



HAL
open science

Caractéristiques sociolinguistiques des patients rencontrés en dispensaire à Mayotte : analyse d'une prise en charge en contexte interculturel

Julie Eygun-Audap

► **To cite this version:**

Julie Eygun-Audap. Caractéristiques sociolinguistiques des patients rencontrés en dispensaire à Mayotte : analyse d'une prise en charge en contexte interculturel. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01237849

HAL Id: dumas-01237849

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237849>

Submitted on 3 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse N° 138

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Novembre 2015

Par **Julie EYGUN-AUDAP**

Née le 2 Mars 1987 à Argenteuil

**Caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant
en dispensaire à Mayotte**
Analyse d'une prise en charge en contexte interculturel

Directrice de thèse : Madame le Docteur Elise SAGNES

Rapporteur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Membres du Jury

Président de Jury: Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX

Jury : Madame le Docteur Claire MESTRE, PH

Jury : Monsieur le Docteur Laurent MAGOT, Maitre de conférences associé

Jury : Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Jury : Madame le Docteur Elise SAGNES

Remerciements

Un grand MERCI à **Elise** que mon chemin mahorais a eu le bon goût de croiser. Tu as su m'ouvrir ta porte et ta confiance en me proposant ce magnifique sujet, qui, au-delà de la confection de ce travail de thèse m'aura permis de mieux cerner tous les acteurs, rouages, systèmes culturels avec lesquels on fait le choix d'interagir quand on s'oriente vers une pratique médicale en dispensaire à Mayotte. Merci pour ta patience, ta disponibilité, tes conseils avisés qui ont à chaque fois su me remettre dans le droit chemin.

Merci au **Département de Médecine Générale** de m'avoir permis de réaliser cet inter CHU en dispensaire à Mayotte et aura contribué à faire de ces 6 mois des moments extrêmement riches en rencontres de toutes sortes. Un remerciement plus particulier au **Professeur Joseph** d'avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse.

Merci au **Professeur Jean-Louis Demeaux** d'avoir accepté de présider ce jury. Merci aux **Docteurs Claire Mestre et Laurent Magot** de me faire l'honneur d'être membre de ce jury.

Merci à tous les **médecins, cadres infirmiers et traducteurs** des différents dispensaires pour leur accueil, leur gentillesse et les facultés d'adaptation dont ils ont su à chaque fois faire preuve lorsque je me suis présentée à eux.

Merci à **tous les patients** qui ont contribué à faire de ce travail un recueil de moments de vie, de partage et d'échanges sur des thématiques qui nous tenaient particulièrement à cœur. Merci à eux de s'être prêtés au jeu et de nous avoir dévoilé LEUR vision des choses sans tabou.

Merci à **Youssef Hassani** pour son aide et sa patience qui auront su me faire prendre goût à l'analyse statistique.

Merci aux **deux supers Lulus** pour leurs présences et leurs conseils toujours avisés et éclairés dans les domaines en voie d'acquisition me concernant... Heureuse d'avoir découvert cette belle île avec vous!

Merci à **Thibault** et **Loic** pour leurs relectures attentives, attentionnées et leurs bonnes suggestions.

Merci à **Ines** et **Capucine** pour leurs encouragements et soutien sans faille durant ces quelques mois.

Merci à **tous mes amis palois et bordelais** qui auront fait de toutes ces années d'étude de vrais moments de partage et de bonheur. Ce fut un véritable plaisir ! On se retrouve très vite dans les Pyrénées ou ailleurs...

Enfin, un **grand MERCI à toute ma petite famille** de m'avoir soutenue, chacun à votre manière de A à Z, et dans tous mes projets (même les plus farfelus), durant toutes ces années.

Merci à VOUS, **Maman, Papa, Manounette, Thibault, Papi et Mamie Jeannette, Mamie et papi Aimé, les taties, les tontons, les cousins...**

Grace à vous, j'ai fait les choix qui me tenaient à cœur, j'ai eu le parcours que je souhaitais profondément être le mien, et surtout, je ne regrette rien.

Sommaire

INTRODUCTION	5
I. Contexte de la recherche	6
1. Contexte géographique	6
2. Contexte historique	7
3. Contexte sanitaire	9
4. Contexte culturel	12
5. Contexte linguistique	15
II. Cadre théorique	16
1- Epidémiologie	16
2- Effets délétères connus de la barrière linguistique	16
III. Problématiques	17
MATERIEL ET METHODES	18
I. Type d'étude	19
II. Population étudiée	19
III. Lieu de l'étude	19
IV. Le questionnaire	20
V. Le recueil de données	21
VI. L'extraction des données	22
VII. L'analyse des données	22
RESULTATS	23
I-Description de la population de l'étude :	24
1- Nombre de patients inclus	24
2- Caractéristiques des patients inclus	26
II-Analyse quantitative	29
1. Proportion de patient ne parlant pas français	29
2. Sexe	29
3. Nationalité	30
4. Age	31
5. Durée depuis laquelle le patient est à Mayotte	32
6. Titre de séjour	34
7. Affiliation à la sécurité sociale	35
8. Langues	36
9. Nationalité et scolarisation	36
10. Titre de séjour et catégorie socioprofessionnelle	38

11. Pourcentage de patients pensant qu'ils sont moins bien pris en charge quand il existe une différence de langue entre le patient et le médecin	38
III-Analyse qualitative	40
A- Pourquoi les patients interrogés pensent que la différence de langue entre le médecin et le patient fait qu'on s'occupe moins bien d'eux	40
1- Le traducteur	40
2- Le médecin	42
3- Le patient	45
4- La relation médecin – patient	46
B- Les suggestions des patients interrogés pour améliorer les échanges médecin-patient	50
1- Le traducteur	50
2- Le médecin	53
3- Le patient	56
4- La relation médecin-patient-traducteur	59
DISCUSSION	62
I – Les biais de l'étude	63
II – Approche quantitative	64
1. Proportion de patients ne parlant pas français	64
2. Nationalité	64
3. Age.....	65
4. Durée de séjour à Mayotte.....	65
5. Titre de séjour	66
6. Sécurité sociale	66
7. Langue	67
8. Scolarisation et nationalité.....	68
9. Nationalité et catégorie socioprofessionnelle	68
10. Différence de prise en charge	68
III – Approche qualitative	69
1. Le traducteur.....	70
2. Le médecin	74
3. Le patient	77
4. Rôle de l'enfant dans la société mahoraise	79
IV - Perspectives	80
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	83

INTRODUCTION

I. Contexte de la recherche :

1. Contexte géographique :

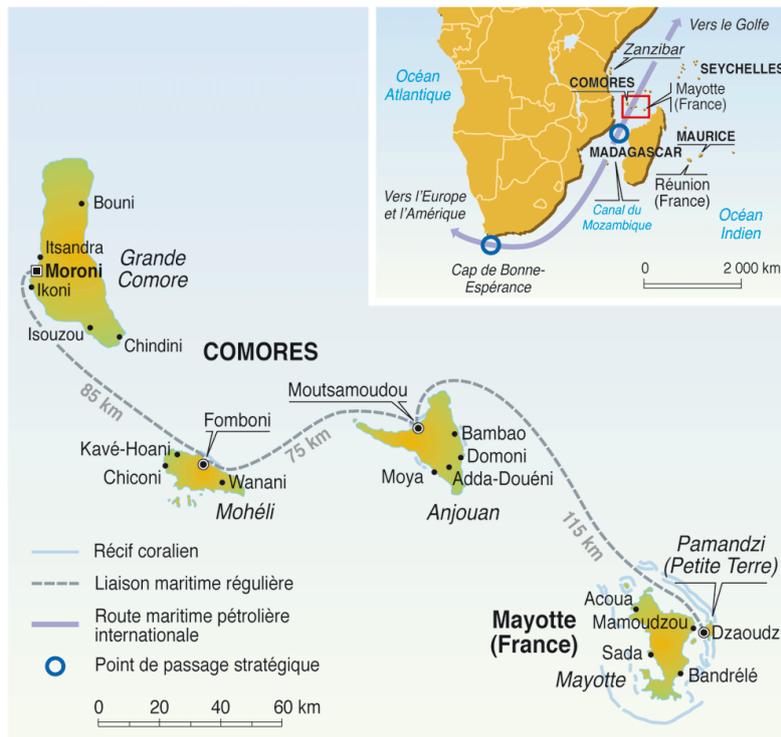
L'archipel géographique des Comores est constitué de quatre îles situées à l'entrée du canal du Mozambique, entre la côte ouest de Madagascar et la partie orientale du continent africain. Les îles de Grande Comore, Mohéli et Anjouan appartiennent à l'Union des Comores, tandis que Mayotte a choisi en **1975** de rester française.

Les 4 îles de l'archipel sont caractérisées par leur origine volcanique et paysages singuliers :

- **Grande Comore** est la plus grande île, avec Moroni comme ville principale et capitale des Comores. Les 1148 km² sont aux deux tiers recouverts d'un volcan encore actif, le Karthala qui culmine à 2360 m.
- **Anjouan** présente des reliefs assez découpés, séparé de Mayotte par 70 km.
- **Mohéli** est la plus petite île de l'archipel avec 290 km², petit écrin de verdure.
- **Mayotte**, d'une superficie de 324 km², est composée de 2 îles principales : petite terre (11 km²) et grande terre. L'île est entourée d'un récif, barrière de corail formant l'un des plus grands lagons du monde(1).



Carte de l'archipel des Comores



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

2. Contexte historique

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. Ces premiers contacts maritimes permettent des **échanges commerciaux, culturels, religieux**, mais également la **capture d'esclaves** (2).

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 et 1866 pour Anjouan, Grande Comore et Mohéli.

En 1841, le capitaine Passot signe la prise de possession des îles Nosy Be et de Mayotte. Le roi malgache Andriantsouly, alors sultan de l'île cède Mayotte contre une rente annuelle et la promesse que ses deux fils seraient élevés à l'île Bourbon aux frais du gouvernement français.

En 1886-1887, le commandant de Mayotte signe les traités de protectorat avec la Grande Comore, Mohéli et Anjouan. La France continue ainsi de prendre des appuis autour de Madagascar qui constitue son objectif principal dans l'Océan Indien.

En 1912, les protectorats deviennent des colonies et sont alors rattachées à Madagascar sous un même statut : « Madagascar et dépendances ».

En **1946**, est mis en place le statut de **TOM** (Territoire d'Outre-Mer) et **l'ensemble des habitants de l'archipel acquièrent la nationalité française**.

En **1962**, il y a **transfert de la capitale de Dzaoudzi à Moroni**. Mayotte qui a été française cinquante ans avant les autres îles des Comores et qui dominait administrativement se retrouve reléguée en périphérie de l'archipel. Les investissements sont arrêtés, les fonctionnaires de l'administration quittent l'île. Les Mahorais ont un sentiment d'abandon, c'est à ce moment que le mouvement populaire mahorais est créé. Ce parti politique sera très actif dans la volonté de rester français lors de l'indépendance.

En 1972, l'ONU inscrit l'archipel des Comores sur la liste des territoires auxquels s'applique la Déclaration sur l'octroi de l'Indépendance. Ainsi l'Union des Comores est reconnue par l'ONU comme un pays indépendant composé de ses 4 îles conformément à la règle d'intangibilité des frontières inscrite dans la charte de décolonisation de 1960 (3).

En **1974**, la France organise un **référendum** prenant pour base le principe juridique d'autodétermination des peuples. Ce dernier déterminera l'avenir du pays : alors que trois îles votent massivement pour l'indépendance (95%), **Mayotte choisit de rester française, à 65%**. L'Anjouanais Ahmed Abdallah proclame le **6 juillet 1975 l'indépendance des Comores**, décision unilatérale à laquelle la France répond par la loi du 31 décembre 1975 qui prend acte de la décision des îles de Grande Comore, Mohéli et Anjouan de sortir de la République française. Le décret prévoit également l'organisation d'un **nouveau référendum** à Mayotte. En **1976** les **Mahorais votent à nouveau à 99,4%** pour le **maintien de leur île au sein de la République Française**.

En **1995** est instauré un **visa de circulation** entre la République Fédérale islamique des Comores et Mayotte.

En **1995**, le **visa Balladur empêche la libre circulation**. De mobilité familiale et économique, on passe à « immigration irrégulière ».

Depuis leur indépendance, les Comores ont connu une vingtaine de **coups d'État** et de **tentatives de coups d'État**, et plusieurs crises indépendantistes.

Les sécessions d'Anjouan en 1996 puis de Mohéli en 1997 déboucheront en 2001 sur les « **Accords de Fomboni** » et l'adoption d'une nouvelle constitution accordant une très grande autonomie à chaque île.

En **2008**, une nouvelle **crise à Anjouan** pousse l'Union africaine à intervenir en envoyant près de 1000 soldats tanzaniens et soudanais, avec l'appui logistique français, afin de préserver l'unité du pays.

La constitution prévoit une **présidence tournante** ; après le Président Sambu, originaire d'Anjouan, le Mohélien Ikililou Dhoinine a été élu en 2010. Des tensions demeurent cependant entre les îles.

Le **31 mars 2011**, **Mayotte** accède au statut de **101^{ème} département français** et **5^{ème} département d'outre-mer** (4). 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 **1^{er} janvier 2014**, Mayotte affirme son intégration dans l'union européenne au travers de son statut de **Région Ultrapériphérique de l'union européenne**.

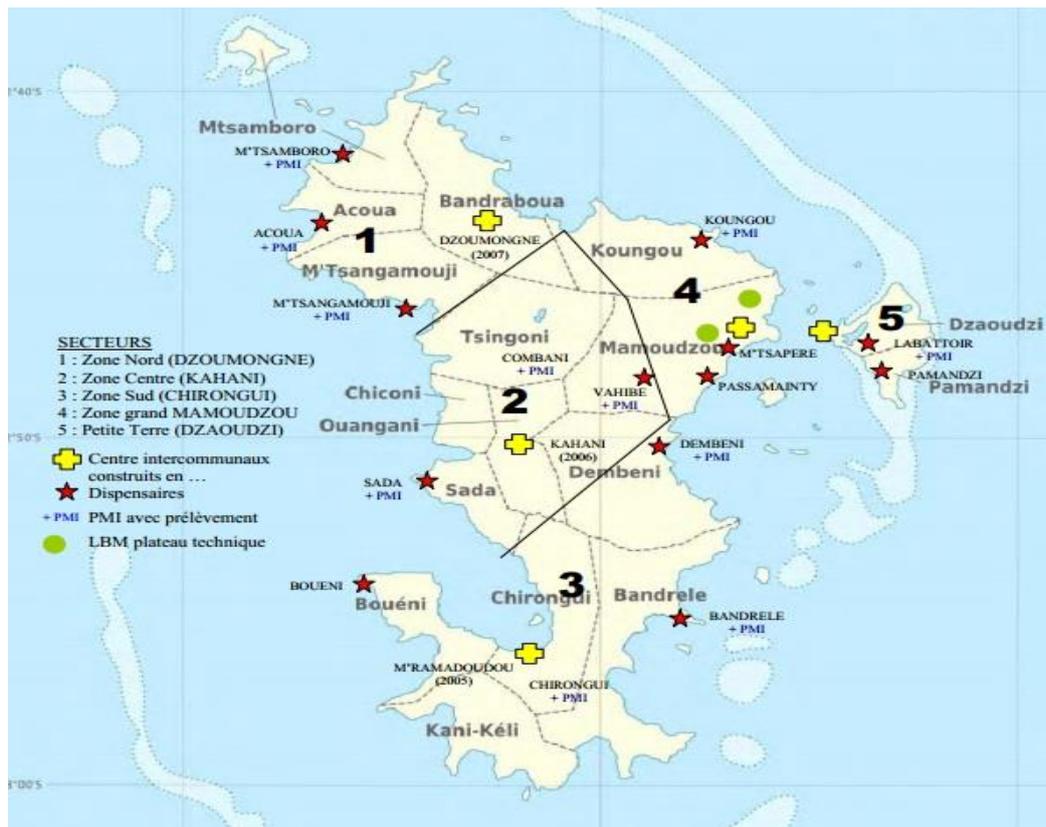
A cette date, comme le signale Nicolas Roinsard, « l'intégration politique de Mayotte à l'espace national repose sur une déconstruction de son intégration régionale ». Ceci étant le principal dilemme de cette belle île, rattachée géographiquement, historiquement et culturellement comme nous allons le voir à l'archipel de Comores (3).

3. Contexte sanitaire:

Le Centre Hospitalier de Mayotte (**CHM**) est le seul acteur hospitalier à Mayotte. **Etablissement public**, sa présence sur le territoire est assurée par :

- un réseau de **treize dispensaires** répartis sur l'île, assurant les soins primaires de proximité et menant des actions de prévention
- un **Hôpital central** et **5 centres de référence** situés à Dzaoudzi, M'Ramadoudou, Kahani, Dzoumogné et Mamoudzou.

Ces sites assurent une **permanence médicale** pour traiter les premières urgences, ils assurent des consultations de médecine générale et spécialisée et disposent de lits d'obstétrique et de médecine pour Petite-Terre. Le site principal, situé à Mamoudzou, regroupe l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les hospitalisations, les actes chirurgicaux et plus de la moitié des accouchements de l'île (5).



La carte hospitalière de Mayotte, source : ARS

Travailler à Mayotte, c'est exercer dans un système sanitaire différent de celui auquel on est habitué en métropole.

La population soignée est plus jeune qu'en métropole puisque presque la moitié a moins de 18 ans.

Il existe une nette surmortalité par rapport à la métropole avec une mortalité maternelle multipliée par 6 et une mortalité infantile multipliée par 4 par rapport à la métropole.

Les principales maladies rencontrées sont les maladies infectieuses, le diabète et les maladies respiratoires. Le problème des bidonvilles, d'accès à l'eau et d'hygiène entraînent nombre d'épidémies.

Les services de santé sont par ailleurs diminués avec environ 77 praticiens pour 100000 habitants.

Tableau I : Données épidémiologiques comparatives, Comores-Mayotte-Métropole

(Sources : Organisation Mondiale de la Santé, données 2013, INSEE 2007)

	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

Jusqu'en 2005, l'accès au soin était gratuit dans les structures publiques.

Depuis 2005, un système spécifique de sécurité sociale est ouvert aux seuls français et étrangers en situation régulière.

Il n'existe pas de Couverture Mutuelle Universelle (CMU), de CMU complémentaire ou d'Aide Médicale d'Etat (AME) à Mayotte.

Les enfants sont affiliés à la sécurité sociale en qualité « d'ayant droit » d'un parent français ou étranger en situation régulière qui doit résider à Mayotte (6).

Les enfants de parents sans papier, mineurs isolés sont nombreux, sans protection maladie. 75% des enfants n'ont pas de sécurité sociale. Il existe un dispositif d'exemption de paiement de la provision si des soins urgents sont nécessaires. 1/3 de la population serait en situation irrégulière selon les chiffres de l'INSEE. Pour les patients non affiliés à la sécurité sociale et/ou en situation irrégulière, il existe un forfait de 10 euros à payer pour une consultation de médecine générale, forfait allant jusqu'à 300 euros pour un accouchement. Ce forfait 10 euros est valable pour 7 jours

de soins et donne accès à la remise des médicaments en pharmacie. A savoir que 1 habitant/5 gagne moins de 100 euros/mois.

Il existe des « bons enfants », « bons roses » depuis 2009 qui sont sans fondement légal. Ces bons sont délivrés ou pas par le personnel des bureaux des entrées aux enfants non affiliés à la sécurité sociale, ils permettent une exemption de la provision.

L'**ordonnance du 31 Mai 2012** reconnaît le **principe de gratuité des soins** dans le système public **pour les mineurs et femmes enceintes en situation de précarité**. Mais, peu d'application en pratique. Le système des « bons roses » tarde à s'effacer.

4. Contexte culturel

Le système sanitaire à Mayotte est tel que deux entités culturelles s'y côtoient au quotidien. Les « **mzungus** » sont les blancs métropolitains, généralement médecins, infirmiers et sages-femmes. Les aides-soignants, auxiliaire puéricultrice et autres agents hospitaliers, sont généralement **mahorais**.

La **biomédecine** telle qu'on la conçoit en Europe occidentale intervient ici à Mayotte en deuxième position après la **médecine traditionnelle**. Cette médecine traditionnelle est pratiquée par les « **fundis** », maîtres, guérisseurs. Leur arsenal thérapeutique comprend différents remèdes à base de plantes et de potions magiques.

Les **croyances** en terres mahoraises sont à la fois **religieuses**, de confession **musulmane** et **animiste**. Les « **djins** » sont des esprits pouvant posséder l'être humain et lui faire soit du bien, soit du mal.

Le « magico-religieux est un système de croyances dont on attend la disparition de ses conflits personnels, interpersonnels, réels ou supposés, présents et futurs avec comme finalité le bonheur et la satisfaction de ses désirs » Migerel, 2001 (7).

Le « **magico-religieux** » répond à la **question du Pourquoi** à laquelle la biomédecine ne répond pas.

La relation interculturelle se fait entre un patient et un thérapeute n'appartenant pas à la même culture. Le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique.

Dans son livre « Mayotte : une appartenance double », Salim Mouhoutar décrit Mayotte et le mahorais par différentes caractéristiques qui entrent nécessairement toutes en ligne de compte dans la relation interculturelle.

Ainsi Mayotte est à la fois :

- **Africaine**, par son peuplement principal venu de la cote est africaine (Mozambique, Tanzanie, Kenya), sa langue, le shimaoré, proche swahili d'origine bantou, très répandue dans plusieurs pays d'Afrique orientale.
- **Malgache**, par une partie de son peuplement d'origine austronésienne (proto-malgache) et son parlé le shibushi, appartenant à un ensemble comprenant les langues indonésiennes.
- **Créole**, par son économie coloniale, dont les vestiges des anciennes usines sucrières d'Hajangua et Dzoumogne témoignent d'une intense activité coloniale.
- **Française**, avec le français comme langue officielle.
- **Arabo-musulmane**, par la position de l'islam en tant que religion dominante.

