus instables politiquement.

Le 1er janvier 2014, Mayotte affirme son intégration dans l'Union Européenne au travers de son statut de région ultrapériphérique.

De cette histoire, en découle un paysage complexe. Mayotte est donc africaine, par son peuplement principal venu de la cote est africaine, et avec sa langue principale, le shimaoré, proche du swahili d'origine bantou. Elle est malgache, par une partie de son peuplement du Nord et Nord-Est de Madagascar et son parlé le shibushi. Elle est arabo-musulmane, par la position de l'islam en tant que religion dominante, une société sunnite à

l'islam très modéré. Elle est enfin française, avec son histoire coloniale avec le français comme langue officielle.

L'histoire actuelle de l'île continue d'être marquée par de fortes migrations venues des îles comoriennes voisines mais aussi de Madagascar et de l'Afrique de l'est, migrations régulières ou irrégulières. Ces flux migratoires continuent de brasser les populations, les langues parlées et créent également une situation sociale tendue.

- Contexte socio-économique actuel:

D'après le dernier recensement de 2017 (4), la population de Mayotte comprend 262 895 habitants. La population réelle serait 20% plus importante. En effet, la population de Mayotte comprendrait en 2017 40% d'étrangers dont la moitié en situation irrégulière. La croissance démographique est de 4% par an. C'est le département français le plus pauvre, avec la plus grande densité de population au mètre carré et la population la plus jeune de France.

Pour comprendre le contexte sanitaire de Mayotte mais aussi des îles comoriennes voisines, et donc expliquer la pression migratoire que subit l'île, voici un comparatif de données sanitaires qui exposent la réalité de la situation. Les chiffres datent de 2013 mais les rapports restent actuellement sensiblement les mêmes.

| | Comores | Mayotte | France Métropolitaine |
|---|--|---|--------------------------|
| Nombres d'habitants | 782 000 | 213 000 | 63 126 000 |
| Part des moins de 15 ans | 43 % | 46 % | 18 % |
| Densité de population (habitants par km ²) | Mohéli : 99 Gde Comore : 240 Anjouan : 517 | 570 | 110 |
| PIB (par an par habitant) | 600 | 6500 euros | 28 000 euros |
| Salaire moyen par mois | 45 euros | - Français non mahorais : 1400 euros - Français mahorais : 290 euros | 2 450 euros |
| Dépense de santé de l'état par an et par habitant | 30 euros | 740 euros | 3 300 euros |
| Nombre de médecins pour 10 000 habitants | 1 | 7 | 34 |
| Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 accouchements) | 300 en moyenne 800 à Anjouan | 50 | 8 |
| Taux de mortalité infantile (décès avant l'âge de un an pour 1000 naissances vivantes) | 80 | 14 | 4 |
| Taux de mortalité adulte (probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 1 000 habitants) | 275 Hommes 229 Femmes | - | 113 Hommes 53 Femmes |
| Espérance de vie | 62 ans | 73 ans | 82 ans |

(Source : OMS- données 2013, INSEE 2007)

Lors du dernier recensement de 2017, l'âge médian était de 17 ans (contre 41 ans en métropole), une mortalité infantile toujours trois fois plus élevée qu'en métropole. L'espérance de vie en 2017 était de 77 ans pour les femmes (contre 85 ans en métropole) et 74 ans pour les hommes (contre 79 ans). Elle était de 64 ans aux Comores et 66 ans à Madagascar.

- Contexte sanitaire:

Le premier hôpital, militaire et située à Dzaoudzi, a été créée en 1948. En 1960 est créée l'hôpital de Mamoudzou. La direction des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Mayotte date de 1970. Le centre hospitalier, autonome, lui a été créée en 1996. L'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien date de 2010 (5).



Source ARS

Département français depuis 2011, la démographie médicale de l'île est l'une des plus faibles de France (6). Au 1^{er} janvier 2016, la densité de médecins généralistes était de 61/100 000 contre 143/10 000 en métropole. Le territoire de Mayotte est parsemé de quelques cabinets de médecins généralistes libéraux, une vingtaine en 2018, et de plusieurs centres de consultations hospitaliers, appelés aussi dispensaires, où exercent

une soixantaine de médecins généralistes. Le plateau technique de Mamoudzou regroupe les consultations spécialisées, le bloc opératoire, le laboratoire d'analyse et le service d'imagerie. Moins d'une centaine de spécialistes, essentiellement hospitaliers, sont présents sur l'île, appuyés par des missions médicales venant de l'île de la Réunion. Rattaché au CHU de la Réunion, le centre hospitalier et les dispensaires accueillent également des internes en médecine.

Après cette présentation du contexte historique, social et sanitaire de l'île, nous comprenons que les enjeux de santé publique, au regard de ces réalités sont énormes. Les messages de prévention doivent être adaptés aux réalités de vie des habitants de Mayotte, les discours doivent être adéquats, les prises en charge réfléchies.

- Contexte culturel:

En plus du contexte social et économique, le contexte sociétal et culturel de l'île est singulier. La population, à 95% sunnite musulmane, a métissé ses cultures africaines et malgaches avec un islam modéré. La médecine traditionnelle est extrêmement présente et croyances magico-religieuses vivaces. Les soins traditionnels allient l'usage de plantes, les massages, les invocations de djinns (esprits), les prières. Même si l'usage exclusif de cette thérapeutique traditionnelle tend à s'estomper et les fundis (tradithérapeutes) ne pas trouver de successeurs, la conception magico-religieuse de la maladie est très présente. La grande majorité des patients alterne donc entre usage de la médecine traditionnelle et usage de la médecine occidentale.

La consultation médicale en dispensaire à Mayotte se situera donc au carrefour de ces réalités contextuelles. La question des langues et de l'interprétariat a de ce fait une place primordiale pour pouvoir exercer de façon efficiente et en adéquation avec la réalité mahoraise. Cette problématique est abordée en métropole ou en Europe depuis de nombreuses années concernant l'accueil des migrants ou bien face au multiculturalisme de notre société actuelle. Mais à la différence de la question de l'accueil des migrants ou des patients allophones (personnes qui ont une autre langue maternelle que le français) dans les hôpitaux français ou européens, à Mayotte, le patient consultant à l'hôpital n'est pas étranger dans son pays. Le patient ne parlant pas français n'est pas minoritaire et

même la moitié des consultations médicales se fait en présence d'un tiers aidant à la traduction (1).

Pour aider, à la fois le patient mais aussi le médecin, et éviter d'avoir recours à un membre de la famille, une des pistes proposée par le Centre Hospitalier de Mayotte est la présence dans l'équipe de soin d'interprètes. Cet interprète, qui fera également office de médiateur culturel, sera le tiers permettant la possibilité d'un échange constructif et la création d'une relation de soin de qualité.

2- La consultation avec un interprète:

Les médecins exerçant à Mayotte sont dans la grande majorité des cas des professionnels ayant effectué leur formation et leur début de carrière en France métropolitaine. C'est également le cas de la plupart des professionnels des secteurs médicaux, sociaux-éducatifs et judiciaires, exception faite des postes d'infirmiers pourvus à moitié par des locaux formés depuis 2012 à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Mayotte. Il semblerait donc intéressant d'extrapoler notre propos à tout accueil d'usagers dans des structures, associations ou institutions de l'île. Tous ces professionnels sont en effet amenés à exercer quotidiennement dans des conditions qui confrontent leur pratique habituelle à une réalité de prise en charge - ou prise en soins – singulière.