Nous aborderons quelques points structuraux de la culture mahoraise, de façon à mieux comprendre les différentes interactions que l'on peut rencontrer dans notre relation au soigné et donc au soigné (1).

- La **matrilocalité** fait que, dans la société mahoraise, chaque individu naît et habite chez sa mère. L'homme adulte partage ainsi souvent ses biens avec son foyer conjugal et son foyer maternel. L'**individu** est **défini par son village d'origine**, c'est-à-dire celui de sa mère. Notons que jusqu'à il y a peu, les mahorais ne possédaient pas de nom de famille tel qu'il existe en occident. L'individu se désignait par une succession de prénoms : le sien, celui du père, celui de son grand père... On est le fils ou la fille de... Sorte d'hommage rendu à la natalité et la fécondité. Le village d'origine est celui dans lequel l'individu acquiert son statut social, ses droits politiques et religieux.
- Le **principe de communauté** : la famille constitue une structure forte qui organise et régit la plupart des activités de la vie quotidienne. La mort est notamment gérée dans le cadre strictement familial sans ingérence administrative. Dans toutes les familles traditionnelles, les parents les plus âgés prennent en charge les enfants et les plus jeunes jusqu'au jour où ils seront invalides pour que les rôles s'inversent alors et que les plus jeunes s'occupent des plus âgés.
- Une **société matriarcale** dans laquelle la femme assure le bien être du foyer de façon globale. En charge de la totalité de l'économie domestique, porteuse de revendications relatives à la santé, à l'éducation et au logement. Il s'agit là d'un paradoxe ethno social puisque dans cette population à 95% musulmane, et ce malgré la polygamie, la société traditionnelle mahoraise est fondée sur le matriarcat. Il se pourrait bien que la femme soit, à ce titre, l'un des plus puissants moteurs de modernisation de l'île.
- Dans cette société mahoraise, il y a **primauté de la communauté sur l'individu**. Contrairement à la famille occidentale, où l'on pratique l'égalité entre les membres de la fratrie et l'autonomie du sujet, les enfants de la famille traditionnelle mahoraise sont d'abord perçus comme des **rôles**, avant d'être des personnes. La venue de l'enfant permet à la mère d'acquérir une certaine position sociale et communautaire.

- La **grand-mère** est à la fois garante de la tradition, confidente, masseuse, guérisseuse et conteuse. Elle initie l'enfant aux tabous religieux et sexuels (la fille lors de ses premières règles, le garçon au moment de la circoncision). Le grand père est le sage de la famille, garant de l'ordre familial, médiateur en cas de conflit, détenteur du pouvoir final dans la décision.
- La **spiritualité** est préférée aux signes matériels. On observe à Mayotte un islam prégnant et tolérant. Plus de 95% de la population est islamisée. Comme le préconise le coran, les mahorais doivent respecter les 5 obligations de l'islam : la profession de foi, la prière 5 fois par jour, l'observance du jeûne pendant le mois du ramadan, l'aumône, le pèlerinage à la Mecque. La religion est probablement le facteur le plus puissant d'unification sociale. Les mahorais ont longtemps été considérés comme des mauvais musulmans, possiblement en rapport avec les rôles politique et social des femmes mahoraises...
- Nombreux imams de mosquées sont aussi pratiquants **animistes**. Ceci résulte d'influences négro-africaines et arabo-islamiques. Ils pourront croire aux **djinn**s et entrer en transe sous leurs effets pour prédire l'avenir ou prodiguer des prescriptions médicamenteuses en vue de conjurer le sort. Le nouveau-né est accueilli dans le monde des vivants par le « adhan » qui est l'appel du muezzin. C'est un rite de passage qui consiste à souffler à l'oreille du bébé pour qu'il s'imprègne de la profession de foi, même formule que le muezzin qui appelle cinq fois par jour les fidèles à la prière.
- La **circoncision** est un acte chirurgical réalisé par le fundi local ou un infirmier. L'acte est précédé de la consultation d'un fundi astrologique pour fixer date et heure de la circoncision ainsi que l'ordre de passage. Par cet acte, l'enfant va pouvoir symboliquement quitter le monde du féminin pour le masculin. On le prépare à son rôle futur d'homme et de père. Ce moment est associé à un changement de statut social.
- La fille, quant à elle, quitte le monde des enfants pour le rôle de femme et de future mère au moment de l'apparition des premières règles. Une cérémonie appelée **petit mariage** est organisée. La fille est à l'occasion initiée aux tabous sexuels.
- La **mort** est acceptée de façon relativement plus sereine par la société mahoraise que par la société occidentale qui tend à la dissimuler. Il y a, pour le mahorais, l'idée de destin, d'inéluctabilité et de sentiment d'inscription dans un ordre du monde. A noter que d'un point de vue statistique le fort taux de mortalité maternel et infantile à Mayotte a probablement contribué à faire de la mort un phénomène relativement banal, contre lequel on ne pouvait pas lutter. La prééminence de la communauté sur l'individu dans la société mahoraise fait de la mort un fait social. La mort et les rites funéraires qui en découlent constituent un signe d'intégration sociale pour la famille. Au niveau strictement culturel, la mort est d'abord gérée par l'esprit, elle n'a nul besoin d'être attestée par des supports matériels. Le décédé appartient à la communauté religieuse. La mort n'est pas une fin en soi mais un passage qui permet d'accéder à d'autres formes de vie. On ne s'insurge pas contre des décrets divins, surtout lorsque la mort est naturelle, mais aussi lorsqu'elle est accidentelle.

- Les **rites funéraires** commencent à la naissance avec pour exemple **l'enterrement du placenta** et du cordon ombilical qui permet l'enracinement de l'individu, sorte d'ancrage territorial et leurre contre les esprits maléfiques.
- Parmi les rites domestiques figurent le **bain mortuaire**. Cette procédure peut se résumer ainsi : on recouvre le corps du défunt d'un linge, on mélange de l'eau tiède avec des plantes aromatiques. On creuse un trou d'écoulement sous le lit. On appuie sur l'abdomen pour vider les viscères. Après lui avoir fait des ablutions, on lave tout le corps du côté droit vers le côté gauche. Trois personnes s'emploient à la toilette. On conçoit ici, dans cet exemple de vidage de viscères, assez facilement les difficultés rencontrées dans un système hospitalier lorsqu'il s'agit d'essayer de concilier traditions religieuses locales et prophylaxie de santé publique.

Le concept de « **don-contre-don** » de Mauss (7) souligne que le soignant doit intégrer que la rencontre patient-soignant est un moment d'échanges et enrichissements mutuels. Il apparaît donc comme indispensable qu'il existe une formation adaptée au travail en milieu multiculturel.

5. Contexte linguistique :

Travailler à Mayotte, c'est travailler en contexte plurilingue.

Sur l'île, se côtoient au moins **9 langues** de façon régulière (8):

- Le **shimaoré** : langue d'**origine bantoue**. Les langues bantoues forment un ensemble de langues parlées d'est en ouest, du sud du Cameroun au sud du Kenya, en Ouganda et du nord au sud jusqu'en Namibie et en Afrique du sud (classification de Georges Peter Murdock et M.A. Bryan). Il est proche du swahili, langue bantoue la plus connue, parlée comme langue première (véhiculaire*) par plus de 30 millions de locuteurs notamment au Kenya, en Tanzanie, au Congo Kinshasa et en Ouganda (9). C'est la langue d'information.
- Le **shibushi**, langue malgache de la famille malayo-polynésienne, la seule parlée en dehors de Madagascar.
Shimaoré et shibushi sont les 2 langues principales parlées à Mayotte. Ceci ressort aussi sur la carte de la répartition linguistique de l'île, avec d'un côté des villages avec un parler comorien, de l'autre des villages shibushi.
- Le **français**, langue officielle, de l'administration et de l'école
- L'**arabe**, langue liturgique enseignée à l'école coranique
- **3 variétés comoriennes** :
 - Le **shindzuani** ou **anjouanais**
 - Le **shingazidja** ou **grand comorien**
 - Le **shimouali** ou **mohélien**
- Le shihindi (idiome parlé par les indiens)

*Une langue véhiculaire est une langue souvent simplifiée servant de communication entre les populations de langues différentes. Exemple : le swahili est la langue nationale de plusieurs pays d'Afrique de l'est (Kenya, Ouganda, Tanzanie).

II. Cadre théorique :

1- Epidémiologie :

Il existe peu d'enquêtes sur les pratiques linguistiques dans le domaine de la santé.

La langue semble selon les chiffres de 2012 de l'INSEE être une difficulté réelle et sous-estimée.

Le français, langue institutionnelle, n'est pas la langue majoritaire.

En 2012, **36% de la population n'avait jamais été scolarisée** et présentait de graves difficultés, classée dans le référentiel infra1 selon les niveaux de l'ANLCI (Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme) (10).

La langue était citée comme obstacle par 29% des accompagnants des enfants au centre de médecin du monde. Ce chiffre était probablement sous-estimé dans la mesure où 77% des adultes consultés ne maîtrisaient pas suffisamment le français (11).

2- Effets délétères connus de la barrière linguistique :

Les effets négatifs de la barrière de langue non partagée entre soignant et soigné ont déjà été bien étudiés : retard diagnostic, retard d'admission à l'hôpital, difficultés dans la médication et l'adhésion du patient au traitement...

Dans son article « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé » (8), Sarah Bowen insiste sur plusieurs points. La barrière linguistique a des répercussions sur l'accès initial aux services de santé et aux soins dispensés. Elle pose un problème d'accès aux programmes de prévention.

Elle reprend les répercussions de la barrière de langue citées dans différentes études :

- Retard de recours au soin
- Diminution de la compréhension et du respect du traitement
- Augmentation du risque d'hospitalisation
- Augmentation de l'iatrogénie
- Augmentation du risque d'intubation orotrachéale chez les patients asthmatiques
- Diminution de la prescription d'antidouleurs optimaux
- Normes éthiques de prestations de soins non respectées par les professionnels de santé
- Non-respect de la confidentialité et du consentement libre et éclairé

- Niveau de satisfaction du patient par rapport aux soins fournis moins élevé
- Exclusion de certains groupes ethniques de la recherche biomédicale
- Augmentation du cout de soins de santé

III. Problématiques :

Le dispensaire mahorais est un lieu de vie qui entraîne la rencontre de 2 acteurs caractérisés par des rôles, langues, cultures et histoires qui leurs sont propres.

Le **médecin**, soignant est régulièrement un « **mzumgu** », c'est-à-dire un « blanc », métropolitain qui ne connaît généralement pas la langue locale parlée par la majeure partie de sa patientèle.

Le **patient** est quant à lui un mahorais, un comorien, un malgache, un africain, un métropolitain, à l'occasion. La langue majoritairement parlée est le **shimaoré**.

Deux systèmes culturels sont donc amenés à se côtoyer.

L'**interprète** détient dans cette relation interculturelle un rôle indispensable. A la fois traducteur et médiateur culturel.

En dispensaire, à chaque médecin est attribué un traducteur. Néanmoins, en service hospitalier, il n'existe pas de poste attribué pour la traduction. Le personnel parlant shimaoré assure cette fonction à la demande des soignants « mzungus ».

Les interprètes sont généralement des aides-soignants. L'interprétariat apparaît tacitement comme **devoir** dans le contrat de travail de toute personne parlant shimaoré travaillant au CHM.

Dans cette situation mahoraise particulière, propice aux échanges interculturels, qu'en est-il des patients que nous soignons ?

Quelle est la partie de la population la plus concernée par cette barrière linguistique ?

L'**objectif principal** de ce travail sera de **décrire les caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant en dispensaire à Mayotte.**

Les **objectifs secondaires** seront de **dégager les particularités de la prise en charge du patient et de proposer des pistes d'amélioration des pratiques professionnelles dans ce contexte singulier.**

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude :

Il s'agissait d'une **étude épidémiologique descriptive multicentrique** dont l'objectif principal était de décrire les caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant en dispensaire à Mayotte.

Pour répondre à l'objectif secondaire qui était de dégager les particularités d'une prise en charge singulière des patients à Mayotte, des données qualitatives du questionnaire devaient être analysées.

II. Population étudiée :

Il s'agissait de l'ensemble des patients reçus dans un des 5 hôpitaux références pour une consultation médicale sur les journées prévues pour le recueil de données par l'interne.

Les critères d'inclusion :

Tout patient se présentant au dispensaire pour une consultation médicale, âgé de 12 ans ou plus, capable de s'exprimer quelle que soit sa langue.

Les critères d'exclusion :

- Tout patient de moins de 12 ans
- Présence d'un handicap psychomoteur retentissant sur les modalités d'expressions du patient
- Refus du patient
- Traducteur indisponible

III. Lieu de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans les **5 hôpitaux référence de Mayotte**. Il s'agit d'une étude descriptive multicentrique.

Les 5 hôpitaux références étudiés, communément encore appelés dispensaires sont :

- Le dispensaire de **Kahani** (hôpital référence **centre**) pour lequel le recueil de données s'est effectué sur la journée du 18 juin 2015.
- Le dispensaire de **Dzaoudzi** (hôpital référence **petite terre**) pour lequel le recueil de données s'est effectué sur la journée du 19 juin 2015.
- Le dispensaire de **M'Ramadoudou** (hôpital référence **sud**) pour lequel le recueil de données s'est effectué sur la journée du 24 juin 2015.
- Le dispensaire de **Dzoumogne** (hôpital référence **nord**) pour lequel le recueil de données s'est effectué sur la journée du 26 juin 2015.

- Le dispensaire de **Jacaranda** (hôpital référence **Mamoudzou**) pour lequel le recueil de données s'est déroulé sur la journée du 1^{er} juillet 2015.

IV. Le questionnaire :

Nous avons confectionné un questionnaire de façon à pouvoir récolter :

- Des **données quantitatives** dans le cadre de l'analyse épidémiologique descriptive, d'une part, pour répondre à l'objectif principal de l'étude
- Des **données qualitatives**, d'autre part pour répondre aux objectifs secondaires.

Les premières données du questionnaire : **données d'épidémiologie descriptive :**

- Sexe : masculin ou féminin
- Age : les tranches d'âges ont été divisées en <18 ans, 18-44 ans et >45 ans en prenant en compte les données de l'INSEE concernant les débuts officiels de l'apparition de l'école française à Mayotte (13).
- Lieu de naissance
- Nationalité
- Durée depuis laquelle le patient est à Mayotte : la tranche de plus ou moins de 2 ans a été établie en considérant que 2 ans était la durée d'apprentissage d'une langue (14).
- Possession d'un titre de séjour si le patient n'est pas de nationalité française
- Affiliation du patient à la sécurité sociale
- Niveau de scolarisation du patient : jamais scolarisé, scolarisé en primaire, au collège, au lycée, a fait des études supérieures
- Sait lire le français
- Sait écrire le français
- Catégorie socioprofessionnelle : sans emploi, salarié, étudiant, retraité, autre
- Village d'origine, associé au statut social de la personne car ce village confère à l'homme qui y naît des droits politiques, religieux et sociaux.
- Village actuel
- Langue maternelle
- Langues parlées
- Langues comprises
- Langues écrites
- Langue souhaitée par le patient pour la consultation
- Pensez-vous pouvoir comprendre ce que dit le médecin en français ?
- Pensez-vous pouvoir vous faire comprendre par le médecin en français ?
- Le patient est-il venu avec un traducteur ? Familial, ami ou autre.
- La nécessité ou pas d'un traducteur pour répondre au questionnaire

Les dernières données du questionnaire sont des **données qualitatives** à analyser pour répondre aux objectifs secondaires :

- Pensez-vous que la différence de langue entre médecin et patient fait qu'on s'occupe moins bien de vous ? Si oui, pourquoi ?
- Quelles seraient vos idées pour améliorer les échanges médecin-patient ?

V. Le recueil de données :

Le recueil de données auprès des patients avait reçu **l'accord du chef de pôle** des hôpitaux référence ainsi que celui de chacun des médecins responsable de l'hôpital référence dans lequel avait lieu le recueil de données.

Les cadres de chaque centre avaient mis à disposition de l'interne un **traducteur dédié** pour la journée, afin d'effectuer la traduction pour les patients ne parlant pas français, de façon à ce qu'ils puissent répondre au questionnaire.

L'**accord** oral avait été demandé à chaque **patient** avant de répondre au questionnaire. Il avait été stipulé que les données récoltées étaient confidentielles, anonymes et n'influeraient pas sur la prise en charge médicale. Pour ce qui était des patients mineurs, le recueil des données se faisait en présence d'un parent ou d'un proche de la famille.

Les données étaient recueillies par le **même interne** qui interrogeait les patients dans chacun des 5 centres de façon à sauvegarder une reproductibilité et une comparabilité entre les différents centres. Ce dernier était aidé d'un **traducteur** mis à sa disposition pour l'ensemble de la journée. Le traducteur devait aussi pour certains centres (Kahani et Dzaoudzi) remplir la fonction d'ASH ou traduire pour les médecins en cours de consultation.

Le recueil des données s'effectuait entre la prise des constantes (moment préalable à toute consultation médicale) et la consultation médicale ou juste après la consultation médicale.

Dans chacun des centres au moins 3 à 4 médecins consultaient dans le même temps que l'interne réalisait le recueil de données.

A Kahani, de façon à ce que l'interne puisse récolter un maximum de données exhaustives, un système de passage de bons de circulation directement au traducteur qui aidait l'interne avait été instauré. Ainsi, tout patient, pour avoir accès à la pharmacie et aux différents soins devait au préalable récupérer son bon de circulation dans le bureau de l'interne où lui était proposé de répondre au questionnaire. Ce système a rapidement montré ses limites dans la mesure où un nombre important de patients étaient mécontents de l'attente engendrée par cette procédure.

Par la suite, les inclusions se sont faites en tolérant le fait que l'interne ne puisse pas interroger l'ensemble des patients venus en consultations.

Néanmoins, les patients interrogés n'étaient pas sélectionnés en fonction de leur capacité à parler ou pas français. L'interne s'interdisait de poursuivre les questionnaires quand l'absence de traducteur disponible était un motif de non réponse pour un des patients au questionnaire.

VI. L'extraction des données :

Cette dernière a été faite à l'aide d'un questionnaire réalisé à l'aide de « Google form » qui a pu convertir directement l'ensemble des données en fichier Excel®.

VII. L'analyse des données :

L'analyse des données épidémiologiques descriptives a été effectuée à partir du tableau Excel® en utilisant des tableaux croisés dynamiques. La comparaison des proportions s'est effectuée à l'aide d'un test du Khi 2 sur Excel®. Des tests de corrélation ont été effectués pour certaines données.

Youssef Hassani, statisticien à l'ARS de Mayotte nous a apporté son aide pour cette partie.

La méthode qualitative a été employée pour l'analyse des données qualitatives.

RESULTATS

I- Description de la population de l'étude :

1- Nombre de patients inclus :

1-1- *Hôpital référence Centre (Kahani) :*

Le **18 juin 2015**, **108 patients** se sont présentés au dispensaire pour une consultation médicale.

32 patients ayant moins de 12 ans ont été **exclus**.

Aucun patient ne présentait de handicap psychomoteur limitant ses capacités d'expression.

Au total, **37 patients sur 76** patients potentiellement éligibles ont répondu au questionnaire.

1-2- *Hôpital référence Petite Terre (Dzaoudzi) :*

Le **19 juin 2015**, **96 patients** se sont présentés au dispensaire pour une consultation médicale.

20 patients ayant moins de 12 ans ont été **exclus**.

Aucun patient ne présentait de handicap psychomoteur limitant ses capacités d'expression.

Au total, **49 patients sur 76** patients potentiellement éligibles ont répondu au questionnaire. **2 patients n'ont pas pu répondre à l'intégralité du questionnaire** pour des raisons logistiques (consultation au cours du questionnaire puis perdus de vue en cours de questionnaire).

1-3- *Hôpital référence Sud (Mramadoudou) :*

Le **24 juin 2015**, **144 patients** se sont présentés au dispensaire pour une consultation médicale.

40 patients ayant moins de 12 ans ont été **exclus**.

Aucun patient ne présentait de handicap psychomoteur limitant ses capacités d'expression.

Au total, **61 patients sur 104** patients potentiellement éligibles ont répondu au questionnaire.

1-4- *Hôpital référence Nord (Dzoumogne) :*

Le **26 juin 2015**, **81 patients** se sont présentés au dispensaire pour une consultation médicale.

18 patients ayant moins de 12 ans ont été **exclus**.

Aucun patient ne présentait de handicap psychomoteur limitant ses capacités d'expression.

Au total, **48 patients sur 63** patients potentiellement éligibles ont répondu au questionnaire.

1-5- Hôpital référence Jacaranda (Mamoudzou) :

Le **1^{er} juillet 2015**, **168 patients** se sont présentés au dispensaire pour une consultation médicale.

20 patients ayant moins de 12 ans ont été **exclus**.

Aucun patient ne présentait de handicap psychomoteur limitant ses capacités d'expression.

Au total, **54 patients sur 148** patients potentiellement éligibles ont répondu au questionnaire.

1-6- Nombre de patients inclus :

249 patients ont ainsi été **inclus** et pu répondre au questionnaire.

218 patients potentiellement **éligibles** ont été **non répondants**.