Dans une institution comme le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), d'après l'étude réalisée par Julie EYGUN-AUDAP pour sa thèse (1), 97% des patient avaient pour langue maternelle une des langues vernaculaires de l'île: shimaore, shibushi ou une langue des îles voisines comoriennes. Un tiers des patient n'avait jamais été scolarisé, 50% était sans emploi. 34% des patients interrogés ne parlaient pas français. 52% des patients interrogés déclaraient avoir besoin d'un traducteur (70% des patients étrangers mais aussi 30% des patients de nationalité française). 30% des patients parlant français souhaitaient quand même la présence d'un traducteur lors de la consultation. 68% enfin des patients interrogés pensaient qu'ils seraient moins bien soignés s'il existe une différence de langue entre eux et le médecin.

Dans les centres de consultations (ou dispensaires), des agents hospitaliers sont en poste d'hygiène mais également de traduction, en aide au médecin. Ils n'ont pas de formation spécifique même si le CHM a amorcé un cycle de formation depuis 2017. Dans les cabinets de médecins libéraux, la secrétaire est souvent amenée à faire la traduction. Un membre de la famille accompagnant peut également être sollicité, même si il est relativement admis de tous que ce n'est pas la situation idéale, surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant. Dans les services d'hospitalisation où il n'y a pas d'agent en poste de traduction, tout professionnel peut être amené à traduire (7).

Il se crée alors entre le soignant, le patient et l'interprète, un nouveau colloque singulier, un trilogue: une consultation à trois.

Les premiers travaux sur ce sujet ont été réalisés dans le domaine de la santé mentale, en ethnopsychiatrie, lors des consultations transculturelles ouvertes par Tobie Nathan et Marie-Rose Moro à la fin des années 80, puis se sont développés dans tout le champs dans l'accès aux soins des migrants.

La nécessité de traducteurs s'est également imposée dans la prise en charge de patients allophones atteints de VIH/SIDA avec des projets portés par le milieu associatif. Via le circuit hospitalier, la demande d'interprétariat en santé s'est développé au sein de conventions entre associations et institutions, le groupe de travail national interassociatif a ainsi élaboré une Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012 (8).

Mais il est rare en France que les institutions se soient dotés d'interprètes au sein même de leur structure.

La Haute Autorité de Santé a publié en Octobre 2017 un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé (9).

L'HAS définit donc l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé comme une interprétation dite de liaison, qu'il convient de différencier de l'interprétation de conférence de type unilatéral. L'interprète de liaison est toujours en présence de deux parties. Il intervient en comité restreint et, après avoir écouté en direct un des interlocuteurs, prend la parole à intervalles réguliers pour reformuler dans une autre langue ce qui vient d'être dit.

L'interprétariat médical garantit aux professionnels de la santé les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions.

Il garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins.

L'interprète en milieu médical doit exercer de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. Pour ce

faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale.

L'HAS recommande donc, face à la complexité de ce rôle, la formation, initiale et continue, des interprètes ainsi que la réalisation de séances d'analyse des pratiques.

Nous voyons donc que la fonction d'interprète dans le domaine de la santé est riche et complexe. Leur reconnaissance et leur formation sont actuellement au cœur des préoccupations des autorités de santé françaises.

Se crée donc une rencontre dans le soin où la langue jouera un rôle important: facteur d'accueil, de relation, de lien, la langue de l'autre peut devenir aussi facteur d'incompréhension, de malentendus, de barrière. Comment le duo patient-soignant arrivera-t-il à dialoguer en présence de ce tiers?

Reprenons le Dr Claire Mestre, psychiatre-psychothérapeute et anthropologue, présidente de l'association Mana à Bordeaux:

"Traduire ce n'est pas que traduire des mots, c'est aussi faire passer des concepts, des contextes. Traduire ce n'est pas que faire des passages d'un lieu à un autre, mais c'est transformer, et ainsi construire à plusieurs un sens partagé, co-construire."

3- Questionnement des protagonistes:

La création de ce groupe à trois nous amène donc à co-construire une relation de soin, à repenser la dimension de collaboration, la dynamique, la place et les fonctions de chacun dans nos accompagnements et prises en charge. Dispositifs à aménager, à moduler, à faire évoluer de façon conjointe, en y impliquant les trois parties en jeu.

En effet, la présence de l'interprète modifie la relation de soin: elle la complexifie, elle la stimule mais surtout elle la rend possible: donner du sens, donner sens à une relation de soin qui semblerait impossible ou bien très superficielle. Mais cela ne va pas sans difficultés, pour chaque protagoniste impliqué.

L'interprète a un rôle complexe et indispensable pour une relation soignant-soigné respectueuse et de qualité. Mais comment "co-construire" cette relation de qualité?

Nous parlerons ici des interprètes passeurs de langue, de sens et de culture mais n'aborderons pas le rôle des médiateurs de santé. Concept et position plus large impliquant des professionnels ou bénévoles associatifs mais n'intervenant pas forcément dans un cadre thérapeutique.

Dans l'étude de Valérie Verger, cadre au Centre Hospitalier de Mayotte, sur l'interprétariat dans le soin (11), les interprètes bénévoles interrogés soulignent l'importance pour eux d'aider à ce que le patient comprenne les choses, qu'ils puissent l'aider à exprimer ce qu'il ressent, ceci afin "d'éviter l'exclusion, l'isolement des patients en cherchant avant tout le bien être et la réassurance des patients, favoriser leur prise en charge pour leur permettre d'être bien soignés". Conscients de leur rôle indispensable à une prise en charge de qualité et satisfaits de qu'ils apportent pour le patient, ils soulignent cependant des difficultés inhérentes à cette place: manque de considération, manque d'information préalable à l'entretien, peu de cadre auprès de l'institution. Un rôle indispensable mais qui semble se limiter dans les institutions à une prestation, souvent bénévole.

Selon Claire Mestre, il convient d'accepter le fait que les interprètes influencent le processus de la traduction, par leur histoire personnelle bien sûr, mais aussi par leur parcours migratoire, de l'idée qu'ils se font de la situation, de l'intérêt qu'ils portent aux patients, et du contexte (10).

L'analyse des pratiques dans l'équipe des interprètes de l'association Mana (10) permet de comprendre que les interprètes font face, en effet, à une série de problématiques entremêlant les questions sémantiques et pragmatiques ; ils se heurtent à des obstacles «classiques» de la traduction : les intraduisibles, la restitution d'un sens parfois complexe, les passages de langue ; ils doivent renoncer à un idéal, en somme faire un travail de deuil (ibid.). Les situations où ils appartiennent au même groupe culturel que les patients, les mettent aussi en difficulté : jusqu'où doivent-ils, peuvent-ils aller dans la traduction, voire l'accompagnement ? Enfin, le manque de reconnaissance est une plainte récurrente.

Comme le souligne Claire Mestre, la traduction est donc "affaire de langues, de cultures et de sens, mais avant tout de personnes prises dans des enjeux et des contextes sociaux, qui impliquent un engagement, c'est-à-dire des choix, sous-tendus par une posture, une éthique, une organisation, particulièrement dans le champ de la santé et du social".

Le patient, lui, se retrouve confronté à une situation parfois inédite mais bien souvent assez régulièrement vécue, en consultation médicale ou bien dans toutes les démarches administratives. Face à un accueil quasi-exclusivement en langue française dans la majorité des administrations ou institutions françaises, les personnes ne maîtrisant pas bien le français font souvent appel à un interprète informel: enfant, entourage familial, accompagnant de la même nationalité d'origine. Nous parlerons ici de leur ressenti en présence d'un interprète "imposé", professionnel, agissant dans le cadre de l'institution.

Dans la thèse de Julie Eygun-Audap (1), lorsque nous demandons aux patients si ils pensent que la différence de langue entre médecin et patient entraîne une moins bonne prise en charge ou bien quelles seraient leurs idées pour améliorer les échanges médecin-patient, nous retrouvons souvent les mêmes questionnements.

Nombreux sont ceux relatant les problèmes liés:

- au secret médical:

"C'est difficile qu'il y ait une autre personne à qui raconter toute sa vie. A Mayotte, tout le

monde connaît tout le monde. Les choses se racontent beaucoup. "

- aux problèmes de compréhension mutuelle, aux risques de ne pas arriver à se faire comprendre même en présence d'un traducteur.

" La traduction ne fait pas toujours ressortir le problème "

" On comprend pas ce que le docteur dit s'il nous indique certaines choses à faire. Ca entraîne des conflits, des incompréhensions entre individus."

" Le docteur comprend pas bien ce que dit le patient. Le patient comprend pas bien ce que dit le docteur. Y a des difficultés pour les 2."

" Si je comprends pas, je vais faire autre chose que ce qu'il dit. Ca a des conséquences au niveau des médicaments"

- à l'intimité:

« Je ne suis pas à l'aise de me déshabiller devant le traducteur, mais devant le médecin oui. »

Et en tant que **soignant**, lors de consultations avec un patient allophone, en présence ou non d'un interprète, comment réagir?

Le travail de thèse d'Amandine Monrocq "La consultation de médecine générale avec interprète. Etude qualitative menée dans des dispensaires à Mayotte", soutenue en décembre 2016, interroge des médecins exerçant avec la présence quotidienne d'interprètes (12).

Les médecins décrivent une aide apportée par la présence de l'interprète, au niveau linguistique mais également social ou culturel mais également une sensation de perte de contrôle qui les destabilise.

Elle soulève cependant une certaine ambivalence dans le discours de certains médecins: "Ils attendent (du traducteur) les compétences d'un interprète professionnel neutre mais aussi une attitude de soignant impliqué dans la démarche de soin."

Elle note enfin que "même si les thèmes sont récurrents entre l'opinion du médecin et celui du patient, il semble que les médecins n'aient pas conscience des difficultés énoncées par les patients"

Paradoxalement, lorsqu'il est "évoqué d'apprendre aux médecins à évoluer dans une consultation à trois avec un interprète, aucun médecin de notre étude n'a envisagé cette solution et plusieurs l'ont même rejetée n'en voyant pas l'intérêt pour la pratique".

Comment penser des questions essentielles? Comment ne pas les mettre au second plan

en ne se focalisant que sur le seul objectif d'essayer de se comprendre? Ou de croire que l'on s'est compris!

Quid du secret professionnel, de l'information et du consentement libre et éclairé? De notre rapport aux mots et à l'expression des maux. De notre gestion du non-verbal.

Comment réagissons nous dans des situations d'incompréhension? Rejet, refus de soins, racisme, discriminations... Ne met-on pas du "culturel" sur tout ce qui a trait à une incompréhension de langue alors que d'autres facteurs entrent peut-être en jeu? Comment puis-je comprendre si l'on ne me dit pas? Comment peut-il me comprendre si je ne lui dit pas ou mal?

Citons Edgar Morin: *"La compréhension est à la fois moyen et fin de la communication humaine"*

Formés au colloque singulier médecin-malade, comment aborder la relation de soin lors d'une consultation avec un interprète?

Quelle place attribuer à la culture, à la langue, aux croyances et aux représentations dans la pratique de médecins formés à la médecine moderne occidentale basée sur l'Evidence Based Medicine. Les représentations des patients mais aussi celles des soignants!

Peut-on s'extraire du "tout culturel" pour analyser le rapport singulier qui se crée entre un patient et son médecin lors de cette rencontre? Comment prendre de la distance, mettre de côté ces difficultés et réfléchir à un accueil respectueux, de qualité et personnalisé, malgré tout?

L'exercice à Mayotte nous confronte tous les jours à ces réflexions et la problématique de la traduction reste l'un des premiers questionnements soulevé par les médecins nouvellement arrivés (loin devant des problématiques de pathologies tropicales, de thérapeutiques, d'examens complémentaires ou autres considérations techniques ou scientifiques!)

Nous nous proposons de partir de cette expérience quotidienne mahoraise , avec un exercice quotidien en présence d'interprètes, pour réfléchir grâce à plusieurs prismes à notre façon d'aborder la relation de soin en général dans un contexte plurilingue.

II/ PAROLE ET RELATION DE SOIN

«Il n'y a en effet pas lieu de mettre en conflit progrès scientifique et technologie, d'une part, empathie et humanisme, d'autre part.» Avec l'emprise technologique croissante, les communications interpersonnelles sont à considérer toujours plus «comme un paramètre essentiel de la fonction de soins (...) dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre». Glick (1993)

Malgré des années sombres de médecine nazie, de médecine coloniale ou au delà de la toute puissance d'une médecine paternaliste allant jusqu'à occulter l'avis du patient, les soignants sont, et pour beaucoup ont toujours été, liés à la relation de soin médecin-malade.

Les avancées techniques ne peuvent pas effacer la place de la parole, du dialogue et de la communication entre un patient et son médecin. Même si la parole intervient à des degrés divers dans la relation thérapeutique, il convient de lui accorder la place primordiale qu'elle occupe.

Dans son ouvrage "Dire les maux, anthropologie de la parole dans les médecines du monde", Rémi Bordes analyse la place que les différentes médecines accordent à la parole dans le soin. "Se demander ce qui confère aux mots thérapeutiques leur pouvoir de guérison" (13)

La façon de nommer un symptôme va orienter le médecin. Il existe à Mayotte des *fadi*, des interdits liés à une origine souvent inconnue mais de tradition familiale, pas nécessairement religieuse. Ils peuvent être alimentaires et dans certaines familles, certains membres ne mangeront par exemple jamais de crevettes. Beaucoup de patients emploient le terme d'*allergie* pour désigner leur rapport à ces aliments et cela entraîne parfois des incompréhensions. Mais même si chacun entend ce mot dans son langage et sa propre conception, au delà de l'incompréhension mutuelle qui peut se créer, ne peut-on pas simplement relever qu'il y a eu là un échange d'informations intimes entre un patient et son soignant? Pour Rémi Bordes, "un aspect problématique de ce rapport bio-médecin / patient réside dans la rencontre de deux langages: un discours biologique et une

expérience d'un malade". Ces incompréhensions, ces malentendus sont présents même entre un médecin et un patient de même langue, de même culture. Il existe toujours une rencontre entre deux mondes, entre deux univers, entre deux paroles.

La psychologie et la psychiatrie sont au centre des réflexions sur ces différents usages de la parole comme aide ou obstacle thérapeutique. Des mots pour dire les maux. A des degrés divers, avec plus ou moins de facilité, la parole nourrit le lien médecin-patient. L'hypnose utilise la parole comme moyen d'accéder à un état de conscience modifié à des visées thérapeutiques.

Mais peut-il se créer une relation thérapeutique en dehors d'une parole directe?

Il est intéressant de savoir qu'en Chine, certains thérapeutes utilisent une statuette représentant une femme où la patiente pointe du doigt la région malade ou douloureuse (14). Ne pas toucher, ne pas dire le mal. Voilà une conception certes culturelle du rapport au corps mais que nous utilisons tous, pour diverses raisons: pudeur, intimité mais aussi habitude. Remarquons que le patient ne fait pas que nommer la partie de son corps douloureuse lorsqu'il explique ses symptômes au médecin, il la montre quasi-systématiquement.