Les **motifs de présence de patients non répondants** étaient :

- Principalement d'ordre **logistique** : l'interne était seule à faire passer le questionnaire à l'ensemble des patients qui consultaient dans des centres dans lesquels en moyenne 3 médecins effectuaient simultanément des consultations. Il n'était pas envisageable de perturber le fonctionnement habituel des dispensaires. Les patients étaient interrogés durant le temps d'attente de la consultation médicale ou temps d'attente pour obtention des médicaments à la pharmacie. Ainsi, les patients étaient perdus de vue car vus par les médecins en consultation médicale pendant que l'interne interrogeait d'autres patients ou parce que le temps d'attente pour répondre au questionnaire était jugé trop long par le médecin.
- **Patients transférés aux urgences** pour raison médicale.
- **Rares refus** de patients.
- Le **traducteur** était **souvent disponible** pour aider l'interne lors du passage du questionnaire. Si ce n'était pas le cas, l'interne attendait avant de passer à un entretien avec le patient suivant.

2- Caractéristiques des patients inclus :

2-1- Sexe :

98 patients (39%) étaient des hommes.

151 patients (61%) étaient des femmes.

2-2- Age :

39 patients (16%) avaient entre 12 et 18 ans.

149 patients (60%) étaient âgés de 19 à 44 ans.

61 patients (24%) avaient 45 ans ou plus.

2-3- Nationalité :

107 patients (43%) étaient de nationalité française.

133 patients (54%) étaient de nationalité comorienne.

7 patients (3%) étaient de nationalité malgache.

2-4- Temps passé à Mayotte :

Parmi les patients n'ayant pas la nationalité française, 25% étaient à Mayotte depuis moins de 2 ans. 18% depuis 2 à 10 ans. 57% depuis plus de 10 ans.

2-5- Titre de séjour :

55 patients (39%) n'ayant pas la nationalité française avaient un titre de séjour. 9 patients (6%) avaient un récépissé. 77 patients (55%) n'avaient pas de titre de séjour.

2-6- Affiliation à la sécurité sociale :

155 patients (62%) étaient affiliés à la sécurité sociale. 93 patients (38%) n'étaient pas affiliés à la sécurité sociale.

2-7- Niveau de scolarisation :

72 patients (29%) déclaraient ne jamais avoir été scolarisés.

2-8- Capacité à écrire/lire le français :

80 patients (32%) ne savait ni lire, ni écrire le français.

2-9- Catégorie socioprofessionnelle :

131 patients (53%) étaient sans emploi.

70 patients (28%) étaient salariés.

45 patients (18%) étaient étudiants.

2-10- Village d'origine/village actuel :

Le **village d'origine** était shimaoré pour 67 patients (27%), shibushi pour 33 patients (13%), anjouanais pour 85 patients (34%), grand comorien pour 45 patients (18%), mohélien pour 5 patients (2%). Il s'agissait d'un village de madagascar pour 8 patients (3%), de France métropolitaine pour 5 patients (2%) et du congo pour 1 patient (1%).

Le **village actuel** était shimaoré pour 208 patients (84%) et shibushi pour 40 patients (16%).

2-11- Langues :

La **langue maternelle** majoritaire était l'anjouanais (34%), suivie par le shimaoré (28%), le grand comorien (18%), le shibushi (15%), le français (3%) et le mohélien (2%).

156 patients (63%) **parlaient** au moins 3 langues différentes.

194 patients (78%) **comprenaient** au moins 3 langues.

108 patients (43%) **écrivaient** au moins 3 langues.

19 (8%) n'écrivaient aucune langue.

Tableau - Caractéristiques de la population étudiée		n	%
Sexe			
	Homme	98	39
	Femme	151	61
Age			
	≤18 ans	39	16
	19 à 44 ans	149	60
	≥45	61	24
Lieu de naissance			
	France métropolitaine	5	2
	Mayotte	92	37
	Comores	137	55
	Madagascar	13	5
	Congo	1	-
Nationalité			
	Française	107	43
	Comorienne	133	54
	Malgache	7	3
	Congolais	1	-
Résident à Mayotte depuis			
	< 2 ans	38	15
	2 à 10 ans	27	11
	>10 ans	87	35
	Nationalité française	96	39
Possession d'un titre de séjour			
	Oui	55	39
	Non	77	55
	Récépissé	9	6
Affiliation à la sécurité sociale			
	Oui	155	62
	Non	93	38
Niveau de scolarisation			
	N'a jamais été scolarisé	72	29
	Scolarisé en école primaire	40	16
	Scolarisé au collège	61	24
	Scolarisé au lycée	50	20
	A fait des études supérieures	24	10
	Ecole des grandes personnes	2	1
Sait lire le français			
	Oui	149	60
	Non	80	32
	Un peu	19	8
Sait écrire le français			
	Oui	160	65
	Non	79	32
	Un peu	9	3
Catégorie socioprofessionnelle			
	Sans emploi	131	53
	Salarié	70	28
	Etudiant	45	18
	Retraité	2	1
Village d'origine			
	Shimaoré	67	27
	Shibushi	33	13
	Anjouan	85	34
	Grande comore	45	18
	Mohéli	5	2
	France métropolitaine	5	2
	Madagascar	8	3
	Congo	1	1
Village actuel			
	Shimaoré	208	84
	Shibushi	40	16
Langue maternelle			
	Shimaoré	70	28
	Shibushi	36	15
	Français	7	3
	Grand comorien	45	18
	Anjouanais	85	34
	Mohélien	5	2
Langues parlées			
	1	19	8
	2	73	29
	3 à 5	136	55
	≥ 6	20	8
Langues comprises			
	1	9	4
	2	45	18
	3 à 5	138	56
	≥ 6	56	22
Langues écrites			
	0	19	8
	1	61	25
	2	60	24
	3 à 5	105	42
	≥ 6	3	1
		n = 249	

II-Analyse quantitative :

1. Proportion de patient ne parlant pas français :

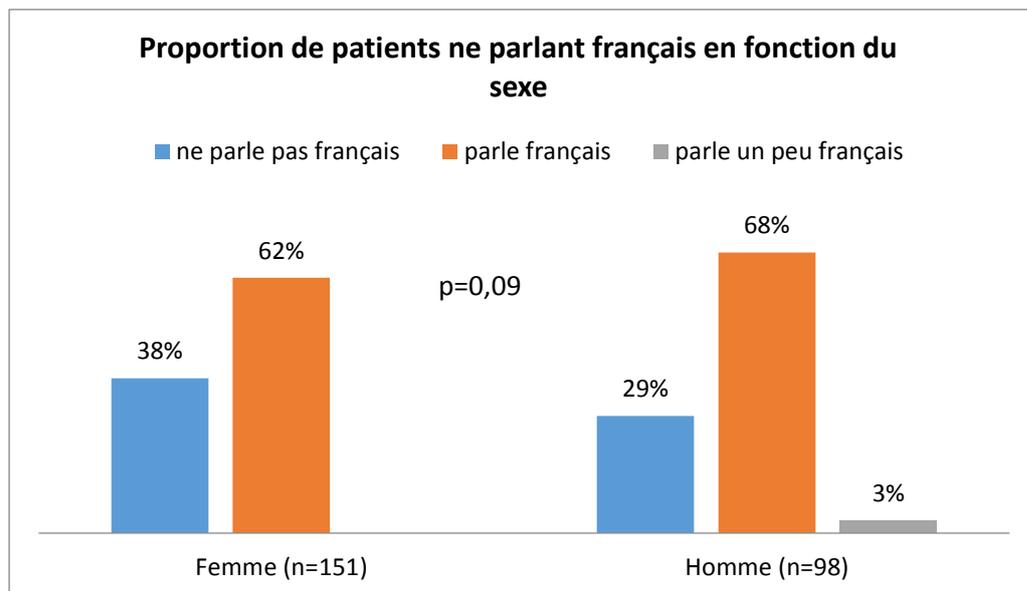
84 patients (34%) rencontrés en dispensaire à Mayotte ne parlaient pas français.

129 patients (52%) déclaraient avoir besoin d'un traducteur pour la consultation médicale.

2. Sexe :

2.1. Proportion de patients ne parlant pas français en fonction du sexe

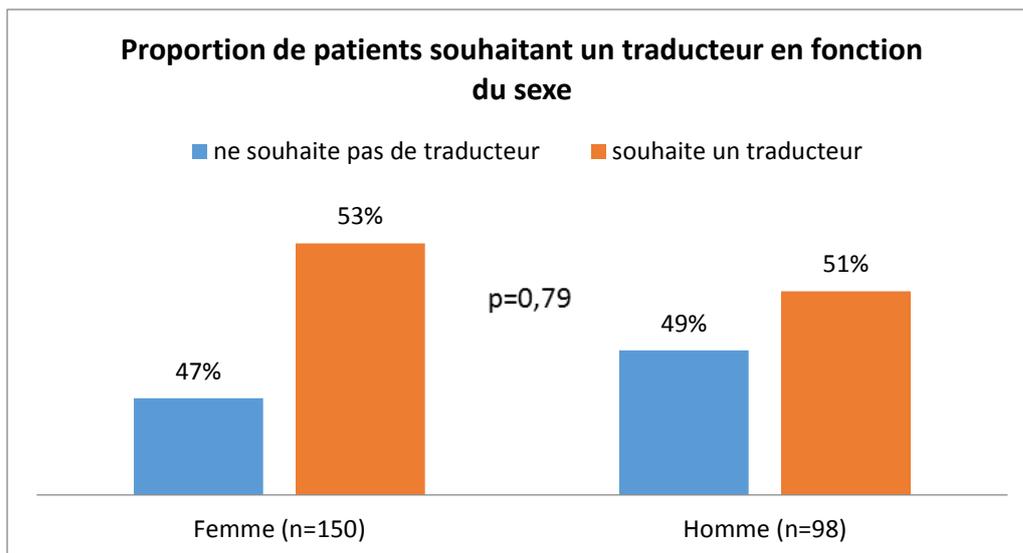
Il n'existait pas de différence significative concernant la proportion de patients déclarant parler français parmi les femmes (62%) par rapport aux hommes (68%).



Le sexe n'était pas corrélé au fait de savoir ou pas parler français, ni à la nécessité d'avoir ou pas recours à un traducteur.

2.2. Proportion de patients souhaitant un traducteur en fonction du sexe

Il n'existait pas de différence significative entre la proportion de femmes souhaitant un traducteur (53%) et la proportion d'hommes souhaitant un traducteur pour la consultation (51%).



Il existait une corrélation entre le fait de déclarer ne pas savoir parler français et avoir besoin d'un traducteur pour la consultation médicale ($r=0.54$).

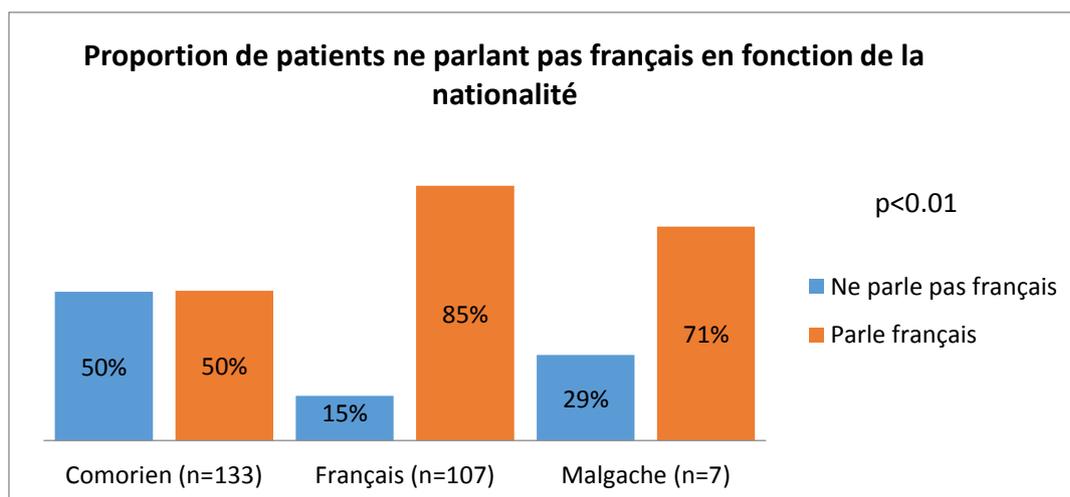
3. Nationalité :

3.1. Proportion de patients ne parlant pas français en fonction de la nationalité

66 patients comoriens (50%) déclaraient ne pas parler français.

16 patients français (15%) déclaraient ne pas parler français.

2 patients malgaches (29%) déclaraient ne pas parler français.

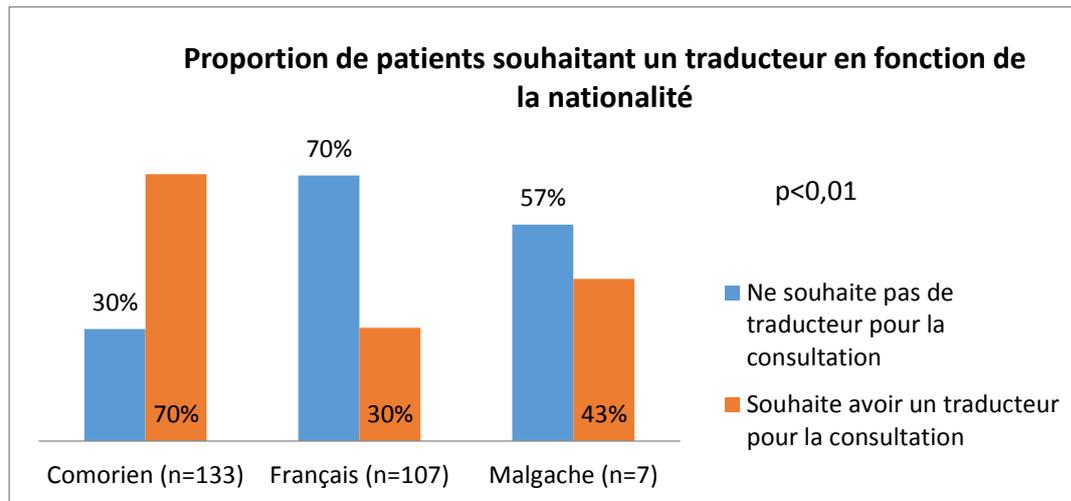


3.2. Proportion de patients souhaitant un traducteur en fonction de la nationalité

93 patients comoriens (70%) déclaraient avoir besoin d'un traducteur.

32 patients français (30%) déclaraient avoir besoin d'un traducteur.

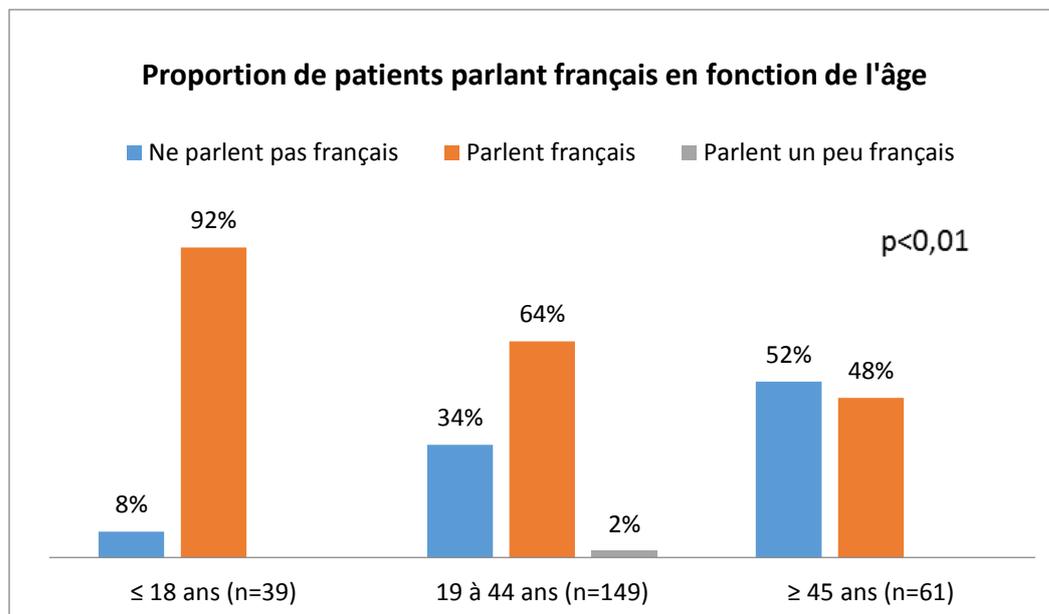
3 patients malgaches (43%) déclaraient avoir besoin d'un traducteur.



4. Age :

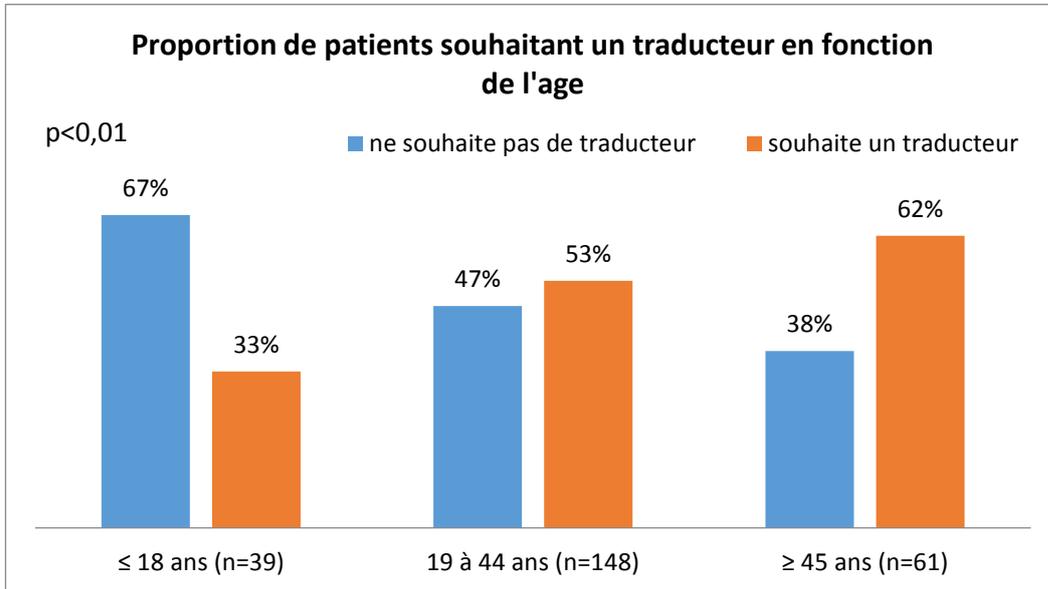
4.1. Proportion de patients parlant français en fonction de l'âge

Il y avait significativement plus de patients déclarant parler français dans la tranche d'âge des ≤ 18 ans (92%) par rapport à la tranche d'âge des 19-44 ans (64%) et des ≥ 45 ans (48%).



4.2. Proportion de patients ayant besoin d'un traducteur en fonction de l'âge

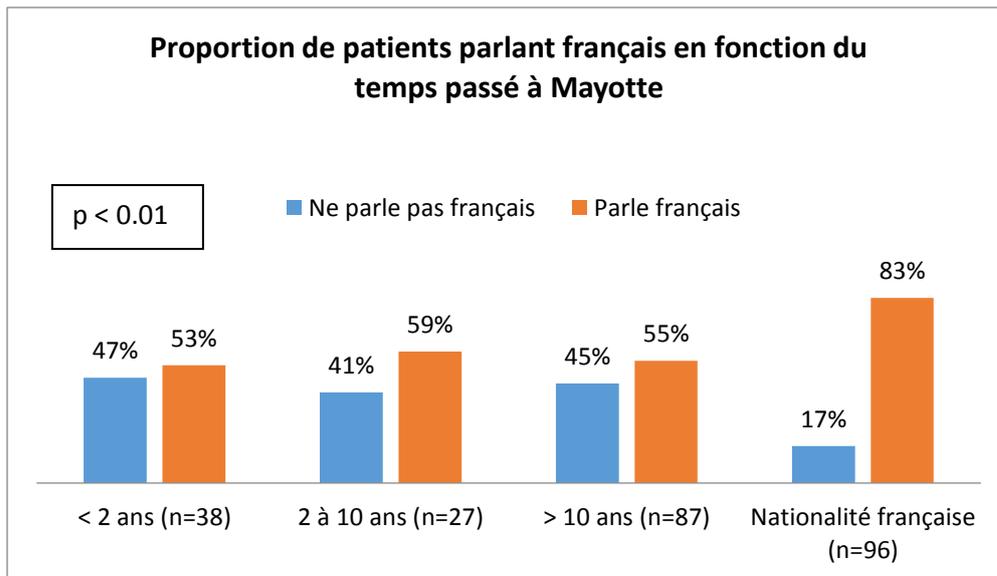
Dans la tranche d'âge des ≤ 18 ans, il y avait significativement moins de patients déclarant vouloir un traducteur pour la consultation médicale (33%) que dans la tranche d'âge des 19-44ans (53%) et des ≥ 45 ans (62%).



5. Durée depuis laquelle le patient est à Mayotte :

5.1. Proportion de patients parlant français en fonction du temps passé à Mayotte

18 patients à Mayotte depuis moins de 2 ans (47%) déclaraient ne pas parler français.
11 patients à Mayotte depuis 2 à 10 ans (41%) déclaraient ne pas parler français.
39 patients à Mayotte depuis plus de 10 ans (45%) déclaraient ne pas parler français.