Le corps parle, réagit. Les soins et les prises en charge pointues aux nouveau-nés, aux nourrissons, aux personnes démentes, aux sourds et muets, à certaines personnes handicapées montrent bien qu'il est possible d'établir une relation de soin respectueuse, adéquate, adaptée même sans l'usage de la parole.

Entre un soignant et un patient, se créer toujours une relation non-verbale chargée de sens. Expressions du visage, du corps, réactions, émotions, gestuelle, attitude, posture... La relation de soin n'est jamais unidirectionnelle et les aller-retours verbaux ou non-verbaux créent la rencontre et le lien.

Dans le documentaire "Que reste-t-il de nos erreurs", Dominique Davous, mère de Capucine, décédée à la suite d'une erreur médicale prononce une phrase poignante de sens:

"c'est à travers son visage que pour moi l'annonce a été faite" (15).

La rencontre soignant-patient est donc un moment complexe où deux individus, deux mondes, deux systèmes de pensées vont devoir communiquer et se comprendre. Quelles nouvelles problématiques éthiques vont émerger lorsqu'une tierce personne va se greffer à ce couple afin de rendre possible ces échanges?

III/ PRINCIPES ETHIQUES EN PRATIQUE MEDICALE:

Nous définirons la morale (de *Mores: moeurs, habitudes de conduite*) comme l'ensemble de principes ou de normes relatif au bien et au mal, qui permet de juger et de qualifier les actions humaines. Il y a là un caractère impératif et collectif.

L'éthique (de *Ethos, la tenue de l'âme*) sera entendue comme une manière de se comporter, une réflexion critique sur les normes de l'action juste ou bonne, mise en réflexion pour éclairer des situations contextuelles.

Pour Aristote et son éthique des vertus, "toute vertu réside dans un juste milieu entre deux solutions extrêmes", entre défaut et excès. Peut-être une méthode de réflexion pour un positionnement éthique tempéré?

L'éthique médicale consiste à identifier et analyser les principes, les valeurs et les conflits de valeur qui entrent en jeu dans les situations de soin, la recherche et les politiques de santé publique.

Dès le IV^e siècle avant JC, le serment d'Hippocrate pose le socle de la déontologie médicale et soulève des attitudes et positionnements éthiques inhérents à la pratique médicale et à la relation médecin-malade.

Le Code de Nuremberg en 1947 fixe, à la fin de la seconde guerre mondiale, les grandes valeurs essentielles de la pratique médicale dont l'article 1er sur le consentement éclairé de la personne.

La France se dote de ses premières lois de bioéthique en Juillet 1994. La révision de ces lois est intervenue par la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

En 1983 est créé le Comité National Consultatif d'Ethique afin de développer la réflexion éthique au sein de la société française et de rendre des avis sur certains sujets de société relatifs à la médecine et à la recherche médicale.

Tom Beauchamp et James Childress publient en 1978 un ouvrage qui fait référence et qui promeut 4 principes qui sont censés être universellement acceptables et éclairer les situations cliniques : *Les Principes de l'éthique biomédicale* (16). Cet ouvrage s'inscrit dans le contexte de la société américaine multiculturelle et individualiste de l'époque. Il répond à la demande de règles simples et claires afin de guider la décision dans une société pluraliste.

Cet ouvrage constitue aujourd'hui encore une référence pour la bioéthique américaine et européenne. Nous présenterons ici ces 4 grands principes, qui ne sont ni hiérarchisés ni exhaustifs à toute réflexion éthique.

- Le principe du respect de l'autonomie:

Il s'agit de l'obligation de respecter la compétence à décider et les choix des personnes autonomes. Ce principe impose que le médecin ou tout soignant donne une information claire au patient et respecte le choix de celui-ci.

Un patient ne peut prendre une décision autonome et éclairée que lorsque la possibilité d'exprimer ses propres croyances et systèmes de valeurs lui a été offerte et que sa décision est prise hors de toute contrainte.

Le principe d'autonomie de la personne est limité en pratique par la législation.

Face aux limites du principe d'autonomie dans le principisme, plutôt que de supposer l'autonomie du patient comme donnée et inaltérable, il faut se demander de quelle manière la maladie l'affecte et comment la relation thérapeutique et tout l'environnement du patient peuvent l'aider à développer, selon ses besoins et ses valeurs, son autonomie propre.

- Le principe de bienfaisance:

Ce principe pose que l'action du soignant doit tendre à procurer le bien et les bienfaits que le patient estime souhaitables.

- Le principe de non-malfaisance:

Ce principe exige que les nuisances découlant de l'action biomédicale soient inférieures aux bienfaits attendus. Le fameux *primum non nocere* d'Hippocrate:

"Face aux maladies, avoir deux choses à l'esprit: faire du bien, ou au moins ne pas faire de mal».

- Principe de justice:

Il s'agit de l'obligation d'équité dans la distribution des risques et des bénéfices. Ce principe s'exprime en termes de population: obligation de répartir de manière équitable les ressources médicales, les bienfaits et les risques d'une conduite médicale.

Le principisme apporte trois notions fondamentales dans toute réflexion sur la relation médecin-malade:

- le respect de l'autonomie implique de traiter le patient comme un égal, dans un rapport de reconnaissance réciproque.
- le principe de bienfaisance implique que le patient évalue son propre bien et que l'on respecte son point de vue.
- le principe de justice implique l'équité: ne pas stigmatiser, ne pas introduire de discriminations mais aussi avoir en vue un souci de solidarité collective.

S'y ajoute la dignité de la personne humaine : une formule prisée dans les textes officiels, tirée de l'impératif catégorique kantien de « ne jamais traiter autrui seulement comme un moyen, mais comme une fin ».

Mais dans la pratique médicale, il existe quotidiennement des conflits entre ces principes éthiques et la réalité des actes, des situations, des attitudes de soin.

Au regard du souci d'autonomie du patient, quel temps laisser à une compréhension mutuelle lors d'une consultation? Quelle réalité objectiver dans une tarification à l'acte? Comment questionner la place d'un réel consentement libre et éclairé?

Concernant la bienfaisance, le souci du bien pour le patient est-il toujours au premier plan? Le soignant arrive-t-il réellement à savoir ce que le patient estime souhaitable pour lui-même? Lui laisse-t-il réellement cette réflexion?

Dans l'accueil des patients non allophones, le principe de justice est-il toujours appliqué? Quelle équité dans l'accès à des soins compréhensibles? Existe-t-il une éthique à culture variable? Comment penser les discriminations, les inégalités d'accès aux soins, l'absence d'équité pour une certaine partie des patients?

Quel poids laissons-nous à l'héritage du paternalisme ou du néocolonialisme dans notre rapport à l'autre? Entre éthique collective et éthique individuelle, comment des raccourcis sociétaux peuvent entraîner des dérives qui peuvent avoir des conséquences individuelles graves?

Toutes ces réflexions et questionnements inhérents à une pratique en milieu interculturel sont donc toujours à réactualiser, à individualiser en partant de ces postulats, de ces principes mais ils sont à contextualiser et à adapter pour une pratique, selon la formule de Ricoeur, "bonne".

IV/ REFLEXIONS ETHIQUES SUR LA RELATION DE SOIN EN CONTEXTE PLURILINGUE:

Face à une situation de soin qui peut sembler n'être qu'incompréhension, qui met en tension nos habitudes, comment développer une pensée réflexive? Citons Socrate "suspendre les actions, mettre à distance les passions pour penser". Pour se remettre à penser, à panser, quelle que soit la langue de l'autre.

En effet, comme Adermo, cherchons à avoir l'"habitude à voir le semblable dans le dissemblable" et dépassons les barrières collectives, individuelles, historiques pour revenir au coeur de la relation de soin. Mais encore faut-il s'en rendre compte, analyser ces barrières, les déconstruire pour pouvoir s'en affranchir.

Ricoeur reprend le mythe de Babel, qui pour lui n'est pas seulement catastrophe séparant les hommes et entraînant dispersion et confusion, mais met en exergue un fond commun à ces langues qui rend l'exercice de traduction possible. Il s'agit là d'un défi de fraternité imposé aux hommes et que l'interprète pourra favoriser. La reconnaissance d'une pluralité essentielle à l'humain en tant que tel.

"La traduction devient ainsi le moment privilégié d'une reconstruction de l'unité plurielle du discours humain ouvrant la voie à une éthique de l'hospitalité langagière et de la convivialité " (17).

En parlant de réflexion éthique, Paul Ricoeur nous invite à "*Vivre une vie bonne dans de bonnes institutions avec et pour autrui*" (18). Essayons d'analyser les facteurs qui entrent en jeu pour chacun des protagonistes de l'histoire lors d'une consultation en présence d'un interprète dans nos institutions de soin. Quels conflits animent à la fois l'interprète et le soignant dans cet accueil de l'Autre? Comment nos institutions peuvent-elles favoriser un accueil respectueux de ces patients? Comment l'Autre peut-il rester au centre de notre préoccupation majeure?

- Réflexions éthiques sur la place des interprètes:

Steiner écrivait dans *Les Antigones*: «*La traduction est bien ce pont-levis que les hommes franchissent depuis Babel pour pénétrer dans ce que Heidegger a appelé "la maison de leur être".*»

Reprenons la Haute Autorité de Santé dans ses Recommandations de bonne pratique (9) pour qui l'interprète dans le domaine de la santé intervient au croisement des registres de langages, d'usages et de systèmes de référence et fait preuve d'une attention et d'une disponibilité interculturelles afin de mettre en « relation de compréhension » les parties.

Notons que l'HAS place le "personnel de l'hôpital non formé à l'interprétariat et maîtrisant, à des niveaux variés, les deux langues impliquées dans la communication" au même plan que l'entourage du patient ou un autre usager, elle les définit comme un professionnel de proximité, c'est à dire un tiers utilisé pour lever la barrière linguistique mais pas comme un professionnel de l'interprétariat en santé.

Dans le recours à un tiers non formé à l'interprétariat, l'HAS décrit les limites et risques de cette méthode:

- le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes)
- la non maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par le tiers non formé à l'interprétariat (non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat et non maîtrise de la posture d'un tiers en retrait)
- la non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers.

Ces limites soulèvent les difficultés de ce rôle à la croisée des discours. Mais si le statut et le rôle de l'interprète en milieu médical a été longtemps flou et sa présence mal définie, les changements sociétaux à l'heure actuelle en font un facteur clé d'une prise en charge personnalisée et efficiente de tous.

Il convient de réfléchir à ces problématiques pour les appréhender positivement et arriver à dépasser les obstacles d'incompréhension.

Dans l'article "Le rire de l'interprète" de la revue Les Cahiers de Rhizome (19), les auteurs consentent que le dispositif de thérapie avec un interprète peut être déroutant. Cependant, cette déroutance est pour ceux qui font l'expérience de ces thérapies multilingues avec l'aide d'un interprète l'occasion de repenser leur pratique clinique. Les mots échangés entre thérapeute, interprète et patient sont investis d'une valeur particulière. Jean-claude Métraux parle, dans *La migration comme métaphore* de paroles précieuses. En faisant appel à un interprète professionnel, nous indiquons que les mots venus d'ailleurs, témoignant de l'intime, ont assez de valeur pour que nous dérangions notre cadre habituel de travail pour les accueillir et les comprendre. Le dispositif avec interprète donne de la valeur aux paroles du patient comme à celles du thérapeute et de l'interprète – sans qui rien ne serait possible. Mais, au-delà de la compréhension mutuelle entre patient et thérapeute, il s'agit, par le recours à un interprète professionnel, de donner de la valeur à l'échange de paroles en lui-même. Certes, travailler avec un interprète, concrètement, signifie pour le psychothérapeute penser à ce qu'il dit, mais aussi à la manière dont il le dit.

Dans la traduction il y a donc un rapport sensible à l'Autre et à la langue de l'Autre. La difficulté entre traduction et trahison est une problématique souvent soulevée par les soignants ou par les patients (1) et (11). Pour Ricoeur, tenter de substituer au couple traduisibilité/intraduisibilité le couple fidélité/trahison, dépasser le regret «*d'équivalence sans identité*» pour aller vers «*amener le lecteur à l'auteur, amener l'auteur au lecteur, au risque de servir et de trahir deux maîtres, c'est pratiquer ce que j'aime appeler l'hospitalité langagière*».

"Le plaisir d'habiter la langue de l'autre est compensé par le plaisir de recevoir chez soi, dans sa propre demeure d'accueil, la parole de l'étranger" (17)

Comme le souligne Alexis NOUSS dans la Revue Spirale *Traduire, entre les langues* (20), pour Paul Ricoeur, la traduction est présentée comme la "*construction d'un comparable*" au delà des différences culturelles et langagière, au delà de l'intraduisible.

Selon Ricoeur, pour l'interprète, le seul moyen de trouver le bonheur de la traduction est de consentir à cette perte inévitable et de ne pas vouloir combler l'écart entre équivalence et adéquation. Il lui faut donc reconnaître et accepter la différence indépassable qui sépare le propre de l'étranger et, à cet égard, faire preuve d'hospitalité langagière en accueillant chez soi la parole de l'étranger. Ce n'est que par ce travail de deuil et cette

hospitalité langagière que le traducteur connaîtra le bonheur de la traduction.

L'interprète, catalyseur indispensable au centre d'un dialogue qui engage le soignant et son patient, leur permet de lier une relation de soin efficiente. Sa position est centrale dans cette relation de soin particulière. Voyons maintenant comment le médecin va pouvoir se placer dans ce contexte de soin.

- Réflexions éthiques sur le positionnement des soignants:

Les textes de loi français notifient clairement la nécessité pour un soignant de rechercher à être sûr que son patient ait bien compris le message qu'il lui transmet. Dans l'article R.4127-35 du Code de la Santé Publique, repris dans l'article 35 du Code de déontologie, il est noté que le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension (21).

Le Conseil National de l'Ordre des médecins dans *Pratique médicale et identités culturelles* stipule que l'action du professionnel vis à vis de son patient doit être de comprendre et d'expliquer, d'écouter et de voir, de respecter et d'aider (22).

Le Code de déontologie médicale précise que ce devoir s'étend à tout patient: " le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard (23).

Les textes de loi sont donc bien précis sur l'obligation de tout soignant d'accueillir de façon équitable tous les patients. Ils insistent sur la nécessité de prendre en compte la singularité de chaque patient. Dans le respect de la laïcité, ils notent qu'un patient doit être pris en charge sans occulter sa culture d'origine. Cette prise en compte de l'identité

culturelle d'un patient est à la base des travaux et des soins en psychiatrie transculturelle.