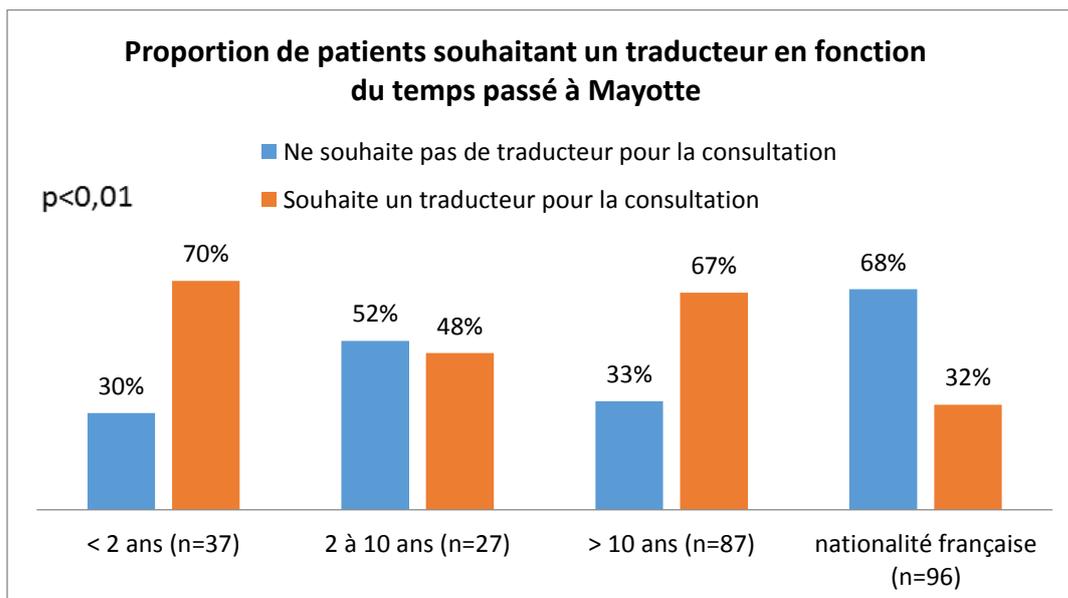


5.2. Proportion de patients souhaitant un traducteur en fonction du temps passé à Mayotte

Dans la tranche des <2 ans passés à Mayotte, 26 patients (70%) souhaitaient un traducteur.

Dans la tranche des 2 à 10 ans passés à Mayotte, 13 patients (48%) souhaitaient un traducteur.

Dans la tranche des >10 ans passés à Mayotte, 58 patients (67%) souhaitaient un traducteur.



Notons que parmi les patients à Mayotte depuis plus de 10 ans, la tranche d'âge des 19-44 ans était la plus représentée à 69%, suivie par les ≥ 45 ans (28%). Il y avait 3% des patients qui avaient moins de 18 ans.

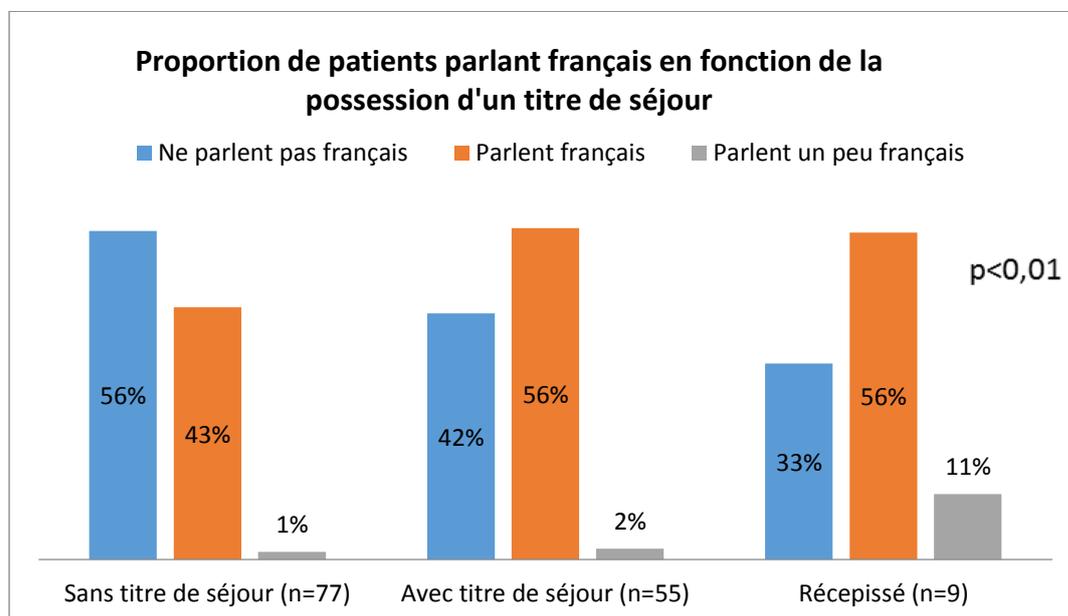
6. Titre de séjour :

6.1. Proportion de patients ne parlant pas français en fonction de la possession d'un titre de séjour

43 patients sans titre de séjour (56%) déclaraient ne pas parler français.

23 patients avec titre de séjour (42%) déclaraient ne pas parler français.

3 patients ayant un récépissé (33%) déclaraient ne pas parler français.



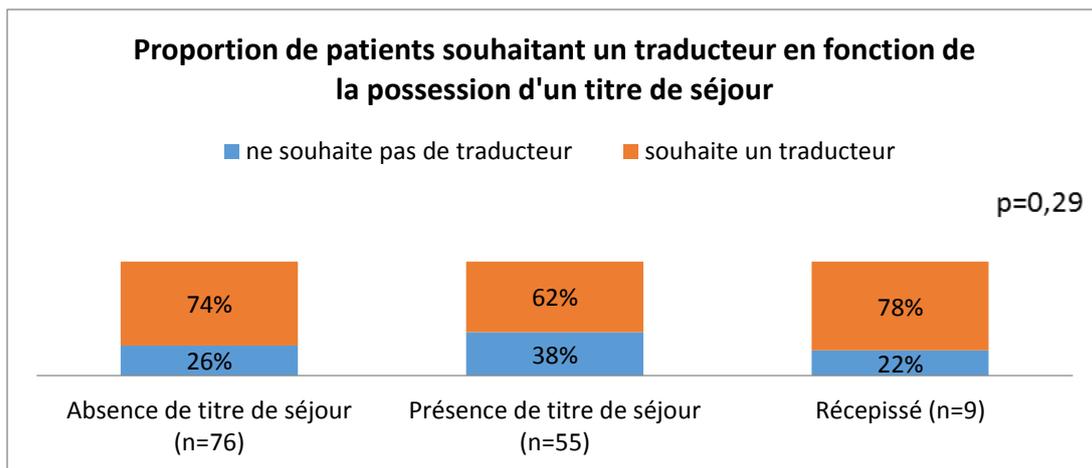
6.2. Proportion de patients souhaitant un traducteur en fonction de la possession d'un titre de séjour

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative quant au souhait d'un traducteur pour la consultation médicale en fonction de la possession ou pas d'un titre de séjour.

56 patients sans titre de séjour (74%) souhaitaient un traducteur pour la consultation.

34 patients avec titre de séjour (62%) souhaitaient un traducteur pour la consultation.

7 patients avec récépissé (78%) souhaitaient un traducteur pour la consultation.



La possession ou pas d'un titre de séjour n'était pas corrélée à la nécessité de recours au traducteur. ($r=0.10$)

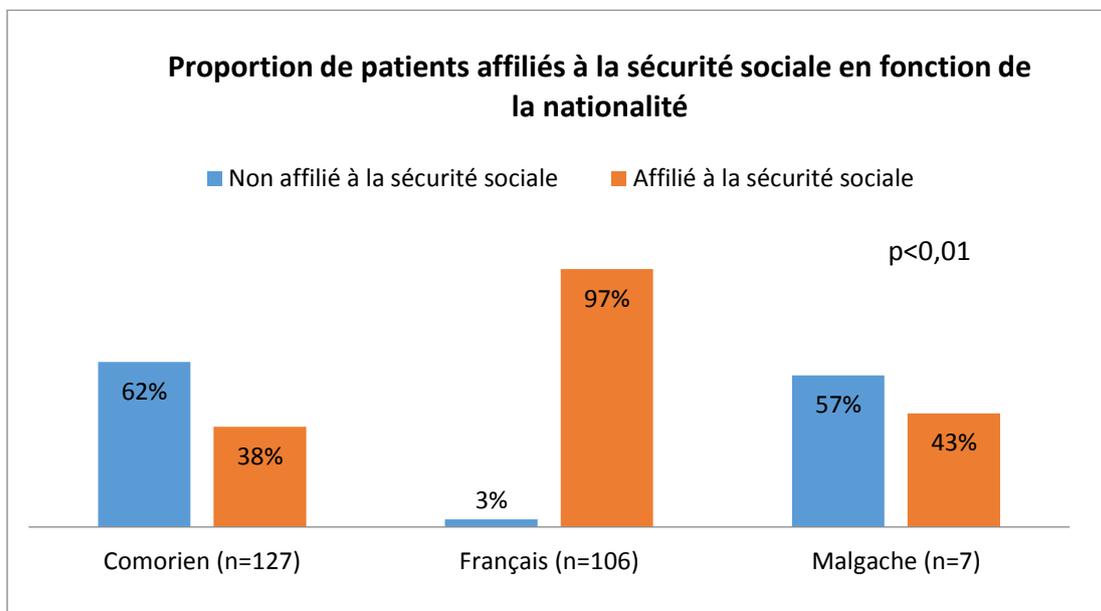
7. Affiliation à la sécurité sociale :

48 patients comoriens (38%) étaient affiliés à la sécurité sociale.

103 patients de nationalité française (97%) étaient affiliés à la sécurité sociale.

3 patients de nationalité malgache (43%) étaient affiliés à la sécurité sociale.

Le fait d'être de nationalité française apparaissait corrélé à la couverture sociale. ($r=0.61$)



8. Langues :

Nombre de langues parlées, comprises, écrites

156 patients (63%) déclaraient parler au moins 3 langues différentes.

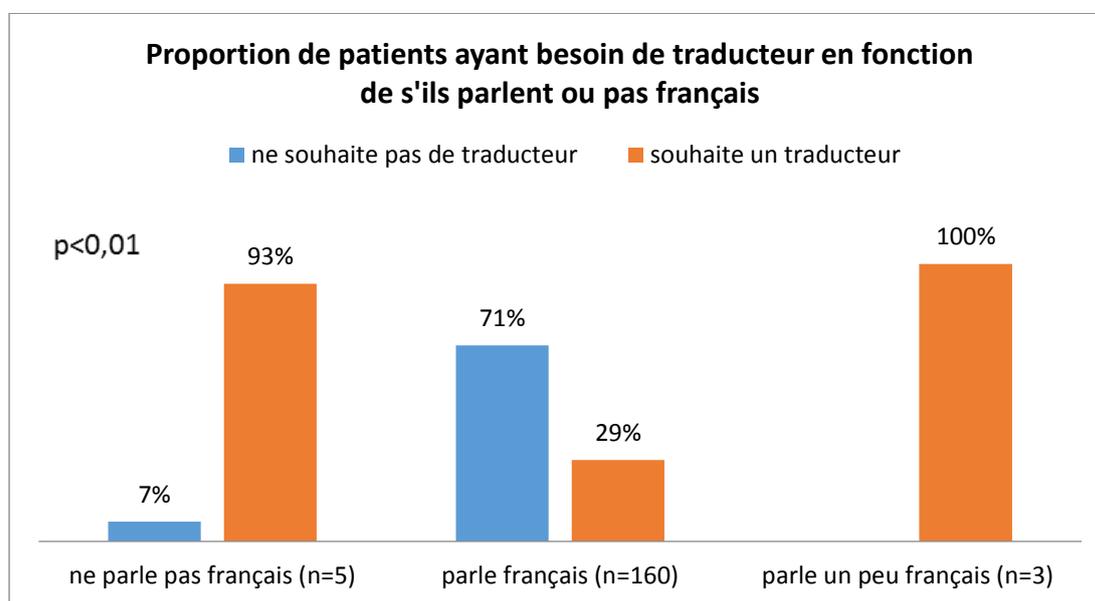
194 patients (78%) comprenaient au moins 3 langues.

108 patients (46%) savaient écrire au moins 3 langues.

Proportion de patients ayant besoin d'un traducteur en fonction de s'ils parlent ou pas français

93% des patients déclarant ne pas parler français souhaitaient un traducteur.

29% des patients déclarant parler français souhaitaient un traducteur.



9. Nationalité et scolarisation :

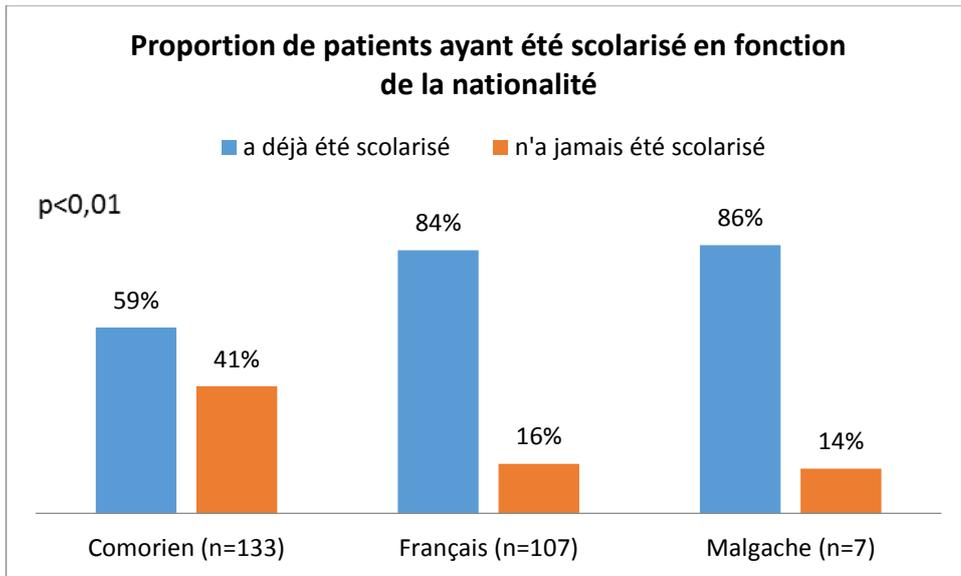
30% des patients de notre échantillon n'avaient jamais été scolarisés, toutes nationalités confondues.

9.1. Proportion de patients n'ayant jamais été scolarisée en fonction de la nationalité

Parmi les patients de nationalité comorienne, 41% n'avaient jamais été scolarisés.

Parmi les patients de nationalité française, 16% n'avaient jamais été scolarisés.

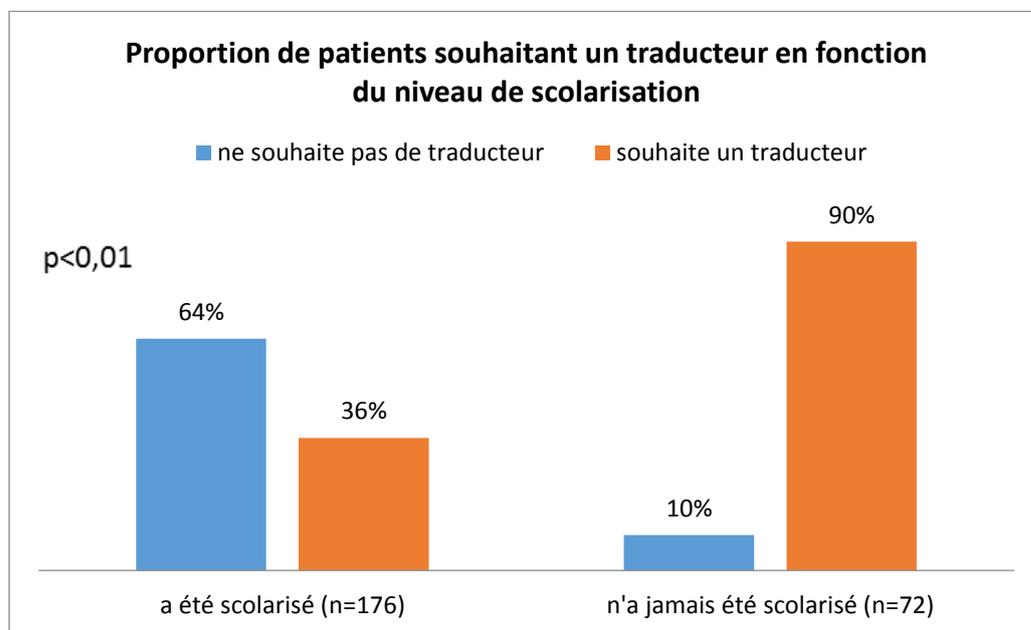
Parmi les patients comoriens n'ayant jamais été scolarisés, il y avait significativement plus de patients de 19 à 44 ans (63%) que de ≥ 45 ans (37%) et ≤ 18 ans (0%), $p < 0.01$.



9.2. Proportion de patients scolarisés souhaitant un traducteur pour la consultation

36% des patients qui avaient été scolarisés souhaitaient un traducteur pour la consultation.

90% des patients non scolarisés souhaitaient un traducteur pour la consultation.



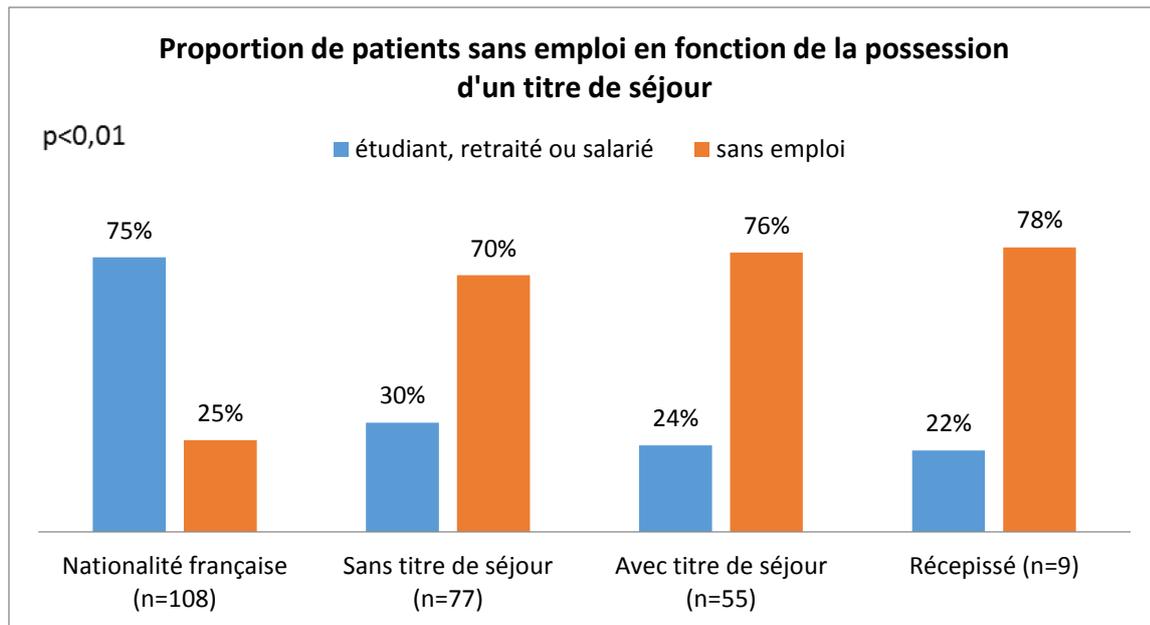
10. Titre de séjour et catégorie socioprofessionnelle :

54 patients sans titre de séjour (70%) étaient sans emploi.

42 patients avec titre de séjour (76%) étaient sans emploi.

27 patients de nationalité française (25%) étaient sans emploi.

Le fait d'être de nationalité française n'était pas fortement corrélé au fait d'avoir un emploi ($r=0.38$).

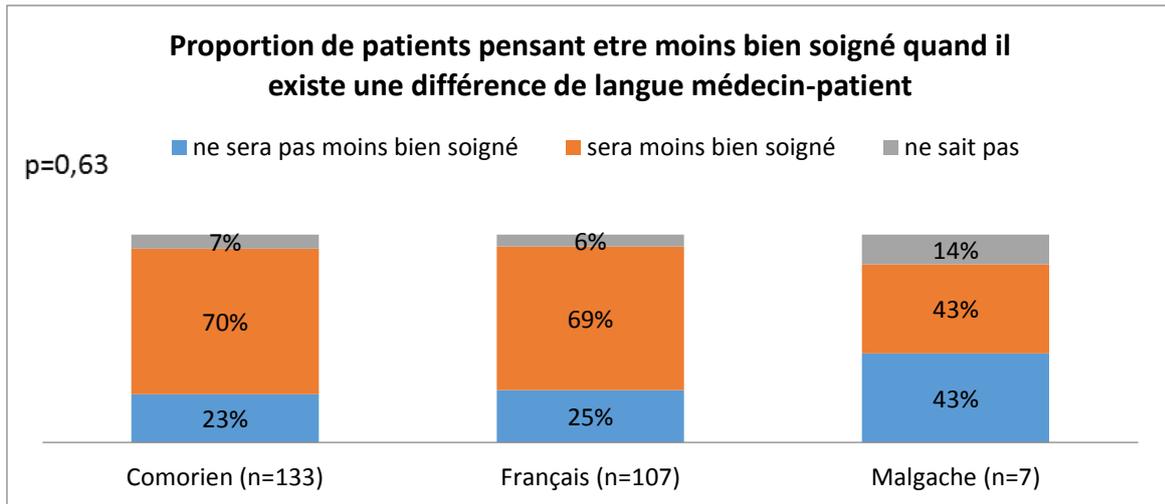


11. Pourcentage de patients pensant qu'ils sont moins bien pris en charge quand il existe une différence de langue entre le patient et le médecin

11.1. En fonction de la nationalité

68% des patients, toutes nationalités confondues, pensaient qu'ils seraient moins bien soignés s'il existe une différence de langue entre eux et le médecin consulté.