En effet, en éthnopsychiatrie, la psychiatrie transculturelle prend en compte la culture au sens large et la culture d'un patient ou de sa famille dans les soins psychiques. Elle utilise de façon complémentaire en clinique les données anthropologiques et les éléments psychiatriques selon la méthodologie complémentariste de Georges Devereux. Dans les consultations transculturelles mises en place par Tobi Nathan et Marie-Rose Moro, l'Autre dans sa singularité n'est pas nié mais pris en compte comme faisant parti des éléments nécessaires pour que le soignant puisse prendre en charge le patient.

Dans l'article "A propos de «Pratique médicale et identité culturelle», le rapport de l'Ordre des Médecins" (cité précédemment), Alice Desclaux insiste également que:

"Pour les médecins, la question de la culture n'est pas purement abstraite: elle donne leur forme à l'expression des troubles et souvent aux symptômes, elle régit la communication entre patient et soignant, détermine le sens donné à l'épisode pathologique et à son traitement, régit les conséquences pour le patient et son entourage: elle s'inscrit dans l'intime des corps et détermine l'efficacité de l'intervention médicale. Nombre d'entre eux sont également attentifs au fait que l'identité du patient mobilisée dans la relation médicale est simultanément marquée par sa situation sociale, économique et juridique. " (24)

L'approche transculturelle permet de recontextualiser le patient dans son histoire, son vécu, sa culture. Et permet au soignant, d'une autre culture, d'approcher son unicité dans un contexte de soin.

Mais la rencontre singulière qui se joue dans une relation de soin ne va-t-elle pas au delà de la culture? Pour ce faire, il faudrait prendre acte de ces différences culturelles en les intégrant à notre rapport à l'Autre mais les dépasser et rechercher dans ce "colloque singulier" la rencontre entre deux humanités.

Le Pr Didier SICARD, président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique, questionne "Si le principe de bienfaisance est la pierre d'angle de l'éthique biomédicale, ce principe peut-il transcender les spécificités culturelles ? Peut-il être contesté par des cultures autres que celles à qui appartient la mise en œuvre de ce principe ? En un mot, la

médecine est-elle plus qu'une culture pour étendre son territoire sur le monde humain ?" Il poursuit par cet exemple "le secret médical n'est pas un problème culturel mais une question essentielle qui concerne le rapport que chaque être entretient à son corps. L'éthique biomédicale ne peut donc se satisfaire du regard culturel, elle ne peut que s'approcher de l'autre dans sa solitude absolue " (25).

Cependant, en pratique, le recours à un interprète professionnel pour débloquent des situations d'incompréhension est rare. Nier l'absence d'une réelle compréhension pour éviter d'aller au delà? Dans l'étude sur l'interprétariat en santé mentale de Béal et Chambon (26), la non-demande peut être expliquée par le non-besoin ou le désintérêt d'un point de vue professionnel. En effet, quelques soignants en santé mentale interviewés par ces derniers évoquent l'idée qu'ils puissent se passer de la communication orale et du langage pour communiquer et soigner les patients allophones. Ils évoquent notamment d'autres manières de communiquer, à un niveau « infraverbal » . Ces soignants comparent alors les thérapies mises en place à celles qui sont utilisées avec des catégories de patients présentant des handicaps communicationnels, non sans conséquences sur l'identité sociale délégitimante qu'ils construisent et projettent potentiellement sur les patients allophones qu'ils soignent ainsi. On observe ici une volonté d'affronter l'impossibilité de communiquer avec l'autre par l'utilisation de connaissances et de pratiques de soin autres, spécifiques. Les soins aux patients allophones sans interprètes peuvent aussi se construire dans la « débrouille », le bidouillage. L'outil informatique, l'utilisation de logiciels de traduction accessibles sur internet peuvent être des moyens de communiquer verbalement à minima. Mais ces soignants nient le besoin de co-compréhension.

Mais dans une telle relation de soin, comment le soignant peut alors mettre en jeu la sollicitude de Ricoeur? Dans la "débrouille", comment avoir une attitude respectueuse qui reconnaisse l'humanité de l'autre dans sa souffrance ou sa maladie. Quelle volonté pour une réelle compréhension mutuelle?

Selon l'éthique narrative, le soignant sollicite le récit de l'autre qui se met en intrigue. Il lui donne la parole pour lui permettre de se raconter. il vise à mettre en intrigue autre par l'écoute, en l'invitant à mobiliser sa pensée et à devenir le personnage de son histoire, en créant du sens en se racontant.

Cette éthique du soin, de la sollicitude, du care est à solliciter pour tout soignant cherchant à aller à la rencontre de l'autre, malgré la "barrière" de la langue.

Si nous reprenons le principe d'hospitalité inconditionnelle pour un accueil de l'autre sans conditions, sans attendre de réciprocité, nous modifierons notre attitude de soignant.

Lévinas s'attache à reconnaître en l'autre une part irréductible d'incompréhension, une impossibilité de communiquer mais la démarche phénoménologique où l'on doit se fier à nos sens mais sans interpréter soulève l'importance du visage: marqueur de l'unicité de l'individu, de son identité, objet de rencontre et de lien (reflet des émotions, des liens qui se créent), importance du langage corporel.

"Devant le visage d'autrui, je ne reste pas là à le contempler, je lui réponds" (Lévinas, E., Ethique et infini, 1982)

"Par le visage de l'autre, je rencontre son humanité, je découvre l'impossibilité de lui faire du mal, ma promesse, mon engagement"

L'éthique de Lévinas nous fait prendre le risque d'être déconcerté, de prendre le risque de se laisser atteindre par l'autre, prendre le risque de répondre de cet appel, de cette sollicitation.

Etre soignant, c'est être à la fois clinique et éthique, être compétent et compatissant.

Dans les théories du care, développées outre-Atlantique dès 1982 par Carol Gilligan (27) notamment et par Joan Tronto (28), le projet éthique est de sortir le soin et le souci d'autrui de la seule éthique féminine pour en faire un projet démocratique. Que la "capacité à prendre soin d'autrui" soit un projet qui concerne chacun de nous mais également notre société et nos institutions.

- Réflexions éthiques sur l'accueil des patients allophones dans nos institutions:

Quelles sont donc les aspects de nos sociétés occidentales qui influent notre souci du soin, du prendre soin?

Historiquement, les hôpitaux (du latin *Hospes*, l'hôte) ont toujours été des lieux d'accueil et d'assistance des plus vulnérables, dans un esprit de charité et de religiosité. L'évolution en a ensuite fait des lieux de recherche et d'enseignement. Mais suite aux dérives de la médecine nazie, le Code de Nuremberg a placé en 1947 le principe de

consentement au centre de l'éthique biomédicale. En France, au XXIème siècle, le souci de transparence, d'information et de consentement a largement été inscrit dans les différentes lois de santé. Dans le Code de Santé Publique, l'article L 1111-4 précise que "toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé" Le médecin a donc obligation d'informer et de choisir avec le patient, cette loi tend à l'horizontalisation de la relation médecin-malade.

L'article 34 du Code de Déontologie précise que le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Dans l'avis 127 du Comité Consultatif National d'Ethique sur l'accueil des migrants au sein des structures de soin françaises (29) les constats rendus conduisent à l'énoncé d'un certain nombre d'exigences éthiques dans l'accueil des migrants dont la mise en pratique d'un mode pertinent de communication, linguistique et culturelle, avec les personnes pour mieux comprendre leurs attentes dans le cadre de leur prise en charge soignante. Il convient, selon le CCNE, de rendre possible le « colloque singulier » entre médecin et patient par des échanges compréhensibles, sur le plan linguistique, d'une part, et sur celui du contexte culturel, d'autre part.