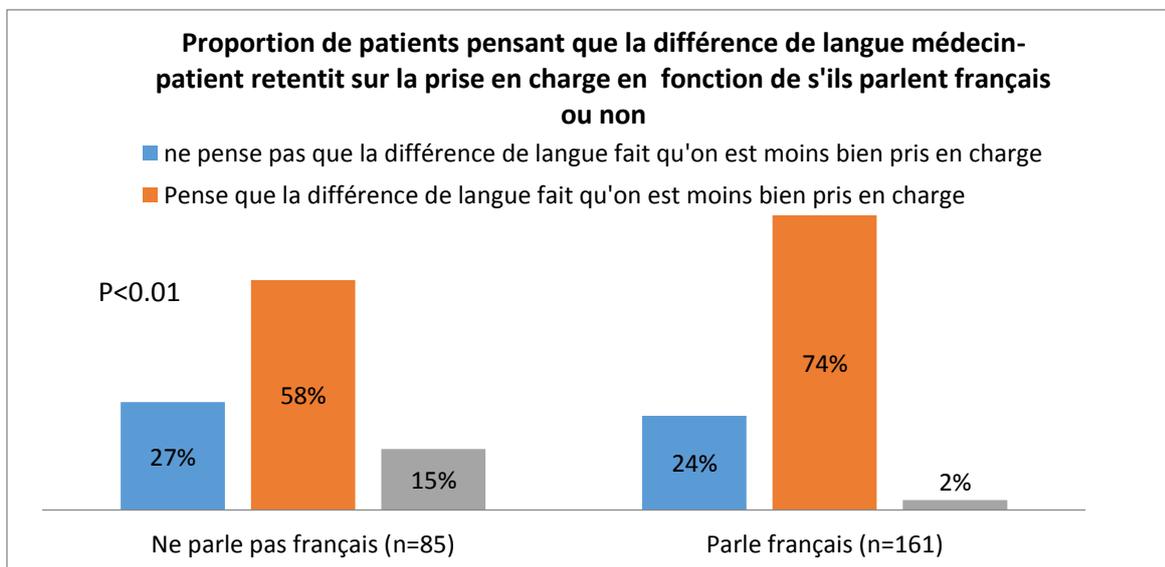
Il n'existait pas de différence significative en fonction de la nationalité.



11.2. En fonction si les patients parlent français

49 patients ne parlant pas français (58%) pensaient que la différence de langue médecin-patient retentissait sur la prise en charge.

119 patients parlant français (74%) pensaient que la différence de langue médecin-patient retentissait sur la prise en charge.



II- Analyse qualitative :

A- Pourquoi les patients interrogés pensent que la différence de langue entre le médecin et le patient fait qu'on s'occupe moins bien d'eux :

1- Le traducteur

a) Manque de fiabilité de la traduction

42 patients sur 249 ont évoqué un manque de fiabilité de la traduction comme obstacle principal à une bonne prise en charge au travers des propos suivants :

- **Patient 8 :** « Les traducteurs parfois disent n'importe quoi. En général, ils ne traduisent pas vraiment ce qu'on dit. On dit 3 ou 4 choses, ils résumant en 1 mot. »
« Le traducteur, c'est pas une solution, il dira ce qu'il pense, c'est pas la vérité. C'est juste pour s'en sortir et faire son travail. »
- **Patient 11 :** « Les patients et médecins disent des fois que les traducteurs n'ont pas dit les bonnes choses. Le traducteur dit ce qui est concret alors que le patient dit beaucoup de choses. Des fois l'usager dit qu'on n'a pas tout dit. On peut pas tout raconter au médecin, ça prend du temps. On dit juste ce que le médecin veut. On dit juste ce qui est nécessaire. »
- **Patient 24 :** « Quand une personne dit quelque chose, quand la phrase est interprétée, il peut y avoir un mot qui change. Le souci ne va pas être bien expliqué. »
- **Patient 25 :** « Les traducteurs, des fois, ce que la personne dit, c'est pas la même chose qu'ils répètent. Je travaille à la PMI de l'Abattoir et je vois bien comment ça se passe. Ça me désole de voir que les filles ne disent pas la même chose que ce que la personne dit. »
- **Patient 32 :** « La traduction ne fait pas toujours ressortir le problème. C'est une culture différente. »
- **Patient 35 :** « Parfois, quand le traducteur dit des choses, il dit pas la même chose que moi. C'est la même mais pas trop la même. »
- **Patient 41 :** « Les traducteurs comprennent et disent n'importe quoi. »
- **Patient 69 :** « J'ai peur que le traducteur ne dise pas ce que je dis. »
- **Patient 93 :** « Ce serait bien que je puisse bien comprendre le français. Ça se passerait mieux. C'est gênant que je ne puisse pas bien m'exprimer. C'est difficile car c'est pas moi-même qui m'explique. Je suis pas assuré que le traducteur traduise bien. »
- **Patient 109 :** « Je suis pas sûre que la traduction se passe bien et que tout soit dit. »

- **Patient 150** : « *Y a des traducteurs qui disent le contraire de ce qu'on dit. Si on dit qu'on a mal au pied et à la tête, des fois la traductrice dit moins, des fois, elle dit plus. »*
- **Patient 153** : « *Le traducteur résout certains problèmes, mais pas tout car la personne qui traduit va modifier les mots. Quand tu filtres quelque chose, tu peux pas tout avoir. » « Faut être bien compris pour être bien traité. Quand y a un traducteur, y a des mots qui différent. En traduisant, ça peut changer. »*
- **Patient 157** : « *L'interprète va pas traduire tout ce qu'on dit. Des fois quand elle dit qu'elle a mal à l'estomac, le traducteur dit mal au ventre. »*
- **Patient 211** : « *J'ai peur. Chez ma grand-mère y a mon oncle qui a fait de la prison, le traducteur a pas dit ce que l'avocat disait. »*
- **Patient 225** : « *Le courant passe pas bien, le traducteur peut diminuer les paroles, plusieurs personnes se plaignent. Le patient ne sera pas satisfait. »*
- **Patient 241** : « *On prend un risque si quelqu'un qui traduit dit pas la même chose. »*

b) Manque de motivation/fatigue des traducteurs

Cette thématique a été évoquée à 5 reprises par les patients interrogés.

- **Patient 3, ASH** : « *des fois, je suis pas bien motivée pour essayer d'expliquer car le grand comorien, c'est pas ma langue. »*
- **Patient 15** : « *Y a des difficultés avec les traducteurs. A force de traduire, au bout d'un moment donné ils en ont marre. L'entraîneur de Marseille au foot, il avait toujours un traducteur à coté et il en a eu marre. Le président du club a dit: "c'est à toi de faire des efforts pour parler français!" »*
- **Patient 31** : « *Des fois les traducteurs disent pas les choses que disent les patients car ils sont fatigués de voir des patients et ils disent n'importe quoi. »*
- **Patient 32** : « *Les traducteurs en ont marre à la fin de leur journée. »*
- **Patient 206** : « *Ca m'est déjà arrivée que la traductrice dise "je sais pas ce qui m'amène ici de venir traduire pour toi" en shimaoré. Ya des traducteurs qui sont plein de rage, qui parlent n'importe comment. »*

c) Equivalences difficiles entre les différentes langues

Cette thématique a été évoquée à 4 reprises par les patients interrogés.

- **Patient 3, ASH** : « *des fois, je suis pas bien motivée pour essayer d'expliquer car le grand comorien, c'est pas ma langue. »*
- **Patient 146** : « *Y a toujours un interprète, mais est ce qu'on a dans notre vocabulaire tout ce qui est nécessaire pour traduire? Dur de trouver les mots appropriés pour se faire comprendre. Y a des termes, je connais pas l'équivalent en français. Celui qui*

fait interprète, c'est pas forcément un médecin. Pied paralysé = fourmi. Le traducteur traduit pied paralysé et le Docteur va voir que le pied il bouge...C'est dur de traduire. »

- **Patient 191** : « *Ya certaines choses que les traducteurs savent pas traduire. »*
- **Patient 200** : « *Anjouanais et shimaoré c'est pas la même chose. Les oreilles, les yeux ça ne se dit pas pareil. »*

d) Dépendance vis-à-vis du traducteur

Evoquée à 9 reprises :

- **Patient 13** : « *J'ai toujours besoin de quelqu'un pour traduire, je ne sais pas bien parler français. »*
- **Patient 24** : « *C'est mieux avec un traducteur que sans. »*
- **Patient 34** : « *Quand y a un problème, j'appelle le traducteur. »*
- **Patient 116** : « *Je serais sûr de moi que si le traducteur traduit. »*
- **Patient 141** : « *J'ai toujours besoin de quelqu'un qui traduit. Faut bien avoir quelqu'un qui traduit. »*
- **Patient 203** : « *Je fais confiance car y a pas d'autre choix. »*
- **Patient 230** : « *Y a le traducteur mais je préférerais m'exprimer très bien pour me débrouiller. Si on a des secrets, y a pas besoin de quelqu'un à côté pour entendre. »*
- **Patient 236** : « *On a besoin de quelqu'un pour traduire. »*
- **Patient 247** : « *c'est mieux que rien, mais ça me gêne car je comprends pas ce que dit le traducteur au médecin ».*
- **Patient 248** : « *J'aimerais pouvoir parler pour m'exprimer seule sans traducteur. »*

2- Le médecin

a) Mauvais diagnostic

Evoqué à 7 reprises par les patients :

- **Patient 32** : « *ça entraine des diagnostics à côté. »*
- **Patient 104** : « *Ca dépend de ce que l'un ou l'autre comprend. S'ils ne se comprennent pas, le patient n'aura pas vraiment ce qu'il veut, ce qu'il attend. Si je n'arrive pas vraiment à m'exprimer, le docteur fera en fonction de comment il a compris, ce qui n'est pas tout le temps ce qu'on attend de lui. »*
- **Patient 121** : « *Y a risque de diagnostic qui correspond pas au besoin du patient. On va passer à côté de la plaque. »*
- **Patient 144** : « *Le docteur saura pas exactement ce qu'on a. »*
- **Patient 174** : « *S'il peut pas s'expliquer, le médecin saura pas ce qu'il a vraiment. »*

- **Patient 219** : « *Le patient ne peut pas s'exprimer correctement sur sa maladie. Le Docteur va penser à une autre maladie, différente de celle que présente le patient dans son corps.* »
- **Patient 246** : « *Le patient ne peut pas dire ses problèmes médicaux. Y a des malentendus médecins patients. Donc des mauvais diagnostics.* »

b) Iatrogénie

Evoquée à **28** reprises par les patients :

- **Patient 15** : « *C'est possible qu'on nous donne quelque chose alors qu'on avait besoin d'autre chose et ça peut aggraver le problème initial.* »
- **Patient 24** : « *Ca a des conséquences sur les médicaments qui vont pas être les bons et ça va entraîner d'autres maladies dangereuses.* »
- **Patient 26** : « *La patiente comprend mal, le médecin donne ce qu'il faut pas. Ça va s'empirer si on donne le mauvais médicament et avoir des conséquences sur la santé.* »
- **Patient 69** : « *Je ne vais pas avoir le bon médicament, je ne vais pas bien me soigner* »
- **Patient 73** : « *On va pas se comprendre. Il y a un danger au niveau de la santé car la prescription ne va pas être celle qui convient.* »
- **Patient 77** : « *Il va y avoir un danger. Je vais dire quelque chose, même si c'est pas ça, il va dire oui et ça va être un danger. Je pourrais prendre plus de dafalgan car je comprends pas. Je dirais que j'ai mal à la tête et le médecin comprendrait mal au ventre.* »
- **Patient 114** : « *Y a eu une histoire à Anjouan avec ma grande sœur qui a expliqué au traducteur qui a expliqué au médecin, qui a donné les instructions. Le traducteur a dit de prendre un médicament qu'il fallait prendre par la bouche dans l'anus. C'était le mauvais médicament. Vaut mieux aller toute seule chez le médecin. Le mzungu est plus attentif à vouloir comprendre que le traducteur. Le traducteur se moque d'abord de moi, ce n'est qu'après qu'il est attentif.* »
- **Patient 121** : « *On va donner d'autres médicaments. Passer à côté de la plaque. Y a un risque médical qui peut aller jusqu'à la mort.* »
- **Patient 136** : « *Si je comprends pas, je vais faire autre chose que ce qu'il dit. Ca a des conséquences au niveau des médicaments. C'est le problème du mélange des médicaments.* »
- **Patient 137** : « *On lui donnera des traitements pas adaptés à sa pathologie. Ca accumulera d'autres problèmes pas rapport à sa santé.* »
- **Patient 224** : « *Si le docteur comprend pas, il va donner autre chose.* »
- **Patient 249** : « *Si le traducteur ne comprend pas, il partira pas avec quelque chose de concret. Si on se comprend pas, on n'a pas le bon traitement.* »

c) La toute-puissance de la « blouse blanche » et du médecin « mzungu »

Evoqué à 7 reprises par les patients interrogés.

- **Patient 32** : « *Y a la crainte du docteur dans le sens respect. Les gens ont une confiance totale en leur médecin. »* »
- **Patient 77** : « *c'est le travail des médecins de s'occuper du patient, il va faire le nécessaire pour comprendre et bien soigner le patient. »* »
- **Patient 111** : « *Normalement un mzungu il est bien attentif à essayer de communiquer avec le patient. Je fais tout mon possible pour que le médecin comprenne ma maladie. »* »
- **Patient 155** : « *Même s'ils ne parlent pas le même langage, les médecins ont appris certaines choses, donc arrivent à comprendre ce que le patient veut dire. La personne qui a appris est plus développée qu'une personne qui n'a pas appris. Par exemple, un enseignant, c'est plus facile de lui faire apprendre des choses qu'à une personne qui n'a rien appris. »* »
- **Patient 158** : « *Le docteur peut ne pas recevoir le patient ».* »
- **Patient 161** : « *Des fois le médecin s'énerve quand il me pose des questions. Ça m'a touchée quand le médecin a fait des bruits de mépris. »* »
- **Patient 203** : « *si un traducteur traduit bien ça va, le médecin va bien s'occuper du patient car c'est son travail. »* »

d) Manque de temps d'expression laissé au patient

Evoqué à 4 reprises par les patients interrogés.

- **Patient 32** : « *C'est des questions fermées, on ne laisse pas la parole au patient. »* »
- **Patient 161** : « *Des fois le médecin ne prend pas la peine, le temps de m'écouter. Des fois le médecin s'énerve quand je lui pose des questions. Ça m'a touché quand le médecin a fait des bruits de mépris. Je suis souvent suivi à Mamoudzou où on me donne des résultats. Souvent le médecin ne me donne pas le temps de m'exprimer et j'ai des choses à dire aussi. »* »
- **Patient 177** : « *On est pas compris. On soigne autre chose. On ne prend pas le temps de prendre soin de nous. »* »
- **Patient 187** : « *Y a tellement de boulot qu'ils ne prennent pas le temps. »* »

e) Prise en charge médecin dépendant

Evoqué à 4 reprises.

- **Patient 187** : « *Ca dépend des médecins. Si le médecin est humaniste, il fait des efforts. »* »

- **Patient 202** : « *car on n'est pas tous pareil, aujourd'hui tu peux bien me recevoir sans parler la même langue et une autre fois, un autre docteur mal me recevoir. Ca dépend des personnes. »*
- **Patient 220** : « *Si le médecin est quelqu'un de bien, il fera son boulot correctement. C'est comme les fundis, soit c'est un bon, soit c'est pas un bon. C'est le bon Dieu qui connaît tous les secrets. »*
- **Patient 229** : « *C'est le bon Dieu qui sait. Parfois, elle est bien accueillie, parfois on l'envoie balader. »*

f) Education thérapeutique difficile

Evoqué à 3 reprises.

- **Patient 136** : « *Si je comprends pas, je vais faire autre chose que ce qu'il dit. Ca a des conséquences au niveau des médicaments. Y a un problème de mélange des médicaments.»*
- **Patient 221** : « *Si le Dr lui explique sa maladie et qu'il lui donne un médicament, elle va pas savoir comment le prendre.*
- **Patient 239** : « *On comprend pas ce que le docteur dit s'il nous indique certaines choses à faire. Ca entraîne des conflits, des incompréhensions entre individus. »*

3- Le patient

a) Mise en exergue des efforts personnels nécessaires de la part des patients

Evoqués à 5 reprises.

- **Patient 30** : « *Je sais pas parler le français. Je fais tout mon possible pour parler avec le médecin. J'apprends en parlant et en me débrouillant seule sans traducteur. »*
- **Patient 35** : « *Quand je m'exprime moi-même je me sens bien. On est dans un pays français, moi aussi je peux parler en français.»*
- **Patient 101** : « *Sinon, vaut mieux parler mot à mot en français avec le docteur, même si c'est difficile. »*
- **Patient 111** : « *Je fais tout mon possible pour que le médecin comprenne ma maladie. »*
- **Patient 235** : « *Tu es dans un pays français. Même si tu ne sais pas, il faut essayer de parler soi-même. »*

b) Difficultés d'expression

Retrouvées à 4 reprises.

- **Patient 8** : « *On a du mal à exprimer vraiment ce qu'on a.* »
- **Patient 14** : « *C'est un peu difficile à expliquer tout ce que veut comprendre le médecin.* »
- **Patient 15** : « *Il manque des informations. Je n'arrive pas bien à m'exprimer et dire tous mes problèmes.* »
- **Patient 32** : « *Les gens diagnostiquent mal leurs maux.* »

c) Ignorance du patient quant à la situation

Evoqué à 2 reprises.

- **Patient 123** : « *Le patient fait confiance au traducteur, du coup, il croit que ce que le docteur a écrit lui convient.* »
- **Patient 225** : « *Le courant passe pas bien, le traducteur peut diminuer les paroles, plusieurs personnes se plaignent. Le patient ne sera pas satisfait. Parfois le patient ne sait même pas mais ça se passe comme ça.* »

d) Nécessité d'un interprète familial

Evoqué 1 fois.

- **Patient 155** : « *Je suis toujours accompagné par mon frère, sauf aujourd'hui. Mais je viens juste pour des résultats, c'est plus léger.* »

4- La relation médecin – patient

a) Mauvaise compréhension

Evoquée à **114** reprises.

- **Patient 48** : « *On va pas toujours se comprendre. C'est difficile pour moi et le médecin.* »
- **Patient 52** : « *Les langues sont différentes. Il faut parler la même langue pour se comprendre. Si c'est à l'intérieur de moi la maladie et pas visible, le médecin peut pas me soigner. Un panaris, on le voit, c'est facile.* »
- **Patient 53** : « *On se fera pas comprendre, donc se fera moins bien soigner. Pour être bien soigné, faut se comprendre.* »

- **Patient 54** : « *On va pas bien être vu ni bien se comprendre. On va pas être bien soigné. »*
- **Patient 55** : « *On va pas se comprendre, on va pas être bien soigné. On comprend pas les mêmes langues. Les étrangers sont mal accueillis. On se fait pas comprendre. On est pas bien vu, pas bien entendu. On vit dans la souffrance. Je n'arrive même pas à avoir de l'argent pour acheter du savon. La langue est un frein. »*
- **Patient 57** : « *On se comprend pas. Le Docteur peut pas bien dire ce qu'on a. »*
- **Patient 61** : « *On serait comme 2 muettes qu'on laisse ensemble sans traducteur. »*
- **Patient 81** : « *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. »*
- **Patient 137** : « *Ils se comprennent pas. C'est important à l'hôpital de se comprendre. Le patient sera mal soigné. »*
- **Patient 144** : « *Ils vont pas se comprendre. Y aura moins de communication. On sera pas à l'aise pour expliquer vraiment ce qu'on a. On sera en manque de soin. »*
- **Patient 148** : « *Le patient et le médecin se comprennent pas. Mais comme y a des traducteurs, ça va! »*
- **Patient 171** : « *Le docteur comprend pas bien ce que j'ai comme maladie. On n'est pas soigné pareil. »*
- **Patient 173** : « *On se comprend pas. Le patient peut pas expliquer exactement ce qui l'amène pour être soigné. Les traducteurs, même si on leur explique, ils disent pas exactement la même chose. C'est mieux de se comprendre. »*
- **Patient 192** : « *On parle mais on ne nous comprend pas quand on parle de là où on a mal. Y a toujours des choses en plus qui ne sont pas dites. Y a un manque de compréhension de la plupart des médecins. »*
- **Patient 195** : « *Je serai pas capable de comprendre ce que dit le médecin, on sera pas sur la même longueur d'onde. »*
- **Patient 204** : « *On ne comprend pas la même langue. C'est difficile que le médecin sache réellement ce qu'a le patient. »*

b) Manque de confidentialité – manque d'intimité

Evoqué à 14 reprises.

- **Patient 18** : « *Des fois si on connaît le traducteur c'est gênant. Par exemple, pour un patient qui a la syphilis... Je travaille à la sécu, j'entends ce qui se dit... »*
- **Patient 25** : « *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. C'est pas professionnel. Partout dans les autres pays y a le secret professionnel mais à Mayotte, on n'est pas encore dedans. »*
- **Patient 30** : « *Je ne veux pas que le traducteur entende ce que je dis au médecin. »*

- **Patient 31** : « *Des fois on a pas envie que d'autres personnes écoutent les maladies qu'on a. C'est gênant. Les docteurs, c'est les docteurs; l'infirmier, l'infirmier. »*
- **Patient 35** : « *Si je parle la même langue. Je peux expliquer bien ce que j'ai. C'est mieux qu'avec un traducteur. Parfois je sens que si je dis quelque chose, je me sens mal à l'aise et elle ne l'explique pas très bien. Quand je m'exprime moi-même je me sens bien. »*
- **Patient 63** : « *J'ai du mal à dire des choses au traducteur, je me sens gênée. J'ai peur que le traducteur dise à une autre personne quel est mon problème de santé. »*
- **Patient 87** : « *Parfois on a des choses qu'on veut pas dire à quelqu'un d'autre que le médecin. »*
- **Patient 125** : « *Avec le traducteur j'ai parfois honte de dire mes problèmes. »*
- **Patient 145** : « *Des fois y a des choses personnelles que je ne veux pas dire devant le traducteur. »*
- **Patient 154** : « *Au fond de moi même, même si la personne qui traduit, traduit tout, je voudrais que ce soit direct car j'ai des choses intimes que je voudrais garder juste entre moi et le docteur. »*
- **Patient 214** : « *Ya des choses que je préfère ne pas dire au traducteur, je ne suis pas à l'aise de me déshabiller devant le traducteur, mais devant le médecin oui. »*
- **Patient 230** : « *Je préférerais m'exprimer très bien pour me débrouiller. Si on a des secrets, y a pas besoin de quelqu'un à côté pour entendre. »*

c) Opposition langue médicale/langue profane

Evoqué par 5 patients interrogés.