En effet, dans notre société contemporaine, à l'heure de la mondialisation et de la crise concernant l'accueil des migrants, ces points fondamentaux d'information, de consentement libre et éclairé doivent rester primordiaux dans notre pratique. En dehors de toute considération politique, la loi nous y oblige. Mais qu'en est-il des moyens? Qu'en est-il de cette hospitalité inconditionnelle d'un point de vue socio-économique et en terme de santé publique dans nos institutions?

La barrière linguistique étant cause majeure d'inégalité de santé, facteur limitant l'accès aux soins, facteur de vulnérabilité, facteur de discrimination, facteur d'erreur de diagnostic, de traitement, de compréhension de la part du soignant ou du patient, le recours à un interprète par une institution permet de dénouer grand nombre de blocages.

Ainsi, plusieurs études montrent que la non-maîtrise et/ou le non-partage de la langue peut amener au moins à des « effets de filtre », mais plus problématiquement aussi à des

erreurs de diagnostic et de traitement (mader, 2000). Ainsi, les écarts linguistiques apparaissent comme l'une des causes majeures des inégalités de santé (brisset et al.), la langue étant identifiée à un facteur freinant l'accès aux soins selon des travaux sur l'accès aux droits des migrants (stanojevitch 2007 ; Hoyez 2012).

La barrière linguistique et la distance culturelle limitent la communication avec les usagers et sont à l'origine parfois de difficultés ou d'échecs dans les prises en charge proposées malgré la motivation des soignants. La sensibilisation des professionnels aux enjeux de la multiculturalité et aux effets de la discrimination joue un rôle clé dans l'ouverture des institutions à une compétence spécifique.

En termes de bénéfices pour la santé publique (Tabouri, 2009), travailler avec un interprète ou un médiateur culturel dans le cadre du soin en santé mentale permet : une fiabilité du diagnostic, une réduction des délais d'intervention, sur le registre de l'économie de la santé, on note une efficacité des consultations, moins d'orientations vers les urgences, une adéquation des services par rapport à la demande, on peut avancer la dimension d'intégration par le biais du soin. À cet égard, l'interprète participe implicitement à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et les discriminations en santé dont la langue est un des facteurs centraux. (30)

Au delà les polémiques budgétaires ou politiques sous-jacentes fréquemment soulevées, vis à vis de l'accueil et des prestations organisées institutionnellement à l'égard des étrangers, il est indispensable, en terme de santé publique de considérer également cette question sous cet angle économique.

Dans un centre hospitalier comme celui de Mayotte, où le tiers des patients consultant ne parle pas le français et où la moitié déclare souhaiter la présence d'un interprète (1), cet angle financier ne peut être occulté.

Les coûts initiaux sont certes plus importants mais le recours à un interprète permet de cibler plus rapidement les problèmes et d'éviter par exemple des examens médicaux ou des hospitalisations inutiles (bischoff & Denhaerynck, 2010 ; Hampers & mcNulty, 2002).

A l'heure de grands changements de paradigmes: tendance à la disparition du paternalisme, place de l'éducation thérapeutique du patient, émergence de patients partenaires, les institutions hospitalières françaises ne peuvent que s'adapter à la réalité

du contexte social. Les réflexions éthiques visant à aboutir à une synthèse du "meilleur équilibre, meilleure possibilité, moins pire solution" dans une situation donnée à un moment donné et dans un lieu donné doivent prendre en compte ces facteurs. Ceci afin de permettre d'apaiser les tensions, de rassurer, de ré-ouvrir un dialogue et les relations entre soignants et patients venant de tout horizons.

En effet, sachons organiser nos structures de soin pour "accueillir l'Autre dans nos institutions grâce à un interprète qui saura accueillir les mots et les maux, les tordre et nous les présenter de façon précieuse" (Mestre C.)

- Relation de soin et consultation à trois:

Les hôpitaux français appliquent la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

L'accueil du patient est régit par des directives et les droits des patients ont grandement évolués.

Nous avons vu précédemment la place donnée actuellement à l'éducation thérapeutique des patients dans les services de soin et les prises en charge. Ceci s'accompagne de la mouvance de la démocratie sanitaire avec le partenariat patient-professionnel de santé: la possibilité offerte au patient de se transformer en acteur: information, consentement, co-décision, participation active.

A une posture éducative du soignant (ne pas faire à la place mais faire avec) répond également une autonomie du patient (libre arbitre).

La philosophie morale de Kant est souvent invoquée à l'appui des principes d'autonomie et de dignité de la personne humaine. Kant définit la personne humaine comme douée de raison et, par conséquent, comme autonome.

Etre doué de raison, c'est être capable de se donner à soi-même ses règles d'action et de vie, ses propres lois. Par opposition à l'hétéronomie où autrui décide à votre place.

La dignité est inhérente à la personne humaine : toute personne humaine, qu'elle puisse ou non faire effectivement usage de sa raison possède une dignité intrinsèque dans la mesure où elle appartient à l'espèce humaine. De ce fait, elle doit être respectée de

manière absolue. Elle doit toujours être considérée comme une fin de l'action, et jamais seulement comme un moyen. (31)

En reprenant le déontologisme kantien, le respect de tout patient, au delà de la langue, doit être une priorité pour tout soignant. C'est cet accueil de l'Autre, respectueux de sa dignité, qui crée la singularité du colloque médecin-patient. L'unicité de chaque relation de soin va créer une alliance de soin individualisée, quelque soit la langue du patient.

Reprenons Canguilhem: «En matière de normes, c'est toujours à l'individu qu'il faut se référer" (32). Le bon médecin est celui pour qui la norme est le sujet lui-même. Quelle que soit la langue du patient, c'est son univers qui fera office de référence. Et c'est au professionnel de mettre en oeuvre tous les moyens possibles pour permettre une relation de soin de qualité.

Comme le soulignait le Père SAINTOT lors de la conférence "Bioéthique, ce qu'en disent les religions" à Marseille en février 2018 , il faut tendre à accepter de recevoir l'autre comme être ayant trois niveaux: être de signification, être de relation et être d'institution, avoir donc une éthique de soin à ces trois niveaux. Ne pas forcément arriver à comprendre le monde de représentation de l'autre mais du moins l'accueillir, le reconnaître et le respecter.

Etre donc capable d'empathie, capable de se projeter dans la scène perceptive d'autrui, être capable de réagir aux manifestations d'autrui. Sans forcément se mettre à la place de l'autre mais chercher dans son histoire ou sa culture une analogie qui nous permet de la comprendre.

A cela peut engendrer des conflits politiques entre un traducteur et un patient de même langue mais de groupe politique historiquement ennemis (il est souvent noté des difficultés entre des russes et des tchéchènes ou bien entre des africains de la région des grands lacs). Là devra se poser la professionnalisation des interprètes qui devront faire acte d'empathie inconditionnelle.

A l'heure de la médecine personnalisée, de la biomédecine, les aller-retours sont constants entre médecine des maladies et médecine de la personne, priorisation (efficience de ce que l'on fait dans le milieu où l'on est), pertinence et personnalisation.

Quand la représentation et l'impact de messages de prévention passe par les filtres cognitifs (valeurs, visions du monde, âge, croyances diverses), il convient de s'adapter à cet autre que l'on reçoit.

Lorsque le soignant rencontre des facteurs compliquant l'accès à une prise en charge de qualité, il existe la possibilité de transgresser les consensus si il y a le besoin de prioriser une prise en charge pour qu'elle soit réalisable et adaptée, mais toujours de manière réfléchie, argumentée, raisonnée. L'éthique procédurale utilisée dans ces situations doit permettre de toujours mettre l'Autre au centre des décisions médicales, même en contexte plurilingue ou en présence d'un interprète.

L'approche centrée sur la personne, décrite par Carl Rogers à la fin des années 60, définit trois conditions facilitatrices de la relation thérapeutique de soin (33). Peut-être à garder en mémoire lors d'une relation thérapeutique à trois où ces notions peuvent se diluer face à d'autres impératifs de compréhension.

- la congruence: Cela concerne la capacité du praticien à être correctement en contact avec la complexité des sentiments, des pensées, des attitudes qui sont en train de circuler en lui tandis qu'il cherchera à suivre à la trace les pensées, les sentiments de son patient.
- la considération positive inconditionnelle : il la définit en ces termes: «d'une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce qui est dans son client. Cela veut dire que le thérapeute se soucie de son client, sans condition. Xavier Haudiquet, dans son analyse de cette approche, souligne qu'il pourrait "paraître naturel et logique que la personne qui souhaite aider son prochain dispose d'une certaine considération positive pour l'autre. Il serait absurde d'imaginer qu'un aidant puisse avoir des intentions négatives ou un regard indifférent. Hors cette attitude peut-être parfois relevée par des patients allophones. Sous couvert d'une incompréhension de langues, le soignant peut en déduire une compréhension tout court, infantiliser le patient ou à l'extrême, ne même pas lui adresser la parole. Cette notion est donc à se remémorer de temps en temps lorsque notre pratique tend à être mécanisée ou déshumanisée" (34).
- l'écoute active, avec empathie et non-directivité: utiliser le questionnement et la reformulation afin de s'assurer que l'on a compris au mieux le message de son interlocuteur et de le lui démontrer. Cette approche se caractérise par la manifestation d'un respect et une confiance chaleureuse envers l'interlocuteur, pour qu'il brise ses défenses et s'exprime librement.

Entre le médecin et son patient allophone, la rencontre dans le soin va aller au delà du duo soignant-soigné. Elle va mettre en jeu des conflits intimes qui peuvent déstabiliser et le médecin et le patient. Le rôle, difficile mais primordial, de l'interprète sera de permettre cette rencontre. En offrant une "hospitalité dans la langue", l'interprète va permettre un accueil inconditionnel.

"Le soin est une conversation ainsi qu'un regard sur soi-même"

(Reach, Une théorie du soin)

CONCLUSION

En partant de notre pratique quotidienne de médecin généraliste exerçant à l'hôpital et sur le territoire de Mayotte, nous avons voulu démêler les conflits qui peuvent survenir lors d'une relation en présence d'un interprète.

Nous avons tenté d'aborder les enjeux de la relation verbale et non verbale dans une consultation médicale avec un patient allophone.

En ayant recours à des éclairages historiques, juridiques, sociétaux ou philosophiques, notre réflexion éthique nous a amené à penser notre rapport à cet Autre que nous accueillons dans nos consultations.

Médecins, soignants, interprètes, institutions, sommes nous prêt à cette hospitalité inconditionnelle?

BIBLIOGRAPHIE:

I/ Consultation médicale et interprétariat:

(1) Julie Eygun-Audap. Caractéristiques sociolinguistiques des patients rencontrés en dispensaire à Mayotte: analyse d'une prise en charge en contexte interculturel. Thèse, université de Bordeaux, 2015.

(2) Association Fikira de Mayotte et d'ailleurs

<https://fikiramayotte.wordpress.com>

(3) Géographie et histoire [Internet]. France Diplomatie : Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/comores/presentation-de-l-uniondes/article/geographie-et-histoire-82553>

(4) INSEE – Populations légales de Mayotte en 2017, recensement de la population. Parution le 27-12-2017

(5) Zaidani D, Henry M. Médecine et santé à Mayotte, du XIXesiècle à nos jours. Archives Departementales - Mayotte, 2013

(6) Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2016

(7) Guide du traducteur, CHM

(8) Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012.

(9) Haute Autorité de Santé. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques – Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, Octobre 2017

(10) MESTRE C., L'interprétariat en psychiatrie, complexité, inconfort et créativité" – revue Les Cahiers de Rhizome, Février 2015.

(11) V. VERGER, Communiquer avec des patients de langue étrangère: l'interprétariat permet-il une égalité des soins pour tous? Mémoire école de cadre de santé, juin 2015.

(12) A. MONROCQ, La consultation de médecine générale avec interprète. Etude qualitative menée dans des dispensaires à Mayotte. Thèse, université de Montpellier, 2016.

II/ Parole et relation de soin:

(13) Rémi BORDES (dir.), *Dire les maux. Anthropologie de la parole dans les médecines du monde*, 2011, Collection : Ethique et Pratique Médicales, L'Harmattan

(14) MATINE Bahram, REGNIER François, *Des maux en paroles. Médecine et malade venus d'ailleurs*. 2016 Collection Ethique médicale, L'Harmattan

(15) Que reste-t-il de nos erreurs? Nicolas, Raphaël et Capucine. Un film de Nils Tavernier et Gil Rabier

III/ Principes éthiques en pratique médicale:

(16) Beauchamps T., Childress J. - Les principes de bioéthique, Ed. Les Belles Lettres

IV/ Réflexions éthiques sur la relation de soin en contexte plurilingue:

(17) RICOEUR Paul, Sur la traduction, Ed Les belles lettres

(18) RICOEUR Paul, Soi même comme un autre, septième étude, Le Seuil, 1990.

(19) Laure Wolmark , Aude Nguyen et Marie Cossart - COMEDE - Comité pour la santé des exilés- Le rire de l'interprète, revue les Cahiers de Rhizome, l'interprétariat en santé mentale, 2015.

(20) Nouss, A. (2004). Le problème de la traduction / Sur la traduction, de Paul Ricoeur, Bayard Culture, 69 p..Spirale, (197), 12–12.

(21) Code de Santé Publique. Accessible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

(22) Pratique médicale et identités culturelles. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 18 juin 2005. Dr DEAU (Rapporteur) Drs Bouet, CERRUTI, LAGARDE, LERICHE, POUILLARD

(23) Code de déontologie médicale. Edition avril 2017. Conseil de l'Ordre national des médecins.

(24) DESCLAUX Alice, «À propos de «Pratique médicale et identité culturelle», un rapport de l'Ordre des Médecins», *Bulletin Amades*, Février 2009

(25) SICARD Didier, Principes de l'éthique médicale et interculturalité - La Lettre de l'Espace Ethique Région Ile-de-France, 2002

(26) BEAL et CHAMBON, Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes, revue Les cahiers de Rhizome, 2015

(27) Gilligan Carol, *In a Different Voice*, Harvard University Press 1982, trad. française chez Flammarion, 2008

(28) Joan Tronto, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, Editions La Découverte, 2009

(29) Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé - Avis n° 127 – Santé des migrants et exigence éthique – adopté le 7 septembre 2017

(30) BOURDIN et LARCHANCHE, De l'interprétariat à la médiation en santé mentale: l'expérience du centre Françoise Minkowska, Revue les Cahiers de Rhizome, 2015.

(31) Kant, Fondements de la métaphysique des moeurs, 1785.

(32) Canguilhem, Le normal et le pathologique, 1943

(33) ROGERS, C. R. Le développement de la personne. Paris. Dunod-Interéditions, 1968

(34) HAUDIQUET Xavier, « Le regard positif inconditionnel : comment y parvenir ? »,
Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, 2013