- **Patient 14** : « *Il y a des choses que je vais comprendre, certaines mais pas toutes. C'est un peu difficile à expliquer tout ce que veut comprendre le médecin. »*
- **Patient 20** : « *Y a des mots scientifiques tellement durs à comprendre. »*
- **Patient 32** : « *Des mots techniques sont utilisés. Y a un jargon technique. »*
- **Patient 108** : « *Y a des mots médicaux que je vais pas comprendre. »*
- **Patient 245** : « *On ne se comprend pas, on ne sait pas quels mots employer pour parler de notre maladie. »*

d) Racisme

Intervient dans environ 7 propos tenus par les patients interrogés.

- **Patient 25** : « *Des fois on est un peu raciste vis à vis des comoriens et des anjouanais. Nous on a voulu rester avec la France, mais c'est pas pour autant qu'on doit mépriser nos cousins. On est tous du même sang. Les gens qui sont au pouvoir en ont rien à foutre de ceux qui sont à côté. Mais je peux malheureusement rien faire. »*

- **Patient 29** : « *Y a des gens qui s'en foutent (les comoriens). Un mahorais va faire plus d'efforts pour se faire comprendre. C'est mon avis, l'exemple tout à l'heure. Faut pas cracher sur l'assiette. Ça passe toujours avec le temps. On arrive toujours à se faire soigner, sauf si on est pas patient et qu'on respecte pas le travail des autres. Anjouan c'est corrompu, y a pas de règlement intérieur, y a pas de discipline. C'est l'anarchie. Et ils ramènent ça ici. La dame tout à l'heure était pressée. C'est pareil à la préfecture. Mentalité laisser aller et on mélange tout le monde.* »
- **Patient 187** : « *Si c'est un médecin mahorais, peut-être il nous écouterait pas. Il existe une rivalité inter ile des mahorais qui se sentent envahis par des gens qui parlent une langue différente de la leur. Je me dis "une mzungu", on l'écoute, nous on ne nous écoute pas. On a peur de ne pas être considéré.* »

e) Difficultés d'accès au soin, nécessité de second recours pour se faire comprendre

Evoqué à 4 reprises.

- **Patient 74** : « *C'est compliqué d'avoir des papiers et de l'aide quand on parle pas français. C'est toujours les mzungus qui sont dans les bureaux. Comment je vais faire?* »
- **Patient 102** : « *Le patient va moins facilement voir le médecin. Y a des contraintes pour lui.* »
- **Patient 169** : « *Avoir des papiers pour pouvoir venir chez le docteur sans se faire embêter.* »
- **Patient 234** : « *Un jour, j'avais mal au pénis, je suis pas arrivé à communiquer avec le médecin, j'ai fait des examens et j'ai été obligé de revenir.* »

f) Nervosité/malentendus

Evoqué à quelques reprises :

- **Patient 64** : « *Y a des quiproquos, des malentendus entre médecin et patient. Les traducteurs racontent n'importe quoi, s'énervent, ce qui suscite d'autres choses. Les patients se laissent faire. Les traducteurs maîtrisent pas leur colère.* »
- **Patient 102** : « *Ils vont avoir du mal à se comprendre. Va y avoir des malentendus, des tromperies. Le patient comprend quelque chose et le médecin veut faire autre chose.* »

B- Les suggestions des patients interrogés pour améliorer les échanges médecin-patient :

1- Le traducteur

a) Professionnel de santé

1) *Embaucher des interprètes*

Patient 11 : « *Engager des traducteurs. »*

Patient 31 : « *Augmenter le nombre de personnes qui traduisent les langues. »*

Patient 59 : « *Embaucher plus de traducteurs. »*

Patient 135 : « *Augmenter le nombre de traducteurs. »*

2) *Former les interprètes*

- Aux différentes langues

Patient 127 : « *Faut quelqu'un pour traduire. Parler la même langue. »*

Patient 137 : « *Un traducteur qui traduit en mohélien. »*

Patient 170 : « *Le traducteur peut mal comprendre. Y a des mots en shimaoré qu'on peut pas expliquer vraiment au docteur pour savoir où il a vraiment mal. »*

Patient 200 : « *Anjouanais et shimaoré c'est pas la même chose. Les oreilles, les yeux ça ne se dit pas pareil. »*

Patient 210 : « *Si le traducteur comprend pas la langue, ça pose des difficultés. Idem si le traducteur parle pas grand comorien, c'est toujours le même problème. Faut faire un grand effort pour comprendre les langues des 4 îles, pour tout le monde. C'est le gouvernement qui doit envoyer des gens pour enseigner au traducteur. »*

Patient 235 : « *Le traducteur doit connaître toutes les langues. »*

Patient 237 : « *Pour le traducteur, il faut qu'il connaisse toutes les langues. »*

- Aux termes médicaux

Patient 12 : « C'est important de connaître les termes médicaux. »

Patient 41 : « Le traducteur, on le prend comme ça et on le met devant un médecin. Sans stage, ni rien. Avant, il était taximan, c'est quoi ça quand même? On fait n'importe quoi à Mayotte. Il a pas de notion de la médecine. Le patient dit quelque chose et il peut répéter au médecin autre chose. C'est pas normal, ils devraient faire un stage. »

Patient 104 : « Le traducteur doit être capable de traduire exactement ce que le docteur va dire. Y a des mots médicaux. Faut que les traducteurs les comprennent pour traduire exactement. »

Patient 122 : « Des traducteurs qualifiés. Ils ne traduisent pas bien des fois. »

- Au secret médical

Patient 25 : « Faudrait faire des formations pour le personnel paramédical pour savoir ce que c'est que le secret médical. »

Patient 205 : « S'il je fais confiance au traducteur, ça va, sinon ça n'ira pas. Je ne peux pas faire confiance au traducteur à 100% car je ne le connais pas donc c'est difficile. Si c'est quelqu'un de la famille, il peut ne pas être toujours là. »

- A l'écoute

Patient 32 : « des traducteurs très impliqués, très engagés. Que les bonnes questions soient posées. C'est au niveau de la traduction que le lien peut se faire. »

Patient 35 : « Le traducteur doit écouter très bien et réfléchir avant de parler. »

Patient 64 : « Faut que le traducteur comprenne, soit attentif au patient avant de transmettre au médecin. Il faut former les traducteurs. Faut du respect, de la politesse, de l'écoute de la part des traducteurs. »

Patient 88 : « L'interprète doit mieux faire son travail, mieux comprendre les patients, mieux traduire et être à l'écoute du patient. Pas assez d'écoute. Faut mieux traiter les patients. »

Patient 123 : « *Que la traductrice fasse plus d'effort, essaie de comprendre ce que veut le patient, au lieu de traduire juste ce qu'elle comprend. »*

- Au respect

Patient 64 : « *Faut du respect »*

Patient 201 : « *Quand les patients savent pas parler français, certains traducteurs et médecins leur rient au nez. Surtout ceux qui parlent mahorais. Un mzumgu va essayer de comprendre, ne va pas rire. »*

- A la reformulation

Patient 239 : « *Que le traducteur reformule pour être sûr. »*

- A la réassurance

Patient 104 : « *Il faut rassurer le patient pour qu'il comprenne qu'il peut tout demander, que s'il n'a pas compris, il peut demander au médecin de répéter. »*

Patient 225 : « *Motiver le patient pour l'encourager à dire ce qu'il a. Parfois, le patient a peur de s'exprimer devant le médecin. Quand on est malade, c'est dur de se dévoiler. Il faut encourager le malade à dire tout ce qu'il a. »*

- A l'anticipation du motif de consultation

Patient 225 : « *Que le traducteur mène des investigations sur la personne qui est malade pour avoir l'idée de ce dont la personne a besoin. »*

- A la psychologie

Patient 187 : « *Formation psychologique suffisante des traducteurs pour évaluer les situations. Que l'hôpital travaille avec les services sociaux des villes et des communes pour créer un lien entre soignant et la population. Problème de la clandestinité. C'est important de tisser des liens entre la population et le médical. »*

b) Familial : rôle de l'enfant

Patient 2 : « que ma fille soit là ou un autre membre de la famille. »

Patient 14 : « Elle apprend déjà un peu avec son enfant qui est déjà à l'école. »

Patient 30 : « *Mes enfants m'aidaient à parler français en disant c'est comme ça ou comme ça.* »

Patient 55 : « *Faire étudier mes enfants car c'est l'avenir de demain.* »

Patient 61 : « *Venir avec un traducteur pour me faire comprendre et être bien vue.* »

Patient 72 : « *Amener l'enfant pour venir au dispensaire, pour qu'il parle à ma place.* »

Patient 208 : « *Amener quelqu'un de la famille en qui j'ai confiance pour que le médecin donne ce que j'attends du médecin. Faut que la personne qui traduit fasse mieux son boulot pour que le médecin écrive ce qu'il faut car je peux pas toujours amener mon enfant pour traduire.* »

Patient 212 : « *Faut que je cherche quelqu'un de confiance à la maison pour m'amener. Ça serait trop bien que ce soit quelqu'un de la famille car avec la famille tu peux tout dire, confier les secrets et faire confiance, c'est plus simple.* »

Patient 214 : « *J'aimerais qu'il y ait quelqu'un à la maison qui m'aide à parler français. Mes enfants sont pas sérieux, y en a un en métropole. Le dernier est au collège, mais il parle shimaoré au lieu de parler français.* »

Patient 217 : « *Que l'enfant qui m'accompagne parle le français.* » « *Mon enfant m'accompagne partout, dans toutes mes démarches.* »

Patient 218 : « *Traducteur à l'hôpital si je n'ai pas le choix. Mais je préfère mon fils car il est à la maison et voit tout ce qui se passe, il va pouvoir expliquer.* »

Patient 224 : « *que les enfants apprennent aux parents.* »

2- Le médecin

a) Apprentissage du shimaoré

Patient 8 : « *Les uns et les autres doivent faire des efforts. Le patient doit apprendre le français. Le docteur doit comprendre un peu le shimaoré. Parler plusieurs langues, c'est une richesse les médecins doivent s'y mettre aussi. Comme ça il y aura un juste milieu.* »

Patient 23 : « *On peut pas forcer les gens à aller à l'école. On peut pas forcer les docteurs qui viennent de la France à parler Mahorais.* »

Patient 25 : « *Le docteur doit parler shimaoré, même un peu. La personne se sentirait bien et pas mal. »*

Patient 26 : « *Formation à la langue pour le médecin, comme ça le docteur parle shimaoré avec le patient. Acheter des bouquins de shimaoré. »*

Patient 33 : « *Le médecin peut apprendre le shimaoré. Il doit avoir un ami qui connaît le shimaoré ou aller à l'école en shimaoré. Essayer de parler shimaoré tout le temps. »*

Patient 35 : « *Que le médecin parle shimaoré. Je me sens à l'aise quand il parle shimaoré. Ça passe vite, c'est bien. »*

Patient 41 : « *Les médecins devraient apprendre la langue locale. Les américains font ça et les anglais aussi. Y a que les français qui font pas ça. Ils devraient s'intégrer. Nous, on nous oblige à s'intégrer, mais les français s'intègrent pas. Il faut apprendre la langue locale pour travailler correctement. »*

Patient 49 : « *Après si le médecin est installé ici depuis plusieurs années, c'est normal qu'il améliore ses connaissances linguistiques »*

Patient 52 : « *Il faut parler la même langue pour se comprendre. Elle préfère que le médecin, pour s'intégrer parle aussi le shimaoré » « Que les médecins achètent des livres aussi. »*

Patient 87 : « *Comme on ne peut pas aller à l'école nous les mamans, les médecins doivent apprendre avec les livres.»*

Patient 102 : « *Apprendre les bases des langues mahoraises pour les médecins, pour essayer de comprendre les patients. Ça pourrait être un point de plus pour le médecin. Apprendre une langue étrangère c'est toujours quelque chose de plus. »*

Patient 122 : « *Les médecins doivent acheter les livres shimaoré pour apprendre. Au bout de un mois ou deux il va apprendre car un mzumgu apprend vite. »*

Patient 126 : « *Faut que les médecins apprennent le shibushi et le shimaoré pour expliquer très bien les patients. »*

Patient 172 : « *Il faut que le médecin fasse des efforts pour les comprendre comme ils parlent pas français. »*

Patient 181 : « *Que le professionnel apprenne quelques mots shimaoré des différents organes pour faciliter la communication. »*

Patient 213 : « *Des formateurs pour que les médecins apprennent le shimaoré. »*

b) Augmenter le nombre de médecins mahorais

Patient 27 : « *C'est dommage qu'on ait pas de docteurs mahorais. Il faut former des docteurs mahorais. »*

Patient 32 et 173 : « Augmenter le nombre de médecins mahorais. »

Patient 53 : « Que les médecins parlent shimaoré. Qu'on embauche des gens qui savent parler shimaoré. »

Patient 137 : « Des médecins qui parlent le mahorais pour mélanger car la plupart des gens parlent mahorais. »

c) Fidélisation des médecins

Patient 32 : « Les médecins, y a pas de fidélisation. »

d) Adopter une meilleure déontologie médicale

Patient 3 : « Insister, expliquer. Voir avec un autre collègue quand on ne comprend pas. Faut pas dire qu'on n'a pas compris et laisser comme ça. Faut aider les gens. »

Patient 8 : « Le médecin doit prendre le temps. »

Patient 32 : « Y a pas de déontologie des fois. (elle me raconte le cas d'un décès d'enfant que le docteur n'avait pas vu car il avait préféré aller manger). »

Patient 75 : « Les médecins parlent mal. Il faudrait qu'il parlent mieux au patient. Les médecins disent des choses pour faire peur. En métropole c'est pas comme ça. On prend le temps pour expliquer. Mais ici on crie, on parle mal. »

e) Se référer au carnet de santé

Patient 4 : « Il faut se servir du carnet et des antécédents. »

Patient 231 : « Que le médecin regarde le carnet pour voir ce qui s'était passé la dernière fois. »

f) Attention constante

Patient 64 : « Etre attentif en tant que médecin. Prendre le temps d'écouter les patients qui ont tendance à vouloir être écoutés. On n'explique pas les choses aux gens à la pharmacie. Souvent, les médecins, 2 minutes suffisent pour eux, et c'est pas assez. »

Patient 85 : « Les médecins, j'ai l'impression qu'ils sont attentifs. Il faut qu'ils soient attentifs et regardent bien ce que font les traducteurs. »

Patient 181 : « Etre à l'écoute et attentionné. En regardant on comprend les gens. Faut observer. »

3- Le patient

a) Apprentissage du français

1) Ecole des enfants

Patient 33 : « Il faut apprendre la même langue que le médecin, le français. A l'école. »

2) Ecole des grandes personnes

Patient 10 : « Que les gens aient une formation pour apprendre le français. »

Patient 12 : « Apprendre à parler le français, pour expliquer au médecin, pour être indépendant. »

Patient 19 : « Mettre une école pour les grands qui savent pas parler français. Apprendre à parler français. »

Patient 22 : « J'aimerais faire une formation pour mieux comprendre. »

Patient 28 : « Essayer de progresser en français pour parler un peu et savoir avec le médecin ce que j'ai exactement. »

Patient 30 : « Je vais aller à l'école à Pamandzi pour étudier avec les grandes dames, pour apprendre à écrire, c'est important. »

Patient 31 : « L'école des parents pour écrire et lire. Parler, c'est le plus important pour se comprendre. »

Patient 49 : « On est dans un territoire français. C'est plus au patient d'essayer de parler. Le patient doit faire le nécessaire. »

Patient 76 : « Sensibiliser les personnes âgées à faire une formation mise à niveau pour mieux communiquer avec les médecins. »

Patient 85 : « Même si on est grand, on pourrait aider les traducteurs, apprendre la langue. Le mieux pour quelqu'un c'est quand toi-même tu parles de tes problèmes. Pour les problèmes intimes, ce sera pour toi même et le médecin, et pas pour une autre personne. »

Patient 88 : « Quelqu'un qui parle français, c'est mieux pour exprimer sa maladie. C'est mieux de s'exprimer soi-même pour savoir ce qu'on ressent vraiment. » « Les vieux, ils sont déjà âgés, y a pas d'école possible. Beaucoup préfèrent ne pas y aller vu l'âge. »

Patient 91 : « Quelqu'un qui parle pas français, faut qu'il entre dans l'école des parents pour apprendre le français. Le GRETA fait l'école des parents. »

Patient 124 : « Que les patients fassent des efforts pour apprendre le français. Pas sûr qu'ils aient tous envie car déjà âgés. »

Patient 126 : « Faut que les patients fassent des efforts pour comprendre la langue des médecins. Les vieux cocos ou grands-pères comprennent pas, faut un traducteur pour leur expliquer. »

Patient 142 : « Que tous les analphabètes apprennent le français. »

Patient 154 : « Apprendre le français en allant à l'école des mamas. Je souhaiterais aller apprendre le français, mais j'ai un enfant qui a un retard. Faut que je m'occupe de lui. Je passe beaucoup de temps avec l'enfant. Si je parlais le français, ce serait mieux car la communication serait directe et pas indirecte. Au fond de moi même, même si la personne qui traduit, traduit tout, je voudrais que ce soit direct car j'ai des choses intimes que je voudrais garder juste entre moi et le docteur. »

Patient 175 : « Faut que le patient apprenne toutes les langues des médecins. »

Patient 177 : « Le traducteur, ça va plus vite que d'apprendre les langues. »

Patient 229 : « Faut des écoles pour s'instruire mais faut avoir des papiers pour se présenter. »

3) Augmentation du nombre d'écoles et accessibilité à tous

Patient 24 : « Que les conseils généraux mettent des lieux en place pour les personnes illettrées pour apprendre à s'exprimer. Augmenter les centres sociaux. »

Patient 26 : « Les patients n'ont pas été à l'école, ils n'ont pas été formés, ça va prendre du temps. Y avait une école pour les vieux mais tout le monde n'était pas pris. »

Patient 35 : « Pour nous les patients: étudier la langue. Mais les écoles sont ouvertes qu'aux gens qui ont les papiers car on est dans un pays français. »

Patient 55 : « J'aimerais prendre des cours de français. Les clandestins demandent de l'aide. »

Patient 175 : « Faut qu'il y ait des écoles dans tous les villages. »

Patient 182 : « Qu'on forme les gens pour qu'ils apprennent à lire et à écrire. »

Patient 213 : « Que l'état ouvre une école pour les grandes personnes. »

4) Contact avec personne sachant parler français

Patient 123 : « Que le patient apprenne le français grâce à ses amis, ses enfants, aller dans les écoles qui apprennent le français pour les vieux. Apprendre les mots qui caractérisent le corps. »

5) Meilleur enseignement du français à Mayotte

Patient 52 : « Acheter des livres. Que la langue française soit bien enseignée à Mayotte. »

Patient 225 : « Faire des ateliers pour former, éduquer les gens à la langue française. Créer des écoles dans les quartiers. Le français c'est obligatoire ici à Mayotte. »

6) Les livres

Patient 17 : « Il faut que les patients apprennent le français avec les livres. »

Patient 224 : « Apprendre le français aux patients pour que le docteur comprenne, acheter des livres. »

7) Internet

Patient 86 : « Il faut beaucoup de différentes races qui travaillent dans la même entreprise. Comme ça il n'y a pas de difficulté pour communiquer avec les gens. Le net, ça permet d'aller voir plein de choses. Même si on a l'impression que ça nous concerne pas, on apprend plein de choses. Il ne faut pas ignorer les étrangers. Il faut leur répondre, pour pas que leurs mots nous paraissent bizarres .»

b) Mise à l'épreuve

Patient 14 : « Me forcer à me débrouiller toute seule. »

Patient 30 : « Je me suis habituée en parlant français avec des médecins français. »

Patient 33 : « Tout le temps parler le français à l'école. C'est mon prof principal qui dit ça. Ya des élèves qui parlent tout le temps en mahorais et le prof comprend rien car il ne comprend pas le shimaoré. On nous crie dessus

quand on parle en shimaoré. On nous le dit tout le temps. Mais on n'arrête pas car on connaît déjà le mahorai.»

Patient 111 : « *Elle fait tout son possible pour que le médecin comprenne. »*

Patient 128 : « *Il va essayer au max de parler avec le médecin, mais il ne va pas comprendre ce que dira le médecin donc il aura besoin d'aide pour traduire. »*

Patient 214 : « *Parler français avec le docteur pour apprendre petit à petit. »*

Patient 231 : « *Il faut qu'il arrive à parler et comprendre le français juste pour se démerder avec le médecin. »*

Patient 234 : « *Se forcer à parler français. »*

Patient 236 : « *Parler en français pour s'améliorer en français avec le médecin. »*

c) Bénéfices secondaires de l'apprentissage du français

Patient 62 : « *Motiver les patients à parler français, s'intégrer. Motiver les mamans à parler français pour qu'elles sachent se débrouiller seules sans dépendre des autres. »*

Patient 63 : « *Apprendre le français pour pas avoir besoin de traducteur. »*

Patient 117 : « *Inciter les gens à apprendre le français. La formation, l'alphabétisation. Le GRETA, c'est ouvert à tout le monde. Avoir le B1 B2 pour demander la nationalité. C'est payant: 300euros pour 100h de formation. La motivation c'est d'accéder à la nationalité. Faut une motivation derrière. »*

Patient 248 : « *Avoir une formation pour apprendre la langue française. Ça me permettrait peut-être d'avoir un emploi aussi.»*

4- La relation médecin-patient-traducteur :

a) Les gestes

Patient 10 : « *Faire des gestes, toucher l'endroit où on a mal, le médecin comprend. »*

Patient 51 : « *Faire des gestes pour se faire comprendre. Montrer la tête, le ventre, en fonction de là où on a mal. »*

Patient 167 : « *La langue des signes. Les gestes, mais est ce que le docteur va comprendre l'intensité de la douleur? »*

Patient 231 : « *Gestes: toucher l'endroit où je suis malade. »*

b) La langue des signes

Patient 102 : *«Avoir des signes spéciaux pour permettre au docteur de comprendre le patient. Enseigner des signes pour tout le monde, comme les sourds.»*

Patient 211 : *« Apprendre la langue des signes. »*

Patient 245 : *« Parler la langue des sourds, moi je la comprends. »*

c) Amélioration de l'accueil des patients

Patient 32 : *« Un accueil différent. »*

Patient 52 : *« La première chose à faire, c'est l'accueil, on traîne trop à voir le médecin. Organiser une autre façon d'accueillir. »*

Patient 88 : *« Un meilleur accueil à l'hôpital. Ne pas crier derrière les patients dès qu'ils demandent quelque chose. »*

Patient 209 : *« C'est dur de trouver quelqu'un qui ne m'agresse pas. Un jour à l'hôpital, quelqu'un m'a accueillie sans essayer de me comprendre. Je ne savais pas ce que le courrier que j'avais à la main voulait dire, j'ai demandé à quelqu'un de l'hôpital qui ne m'a pas aidé, m'a agressée et est parti. Je me suis faite envoyée balader. Le médecin n'a pas fait l'effort d'ouvrir le carnet pour lire ce qui était écrit. J'ai tourné en rond. On rencontre beaucoup de difficultés dès que je viens à l'hôpital. Je voudrais qu'il y ait plus de respect. Le respect des aînés aussi. »*

d) La multiplication des examens complémentaires

Patient 37 : *« Faire des radios et prises de sang pour regarder tout ce qu'elle a exactement. »*

e) La multiplication des intermédiaires

Patient 249 : *« Le mieux c'est quelqu'un qui traduit. Si j'arrive à me faire comprendre et que la prescription est faite j'irai voir quelqu'un d'autre après, pour m'expliquer si j'ai pas bien compris après la pharmacie. »*

f) La machine

Patient 15 : « *On va pas créer des machines à coté pour traduire quand même. »*

Patient 153 : « *Avoir un appareil qui peut vérifier l'endroit où la personne a mal, qui peut indiquer vraiment ce que ressent la personne. »*

g) Dieu

Patient 119 : « *L'espoir en Dieu, Dieu est là. »*

DISCUSSION

I – Les biais de l'étude :

Cette étude multicentrique a été conçue pour être représentative de la population générale des patients rencontrés en soins primaires en dispensaire. Le dispensaire étant le lieu de premier recours au soin de la population générale à Mayotte. De cette façon, les 249 patients inclus dans l'étude ont été interrogés dans les 5 hôpitaux référence de Mayotte.

L'un des principaux biais de l'étude est un biais de sélection dans la mesure où on observe un nombre important de non répondants (218) sur 467 patients potentiellement éligibles.

Ceci est néanmoins en partie justifié par la logistique même de l'étude qui était que l'interne interrogeait les patients avant la consultation avec les médecins qui étaient en moyenne au nombre de 3 à assurer les consultations médicales.

Notons que les questionnaires n'étaient pas proposés sur la base du volontariat. L'interne et le traducteur prenaient les numéros attribués aux patients pour la consultation médicale au fur et à mesure. Quand l'obstacle à la réalisation du questionnaire était la barrière de langue entre le patient et l'interne, l'interne s'interdisait la poursuite du questionnaire et attendait que le traducteur soit à nouveau disponible pour l'aider à la traduction.

Par ailleurs la conception même de l'étude sur la base d'un questionnaire proposé aux patients par une interne, donc un « docteur mzumgu ne parlant pas shimaoré » aux yeux des patients et un traducteur pourrait en partie avoir biaisé certaines réponses de patients. Néanmoins, aux constats des résultats avec des propos qui se sont parfois avérés sévères tant vis-à-vis des médecins que des traducteurs, on peut penser que les propos des patients rencontrés n'ont pas été complètement inhibés par le schéma de l'étude.

La reproductibilité de l'étude était assurée car l'interrogatoire des patients était effectué par le même interne dans les différents centres. Le traducteur était quant à lui différent d'un centre à l'autre, mais le même traducteur était disponible au sein de chacun des centres pour aider l'interne à interroger les patients. Si cette différence de traducteur d'un centre à l'autre est critiquable pour l'analyse, le projet de thèse avait été expliqué clairement à chacun des traducteurs par l'interne, de façon, à ce que les traducteurs réalisent la traduction la plus fidèle possible des propos des patients, sans omettre aucun des propos tenus, même ceux pouvant leur sembler négligeables.

II – Approche quantitative :

1. Proportion de patients ne parlant pas français

La proportion de patients ne parlant pas français parmi les patients rencontrés en dispensaire à Mayotte dans l'étude était de 34%. Ce taux est à corréler au taux des 36 % de la population générale n'ayant jamais été scolarisée, retrouvée par l'INSEE en 2012 dont elle se rapproche pour la population consultant en dispensaire en soins primaires.

La proportion de patients ayant besoin d'un traducteur pour la consultation médicale était de 52% dans notre étude. Ce chiffre rejoint le chiffre des 49.8% de patientes ayant besoin d'un interprète dans le cadre de l'enquête De ViFFe en 2014 concernant les violences faites aux femmes, cette dernière ayant été réalisée en PMI, dispensaires, urgences générales et gynécologiques (15).

2. Nationalité

On note que dans l'étude, le pourcentage de patients déclarant parler français était supérieur parmi les patients de nationalité française, en comparaison aux patients de nationalité comorienne ou malgache. Il en était de même pour le recours au traducteur qui était supérieur chez les patients n'étant pas de nationalité française.

Un des résultats qui nous interpelle est la proportion de patients de nationalité française qui déclare ne pas savoir parler français : 15% des patients de nationalité française. Ce pourcentage est doublé lorsqu'il s'agit de la nécessité d'avoir recours au traducteur puisque **30% des patients de nationalité française déclarent avoir besoin d'un traducteur**. La problématique de la langue n'est donc pas un sujet intéressant les seuls patients étrangers, sans titre de séjour, mais concerne bel et bien l'ensemble de la population mahoraise, indifféremment de la nationalité.

Notons d'emblée que le pourcentage de patients déclarant ne pas savoir parler français est à chaque fois inférieur au pourcentage de patients souhaitant un traducteur pour la consultation médicale. Nous retrouvons néanmoins une corrélation entre le fait de déclarer ne pas savoir parler français et la nécessité de recours au traducteur pour la consultation médicale.

Sans doute existe-t-il une sur déclaration de la part des patients interrogés quant à leur capacités à s'exprimer en français, qui quand on les renvoie vers une situation « en pratique » (besoin d'un traducteur) prennent conscience des difficultés rencontrées. A ceci s'ajoute probablement aussi le fait que le vocabulaire et le champ lexical nécessaires à l'occasion d'une consultation médicale pour exprimer son ressenti, nuancer ces propos tout en interagissant avec le médecin, n'est pas le

simple vocabulaire de base en français. Il nécessite déjà un certain usage préalable de la langue en pratique pour être efficient.

Ce décalage souligne aussi le fait qu'il existe d'autres thématiques que la langue à proprement parler entrant en ligne de compte. Besoin d'un médiateur culturel, peur de ne pas être entendu, compris et donc bien soigné, besoin de soutien et de réassurance...

3. Age

L'âge apparaît comme un facteur déterminant dans le fait de savoir parler français et d'avoir besoin d'un traducteur pour la consultation médicale. En effet, la tranche d'âge des ≤ 18 ans déclare savoir parler français à 92% contre 64% pour la tranche des 19-44 ans et 48% pour la tranche des ≥ 45 ans. **Les ≤ 18 ans ont significativement moins besoin de traducteurs** (33%) que les 19-44 ans (53%) et les ≥ 45 ans (62%).

Cette décroissance en termes de capacité à parler français quand on avance en catégorie d'âge s'explique en partie par la date d'introduction de l'école française à Mayotte.(13) Les plus de 45 ans n'ont pas eu accès à l'école française. Et les 19-44 ans ont été les premiers à en bénéficier. Ces résultats laissent présager des difficultés moindres en termes de communication en français pour les générations à venir.

4. Durée de séjour à Mayotte

L'augmentation de la durée de séjour à Mayotte n'apparaît pas comme un facteur permettant d'avoir accès à l'acquisition du français. On observe tout de même dans notre échantillon une diminution de la nécessité de recours au traducteur pour les patients étant à Mayotte depuis 2 à 10 ans (48%) par rapport à ceux à Mayotte depuis moins de 2 ans (70%) ou plus de 10 ans (67%).

Pour les patients séjournant à Mayotte depuis moins de 2 ans, ces données semblent légitimes, le temps d'apprentissage d'une langue se situant aux environs des 2 ans (14). Ainsi, le recours au traducteur entre 2 et 10 ans est diminué, en lien avec l'acquisition de la langue française. Au-delà de 10 ans ce processus s'inverse. Cependant l'inversion statistique de ce processus semble en partie liée à une sous-représentation des moins de 18 ans (3%) parmi les patients à Mayotte depuis plus de 10 ans.

5. Titre de séjour

Le fait de posséder ou pas un titre de séjour n'apparaît pas comme un facteur corrélé à la nécessité de recours à un traducteur pour la consultation médicale. Pourtant l'obtention de diplômes validant certains acquis en français semble faciliter l'accès à un titre de séjour comme le mentionnait Denis Fougere et Mirna Safi dans leur analyse. (17) La littérature sociodémographique consacrée à l'étude des naturalisations insistait sur l'importance des variables socioéconomiques (revenu, profession, propriété du logement) et sur les variables culturelles, notamment la maîtrise de la langue du pays d'accueil. Ainsi, l'attestation des compétences linguistiques délivrée par le FLI, organisme permettant l'obtention du niveau B1 (niveau de l'assimilation permettant d'exercer ses devoirs de citoyen) est nécessaire à l'acquisition de la nationalité française (18).

6. Sécurité sociale

L'accès à la nationalité française apparaît comme un élément permettant l'accès à la couverture sociale. Seuls 3% des patients de nationalité française n'étaient pas affiliés à la sécurité sociale contre 62% des patients de nationalité comorienne, avec ou sans titre de séjour.

Notons que selon les chiffres de l'INSEE en 2004, environ 5 millions d'immigrés résideraient en France métropolitaine (19). Le chiffre des étrangers en situation irrégulière est quant à lui plus sujet à caution, de 200 000 à 400 000 personnes selon les estimations. Ces personnes, lorsqu'elles ont recours au soin en France métropolitaine, sont susceptibles de bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui est une prestation sociale destinée à la prise en charge des dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière et sans ressource résidant en France de manière ininterrompue depuis au moins 3 mois. A Mayotte, plus de 40% de la population est de nationalité étrangère selon les statistiques de l'INSEE en 2007, la population comorienne étant largement majoritaire. Le dispositif d'AME qui pourrait concerner une large partie de la population est inexistant à Mayotte, ceci contribuant à creuser les inégalités en terme de santé entre une population ayant un accès aisé au soin car bénéficiant d'une protection sociale et une population sans couverture sociale.

Ces faits ont pour conséquences des **difficultés d'accès au soin** pour une large partie de la population rencontrée en dispensaire. Les non affiliés doivent pouvoir payer le forfait de 10 euros qui leur est imposé à l'accueil en dispensaire pour avoir accès à la consultation médicale. A ces difficultés financières d'accès au soin s'ajoutent celles de la barrière de la langue, la peur omniprésente pour les patients en situation irrégulière d'être renvoyés par la Police Aux Frontières (PAF) et les difficultés administratives... Les difficultés financières étaient citées dans 78% des cas comme

un obstacle par les patients en situation irrégulière ayant consulté à Médecin du monde (11). Notons qu'un habitant sur cinq à Mayotte gagne moins de 100 euros par mois. Concernant les expulsions, la peur des patients semblait justifiée dans la mesure où 39% des patients consultant dans le centre de médecin du monde avaient déjà été expulsés au moins une fois. La peur de se déplacer était citée par 53% des consultants. Les obstacles administratifs étaient évoqués dans 25% des situations.

7. Langue

29% des patients déclarant savoir parler français avaient besoin d'un traducteur pour la consultation médicale.

Ce chiffre souligne qu'il existe probablement d'autres difficultés que celles induites par l'apprentissage isolé de la langue française. Problématique culturelle pour laquelle le traducteur peut être considéré comme étant un médiateur à la fois linguistique et culturel. Peut-être les 29% de patients déclarant savoir parler français et avoir besoin d'un traducteur pour la consultation médicale s'intéressent-ils plus à la fonction de traducteur en tant que médiateur culturel dans sa confrontation avec le médecin mzungu qui détient un système de décryptage culturel différent du sien. La barrière linguistique était citée comme frein d'accès au soin par 42% des accompagnants des enfants à Médecin du Monde. Les accueillants de Médecin du Monde estimaient quant à eux que 72% des patients adultes accueillis par Médecin du Monde ne maîtrisaient pas le français (11).

Dans notre étude une large partie de la population (63%) parlait au moins 3 langues. Ces données mettent l'accent sur le plurilinguisme présent à Mayotte. Ce plurilinguisme est particulier car toutes les langues n'ont pas le même statut, comme nous l'explique Foued Laroussi. On parle de « diglossie ». Ce terme relate qu'il existe une différence de statut sociopolitique entre deux langues.

Pour étayer ces propos, les exemples suivants :

- Le shimaoré et le shindzuani (langue d'Anjouan, perçue par une large partie de la population mahoraise française comme une langue étrangère) : le shimaoré est plus considéré socialement, c'est la langue utilisée à la radio, à la télévision et lors de certains discours politiques.
- Le shimaoré et l'arabe : l'arabe, langue liturgique détient une position sociopolitique supérieure lors des discours religieux, lors de l'administration et la juridiction par le cadî.
- Le shimaoré et le français : le français a un statut sociopolitique supérieur, il s'agit de la langue administrative et officielle (20).

8. Scolarisation et nationalité

Trente pourcent des patients toutes nationalités confondues n'avaient jamais été scolarisés.

Les patients de nationalité comorienne étaient significativement plus nombreux (41%) que les patients de nationalité française (16%) à n'avoir jamais été scolarisés.

Néanmoins, d'une part, à la question « Avez-vous déjà été scolarisé ? », posée par l'interne, beaucoup de patients d'origine comorienne répondaient d'emblée « non ». L'interne devait les reprendre en insistant sur le fait qu'il s'agissait de la scolarisation qu'elle se soit déroulée en France ou aux Comores.

Ainsi existe-t-il probablement une sous-déclaration de la scolarisation de la part des patients n'étant pas de nationalité française.

D'autre part, parmi ces patients comoriens déclarant n'avoir jamais été scolarisés, la tranche d'âge des ≤ 18 ans (qui parle le mieux le français) n'était pas représentée. Il y avait 63% de 19-44 ans et 37% de > 45 ans. Hors les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé d'avril 2014 statue sur un taux d'alphabétisation des plus de 15 ans à 74.9% en 2010 aux Comores (21).

Selon les statistiques de l'INSEE en 2012, 36% de la population de Mayotte n'avait jamais été scolarisée et 54% de la population n'avait aucun diplôme qualifiant.

9. Nationalité et catégorie socioprofessionnelle

L'obtention de la nationalité française n'apparaît pas comme un facteur semblant corrélé à l'obtention d'un emploi dans notre échantillon ($r=0.38$). Ces données vont à l'encontre de ce qui a déjà pu être publié notamment dans l'article de Denis Fougere qui évoque le terme de « prime » du à la naturalisation (17). La naturalisation apparaît avoir un effet positif sur l'emploi avec une probabilité d'emploi qui reste néanmoins fortement dépendante du sexe et du pays d'origine. Le taux de chômage retrouvé dans les statistiques de l'INSEE en 2012 était de 36.4% à Mayotte contre 11.6% en France métropolitaine.

10. Différence de prise en charge

70% des patients interrogés toutes nationalités confondues pensaient que le fait de ne pas parler la même langue que le médecin avait un retentissement négatif sur les soins fournis aux patients.

Les conséquences sur les soins en pratique de la barrière linguistique ont été largement explorées, notamment par Sarah Bowen au Canada (12).

Cette dernière avait fait le point sur les répercussions en pratique de la barrière de langue dans les dernières études. Les effets immédiats étaient le retard dans le recours au soin, la baisse de compréhension, la diminution du respect du traitement. A ceci s'ajoutaient l'augmentation du risque d'hospitalisation, augmentation du risque d'intubation orotrachéale chez les asthmatiques, augmentation de l'iatrogénie, diminution de prescription d'antidouleurs optimisés, normes éthiques de prestation de soins non respectées par les professionnels de santé, non-respect de la confidentialité et du consentement éclairé, niveau de satisfaction des patients par rapport aux soins fournis moins élevé, augmentation du coût des soins de santé.

Si la nationalité n'apparaît pas comme un facteur influant sur la réponse à la question « Pensez-vous que la différence de langue entre médecin et patient fait qu'on s'occupe moins bien de vous ? », le fait de savoir ou pas parler français permet de distinguer 2 types de réponses.

Cinquante-huit pourcent des patients ne parlant pas français pensent qu'on s'occupe moins bien d'eux. Ce chiffre passe à 74% pour les patients déclarant savoir parler français.

Il existe probablement une sous-déclaration de la part de la population déclarant ne pas savoir parler français, en lien avec cette même barrière linguistique que nous étudions. Peut-être cette tranche de la population un peu plus vulnérable car confrontée à tout type de difficultés, notamment administratives sous-estime-t-elle les difficultés rencontrées, dont elle est la principale victime...

Ces données rejoignent celles du rapport De VIFFe en 2014 (15), concernant les violences faites aux femmes qui concluait que les femmes en situation de vulnérabilité sociale (à laquelle la barrière linguistique contribue) déclaraient trois fois moins de violence que les autres. Ces deux phénomènes de sous-déclaration probable observés nous amènent à penser que la sous-déclaration est fortement liée à la vulnérabilité propre aux individus interrogés.

III – Approche qualitative :

A la question « **Pourquoi pensez-vous que la différence de langue entre le médecin et le patient fait qu'on s'occupe moins bien de vous ?** », les patients ont tous répondu de façon relativement ferme et précise, avec ce que leur plus ou moins grande expérience de prise en charge en dispensaire à Mayotte leur avait fait constater. Il est étonnant de voir que le fait d'être interrogé par un médecin et un traducteur n'entraînait pas toujours pour autant une inhibition des propos tenus, ce à quoi nous aurions pu nous attendre.

Certains éléments de réponse de patients interrogés restent prédominants. Ils insistent notamment pour une large majorité sur la **mauvaise compréhension**, qui aboutit à des **diagnostics erronés**, à la source de la **iatrogénie**.

Pour chacun des acteurs participant à cette relation triangulaire du soin en dispensaire à Mayotte, les patients interrogés ont à chaque fois relevé quelques éléments pertinents contribuant au plus ou moins bon fonctionnement de cette triangulaire, et donc retentissant in fine sur la prise en charge du patient.

Nous essaierons de cerner dans cette partie les différentes composantes de cette relation soulignées par nos patients et de proposer des pistes d'améliorations des prises en charge.

1. Le traducteur

Le traducteur, nous l'avons vu dans la partie résultats est un acteur indispensable à la relation soignant/soigné en dispensaire à Mayotte. Les patients sont nombreux (52%) à souhaiter un traducteur pour la consultation médicale, et ce même parmi la population de nationalité française, en situation régulière et ayant accès à la sécurité sociale. L'interprétariat, au-delà de sa fonction primaire de traduction littéraire, s'impose aussi comme un outil d'intégration. Certaines politiques publiques posent en effet l'interprétariat comme une des réponses à apporter pour garantir l'égal accès des personnes aux droits. Ce traitement équitable des personnes est dans une perspective plus vaste au fondement même de l'intégration, ce d'autant plus que l'interprétariat permet aux étrangers non francophones de sortir de leur isolement et leur apporte les clés de compréhension de la société d'accueil (22). Ainsi, **la seule traduction littéraire des mots ne suffit pas, l'interprète se doit aussi de s'imposer en tant que médiateur culturel afin de mieux prendre en charge les maux des patients rencontrés.**

Il s'agit d'un acteur d'autant plus indispensable qu'il intervient en terres mahoraises. Le secteur du soin est ici caractérisé par une large population de médecins/infirmiers/kinésithérapeutes métropolitains ne maîtrisant ni le shimahoré ni le shibushi, langues les plus parlées par les populations locales rencontrées en dispensaire.

La communication médecin/patient nécessite donc une prestation d'interprétariat.

Cette mission particulièrement délicate est « naturellement » confiée dans chaque service hospitalier et en dispensaire aux professionnels du CHM maîtrisant la langue mahoraise. (Mission du traducteur, CHM, février 2006). Cette fonction de traducteur apparaît donc comme une tâche implicite à réaliser pour tout professionnel parlant shimaoré, en plus de sa fonction habituelle inscrite

dans son contrat de travail. Nous imaginons d'emblée les conséquences pratiques de cette dichotomie.

En dispensaire un traducteur est systématiquement attiré à un médecin pour les consultations.

En milieu hospitalier, c'est au médecin d'aller chercher les personnes susceptibles de l'aider à la traduction de façon à pouvoir communiquer de façon adéquate avec le patient.

Les patients interrogés ont pour une large partie souligné le fait que la **traduction** n'était souvent pas fidèle à leurs propos donc **non fiable**. Si bien qu'avoir recours à une **machine, multiplier les intermédiaires** ou s'exprimer soi-même en faisant des **gestes** ont été des hypothèses évoquées pour palier à ce phénomène.

Une étude qualitative réalisée par François Pétrègne sur les médecins généralistes et la barrière linguistique en consultation de médecine générale dans la région bordelaise avait conclu en un certain isolement des médecins généralistes face à la barrière linguistique avec une méconnaissance de la part des médecins des moyens disponibles pour y faire face (23). Ainsi les médecins interrogés insistent-ils en premier lieu comme parage à cette barrière linguistique sur la nécessité de renforcer la communication non verbale, modèle quelque peu paternaliste allant à l'encontre d'une approche « centré patient ».

Les patients mentionnaient par ailleurs le fait que les traducteurs n'étaient pas assez nombreux. Beaucoup ont insisté sur le **manque de confidentialité** des propos tenus durant la consultation médicale et le **manque d'intimité** en lien avec l'apparition d'un acteur supplémentaire dans la relation soignant/soigné. Quelques patients se sentaient mal à l'aise dans cette relation triangulaire avec cette **dépendance vis-à-vis du traducteur**. Ce d'autant plus que surgissaient parfois dans la relation de soins des éléments de moquerie ou des énervements de la part du traducteur. Les patients interrogés justifiaient régulièrement ces écarts de conduite par un « manque de motivation », une « fatigue des traducteurs ».

Ces constats nous font nous questionner sur plusieurs points :

- La **nécessité de formation des traducteurs** dans différents domaines
 - Le **secret professionnel**, puisque comme le signale les publications du CHM en février 2006, le traducteur « est soumis à l'obligation de réserve et au secret professionnel, et ne peut en aucun cas divulguer des informations apprises à l'occasion de traduction. »
 - **L'authenticité de la traduction**, puisque le traducteur « se doit de traduire intégralement et sans interprétation personnelle les informations transmises par la personne soignée à l'attention du soignant et inversement. »
 - Les **différentes langues** et les **équivalences** entre ces différentes langues car nous l'avons vu, la population des dispensaires est

constituée d'une large majorité de populations migrantes en provenance des Comores. Ces populations ont une histoire, une géographie, une culture, des fondements linguistiques communs. Néanmoins, s'il existe quelques similitudes, grand comorien, anjouanais, mohélien et mahorais sont bien des langues distinctes.

- La **reformulation**, puisqu'il doit s'assurer que « la personne soignée a bien compris la question ou le message en la faisant reformuler ».
- Les **termes médicaux**, même si le médecin se doit « d'éviter les termes médicaux ou techniques n'ayant pas d'équivalent en shimaoré ou shibushi ». (La traduction dans la relation soignant/soigné, CHM, octobre 2006).
- **L'écoute, la réassurance, la psychologie, le respect** nécessaires dans une situation de vulnérabilité et de précarité toute particulière. Les patients sont confrontés à des difficultés administratives d'accès au soin en plus de la sensation quotidienne d'être traqué par la PAF (police aux frontières) qui fait de leur quotidien une mise en scène relativement tragique pour certains avec séparations familiales brutales et autres tragédies dont l'océan indien reste le principal témoin.

L'institut national de santé publique au Québec insistait en janvier 2013 sur la nécessité d'évaluation du niveau des compétences linguistiques de ces interprètes « informels » (24). Il en était de même du côté européen puisqu'on insistait sur le fait que l'interprétariat médical nécessitait des garanties de professionnalisme. « La question du professionnalisme des interprètes sollicités est une préoccupation affichée par le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire). Selon le SROS, l'interprétariat doit être assuré dans les établissements de santé selon un cahier des charges garantissant sa qualité que ce soit par : - le recours à des structures d'interprètes professionnels externalisées, associatives ou commerciales, le recours aux ressources internes au personnel hospitalier, selon une organisation interne à l'hôpital définie. Le personnel concerné devrait avoir été sensibilisé et formé à l'interprétariat en vue d'offrir également des garanties de professionnalisme » (22).

- A ceci s'ajoute depuis peu la **formation à l'éducation thérapeutique** des interprètes déjà mise en place au CHM. L'interprète sort donc de sa fonction d'interprète dans le sens traducteur de mots pour contribuer à l'éducation thérapeutique du malade et lui prodiguer des conseils avisés à la lumière de sa propre culture. Il existe notamment sur Mayotte le réseau Rediab Ylang pour le diabète permettant une

formation adaptée du personnel à l'éducation thérapeutique. Les traducteurs pourront ainsi délivrer au patient un message clair concernant le régime alimentaire et le mode de vie préconisé, adapté au patient et à son système de représentations culturelles. Ici donc, la fonction de médiateur culturel prend tout son sens.

- **Embaucher des interprètes professionnels.** L'institut national de santé public du Québec, mentionnait la distinction entre « interprète formel » et « informel » (employé bilingue). Les interprètes formels constituent l'approche la plus efficace, comportant le moins de risque pour la santé de l'utilisateur et le moins d'enjeux éthiques (22). La traduction réellement professionnelle est un métier, qui s'apprend. Cet apprentissage est l'objectif de la formation dispensée par la section Traduction de l'École Supérieure des Interprètes et Traducteurs (ESIT). Cette formation de niveau Master se déroule sur deux années, elle comprend des cours théoriques, des cours méthodologiques, des cours de connaissance générale comme l'économie ou le droit, des ateliers pratiques de traduction, tous assurés vers leur langue maternelle par des enseignants praticiens professionnels de la traduction. L'étudiant doit effectuer un stage, rédiger un rapport de stage donnant lieu à une soutenance. Il doit élaborer un mémoire d'une centaine de pages sur un thème spécifique, donnant également lieu à soutenance. L'emploi d'interprètes professionnels en dispensaire et au CHM serait un bon moyen de lutter contre cette principale barrière aux bons soins qu'est la barrière de langue. Néanmoins, selon A. Tabouri, « par méconnaissance de l'existence même de l'interprétariat médicosocial, par sous-estimation de son importance ou crainte de son coût, ou tout simplement par habitude routinière, on se contente de gestes et d'approximations ou on a recours à des interprètes de « fortune » ou informels » (25). L'importance de la qualité dans l'aide linguistique est souvent sous-estimée. A ceci s'ajoute un coût, relevé par le rapport ORSAL (Observatoire Régional de la Santé d'Alsace). Cependant, plusieurs études ont montré que l'usage d'interprètes formés dans le milieu médical permettait d'aboutir à des économies. Une revue de la littérature a été conduite à ce sujet par Glem Flores, publiée en 2005 dans Medical Care Search and Review. Le recours à un membre du personnel bilingue, pour autant qu'il soit formé n'est pas nécessairement plus économique pour les centres hospitaliers dans la mesure où l'intervention d'un agent a également un coût qui est au minimum celui du temps qu'il passe hors de son poste. Seul l'interprétariat professionnel peut prétendre être un outil d'intégration des populations. Autrement, les risques de malentendus, la difficulté à instaurer une relation de confiance et l'impossibilité d'accompagnement

des personnes dans leur décodage des systèmes, des rouages et des valeurs de la société d'accueil peuvent déboucher sur des effets inverses d'isolement et de repli sur soi (22). Seule une enquête jamais encore menée au CHM portant sur l'évaluation des coûts engendrés par l'iatrogénie, la multiplication des consultations médicales et des examens complémentaires en lien avec la barrière de langue pourrait permettre de trancher en faveur de l'emploi d'interprètes professionnels.

L'article XI de la **déclaration des droits de l'homme et du citoyen** souligne que « **tout citoyen peut parler, écrire, imprimer librement** ».

Certains pays ont légiféré sur le **droit pour tout patient de bénéficier d'un accueil dans sa langue**. C'est le cas de l'Amérique du Nord.

Les hôpitaux européens se sont quant à eux engagés dans la **prise en compte de la diversité linguistique et culturelle des patients** à l'occasion de la **Déclaration d'Amsterdam** en 2004 (6).

- **Valoriser le travail des traducteurs.** Manque de motivation et fatigabilité des traducteurs évoqués par la patientèle, ne devraient-ils pas être les signes d'alarme pour la mise en place de postes fixes de traducteurs reconnaissant de façon formelle dans les fiches de postes la fonction de traducteur ? Officialiser cette fonction, sans en faire une fonction « naturellement » octroyée à ceux qui parlent shimaoré, n'est-il pas la première des choses à instaurer ? La valorisation de cette fonction passe inéluctablement par la mise en place de formation adaptée, comprenant toutes les composantes déjà sus citées. Par ailleurs ne pas imposer cette fonction à toute personne parlant shimaoré mais plutôt proposer cette fonction sur la base du volontariat au personnel intéressé sous certaines conditions, pourrait être une piste de travail... Les facultés utiles aux fonctions d'ASH ou aide-soignant, ne sont pas nécessairement celles dont doit disposer un traducteur dans la relation triangulaire spécifique au dispensaire mahorais. Ainsi, faire le choix de, plutôt que de devoir « naturellement » faire ce qui nous est implicitement imposé, nous paraît être une piste de travail intéressante.

2. Le médecin

Le médecin, pour exercer son art dans les règles de la déontologie médicale, se doit de poser un diagnostic précis et mettre en place toutes les stratégies nécessaires à une bonne compréhension du traitement à entreprendre. Pour ce faire, une communication efficiente est indispensable.

Pour pallier aux difficultés rencontrées en milieu interculturel, le médecin se doit de prendre en considération le phénomène de multi culturalité. Ce dernier n'est pas seulement lié à l'immigration, c'est aussi ce qui réunit des individus aux normes, valeurs et représentations différentes. Une méconnaissance de l'autre dans la relation soignant-soigné peut très vite mener à des malentendus et provoqueront, entre autres, manque de confiance, rupture du suivi, inobservance thérapeutique de la part des patients, ainsi qu'un sentiment de frustration et d'incompréhension de la part du personnel soignant. Identifier les freins à cette communication est essentiel. Quels sont les attentes, les préjugés, les stéréotypes jalonnant cette relation ? Il y a une nécessaire prise en compte des référents culturels de l'autre et de ses représentations de la relation soignant-soigné, de la santé, de la maladie, mais également une prise de conscience de la part du professionnel soignant de ses propres représentations et de ses propres référents culturels (26). Les patients proposaient différentes solutions que nous allons reprendre. La toute-puissance de la blouse blanche et du médecin, qui plus est « mzungu » transparaissait à plusieurs reprises dans les propos tenus. Aussi, pour être à la hauteur du rôle qui nous est « naturellement » attribué, ne doit-on pas, en terres mahoraises, faire nous aussi, à notre tour, un effort d'intégration ?

- **Apprendre la langue des patients.** Cette donnée apparaît dans nombreux propos tenus par les patients interrogés. Au-delà de l'aspect pratique, cet effort souligne un effort d'intégration du médecin en milieu interculturel pour s'écarter un tant soit peu d'une attitude un brin colonialiste. Un des avantages retrouvé par l'institut national de santé au Québec était la contribution au lien de confiance avec le patient, ce qui avait des influences positives sur le lien thérapeutique (24). Néanmoins, ils soulignaient aussi les limites des compétences linguistiques acquises dans le cadre du travail, et l'importance d'avoir recours à un interprète si la langue n'était pas parfaitement maîtrisée. On peut ici réinsister sur le fait que l'apprentissage isolé de la langue reste déficient dans le cadre d'une relation de soins en milieu interculturel. Comme le souligne Ayoudine Salime dans son mémoire, l'éloignement des soignants de la culture mahoraise, dans leur mode de vie (ces derniers ne connaissent pas les rites alimentaires, funéraires, valeurs familiales, représentation culturelle face à la maladie, la souffrance et la mort) induit des difficultés relationnelles dans les soins (7). Ainsi, en secteur interculturel, n'est-il pas indispensable de s'intéresser aussi à la culture et aux croyances des gens que nous rencontrons de façon à se donner les moyens de les comprendre lorsque nous sommes confronté, avec notre histoire personnelle et professionnelle de « mzungu », à des situations de soins bien éloignées de celles rencontrées en France métropolitaine ? Ecouter et comprendre autrui, ne consiste pas simplement à rester passif dans cette relation, mais bien au contraire

réagir, se donner les moyens d'être consciemment et pleinement actif dans notre réponse à l'autre. Ces patients, empreints de traditionalité dans leur vie quotidienne, ont des croyances et des savoirs familiers dans leur relation au soin auxquels ne répond pas nécessairement, d'un point de vue anthropologique la biomédecine. Aussi, pour un meilleur fonctionnement communicationnel intra hospitalier et au sein des dispensaires, le CHM ne devrait-il pas proposer des formations aux langues et à la culture mahoraise aux nouveaux arrivants ? La formation interculturelle, d'une durée de 3h est déjà proposée par A. Salime aux nouveaux arrivants IDE, sages-femmes, personnel administratif... Les médecins qui sont quotidiennement en contact avec une culture qui leur est étrangère ne sont pas encore concernés par ces propositions de formations. Quand bien même le médecin mzungu aurait une quelconque puissance, cette dernière ne lui confère pas le don divin d'acquérir et comprendre des attitudes et croyances auxquelles il n'est pas habitué. Pour ce qui est de l'acquisition des connaissances culturelles mahoraises, la suggestion principale serait d'élargir cet accueil des nouveaux arrivants au médecins, en en faisant un des éléments constitutifs de la réunion d'accueil des nouveaux internes par exemple, tous les 6 mois. Les médecins pourraient aussi s'intégrer aux effectifs d'infirmiers, aides-soignants, sages-femmes déjà concernés par ces journées d'accueil de manière à entreprendre des discussions sur des cas et problématiques concrètes rencontrées. Problématiques auxquelles nous pourrions répondre de manière pluridisciplinaire, donc certainement plus complète et partager les points de vue.

Pour ce qui concerne l'apprentissage des langues, il existe des associations telles que SHIME (SHImaore MEthodique) qui a pour but d'encourager la connaissance des langues ancestrales de Mayotte (le shibushi et le shimaore) et leur pratique. Avoir recours à ces organismes paraît intéressant dans l'enceinte du CHM. La remise de façon systématique de supports communicationnels écrits à chaque médecin, contribuerait peut être à éveiller leur intérêt pour la langue et la culture mahoraise.

- **Fidéliser les médecins en place.** Pour combattre la problématique de la langue, fidéliser les médecins en place en proposant des contrats tout autant avantageux pour des durées longues que des durées courtes, motiverait peut être les médecins à s'intégrer dans la société mahoraise par le biais de l'apprentissage linguistique, notamment.
- **Augmenter le nombre de médecin mahorais.** On l'a vu, certains patients se sentent plus à leur aise avec des médecins mahorais. Pour répondre aux volontés des patients, un effort de l'état en la matière est indispensable. Pour se faire, il est indispensable de développer les études supérieures,

notamment médicale à Mayotte. Sans cela, la médecine ne reste accessible qu'à une certaine élite, qui n'est pas nécessairement celle la plus à même de comprendre les situations et problématiques sociales et d'immigration rencontrées en dispensaire. Rendre accessible les études médicales aux jeunes concernés et impliqués dans la situation économique et sociale mahoraise, permettrait peut-être un renouveau dans la communication médecin/patient que semble souhaiter les patients interrogés.

- **Donner la parole au patient.** La sensation de ne pas être écouté et compris est récurrente chez nos patients. Questions fermées, manque de temps de parole laissé au patient, énervements, malentendus parfois sont autant d'éléments rythmant cette relation triangulaire. Souvent médecin dépendant diront les patients. Néanmoins, le nombre croissant de patients se présentant au dispensaire depuis 5h du matin et le risque pour certains de ne pas voir un médecin le jour même malgré un temps d'attente interminable, ne doit pas pour autant nous faire négliger la qualité de nos consultations. Un patient non satisfait, non compris reviendra les jours suivant pour rencontrer un médecin satisfaisant sa requête. A nous donc de revoir notre déontologie médicale ou d'entreprendre une formation d'aptitude à l'écoute et à l'empathie...

3. Le patient

Au centre de notre relation triangulaire interculturelle se situe le patient directement impacté par une prise en charge inadéquate, fruit d'une mauvaise compréhension. Ce dernier s'inscrit, nous l'avons vu plus haut dans un contexte socioculturel et sanitaire particulier que nous nous devons de savoir décrypter. Au travers des patients interrogés, nous avons pu noter la volonté forte des patients, notamment des plus jeunes générations de s'intégrer en parlant français. Si certains privilégiaient la mise à l'épreuve personnelle, d'autres insistaient sur l'importance de l'école et la volonté de l'état pour faire changer la donne des statistiques actuelles.

- **Réformer l'école en profondeur.** Les statistiques d'évaluation au niveau national des élèves de CM2 en 2011 notaient que seulement 21% des jeunes mahorais avaient des acquis solides en français, contre 74% à l'échelle nationale. Notons aussi que 36% des élèves ou étudiants de plus de 16 ans en cours de scolarité seraient selon l'INSEE en situation d'illettrisme en 2012. Ces chiffres, certes plutôt pessimistes isolés de leur contexte socioculturel s'explique en partie par le fait que le modèle de scolarisation des élèves mahorais n'a jamais réellement pris en compte la langue maternelle de ces mêmes élèves en tant que « richesse de plus » ou « langue partenaire de l'école ». Selon Foued Laroussi, enseigner le shimaoré à l'école anéantirait pourtant

la résistance des mahorais à l'apprentissage du français, langue du « dominateur » (8). Cela pourrait même le favoriser. Il est en effet communément admis par nombre de linguistes et sociologues qu'il est plus facile d'apprendre à lire et écrire dans sa langue maternelle que dans une langue étrangère. Or, dans notre échantillon de patients rencontrés en dispensaire, la quasi-totalité des patients avait une langue maternelle différente du français. Ceci permettrait un accès plus facile à la langue française. Relever un tel défi passait nécessairement par la mise en place d'une graphie standard du shimaoré de façon à pouvoir l'écrire et l'enseigner à l'école. Cette dernière a été mise en place par SHIME. Ce défi repose aussi sur une volonté particulière en matière de politique scolaire que les chiffres publiés devraient avoir tendance à renforcer...

D'autres problématiques peuvent se poser en contexte plurilingue, notamment celui de la langue véhiculaire avec l'exemple du swahili. Une langue véhiculaire est une langue souvent simplifiée servant de communication entre les populations de langues différentes. Le swahili est la langue nationale de plusieurs pays d'Afrique de l'est (Kenya, Ouganda, Tanzanie)... A l'image du swahili qui a su s'imposer en tant que langue africaine reconnue dans la communication écrite et orale, on peut penser que la reproduction d'un tel modèle au travers du shimaoré à Mayotte est possible, ce d'autant plus que ces langues ont une origine africaine commune.

Si les statistiques actuelles éducatives semblent peu flatteuses, et qu'il paraît indispensable de remodeler le système éducatif en profondeur, il n'en demeure pas moins que les statistiques au moment de notre étude sont plutôt optimistes. Nous avons, en effet pu constater que la tranche d'âge des « moins de 18 ans » parlait mieux français et avait moins recours au traducteur que les plus anciennes générations. Ceci offrirait des perspectives d'avenir plutôt positive semble-t-il...

- **L'école des grandes personnes.** Les propos tenus par les patients interrogés concernant ces écoles sont assez flous. En effet, certains évoquaient la nécessité d'avoir la nationalité française pour s'inscrire dans les écoles des « vieux », d'autres au contraire, les bénéfices secondaires d'une telle inscription : l'acquisition de la nationalité. Les femmes rencontrées semblaient motivées par ces modalités d'accès à la langue française, néanmoins, la vie et les contraintes familiales de s'occuper de la maison, du foyer, tâche qui leur était « naturellement » conférée, freinait à plusieurs reprises leur motivation initiale. Les plus âgés étaient souvent considérés comme « trop vieux » pour se lancer dans une tâche d'apprentissage du français. Or nous avons vu qu'ils étaient plus largement concernés par ces difficultés d'accès à la langue française. Il semblerait que les « écoles des parents », dispositif mis en place en 2004, pour répondre à la forte demande d'apprentissage de la langue française de la population adulte, n'ait été qu'un modèle relativement furtif. Ce dispositif avait été construit dans le cadre d'un partenariat GRETA / DTEFP (Direction du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle) dans le projet de lutte contre l'illettrisme (27). Les objectifs étaient de contribuer à rendre « acteurs de leur vie les parents et

les jeunes en renforçant leurs ressources propres et leur compétences personnelles quelle que soit leur situation sociale, culturelle ou professionnelle. » Cela devait permettre la mise en relation des parents et professionnels des secteurs éducatif, sanitaire et social. Il a été démontré que l'implication des parents à l'école primaire en particulier exerçait une influence positive sur les enfants. Il y avait ainsi un lien statistiquement significatif entre participation des parents à la vie de l'école et résultats scolaires de leurs enfants. Parmi les séquences d'apprentissage proposées figuraient par exemple la séance « A l'hôpital » qui devait permettre au parent d'être capable d'utiliser un lexique ayant trait au corps humain de façon à être apte à comprendre les consignes médicales. Ce dispositif est désormais pérenne depuis 2008, à l'occasion d'un transfert de compétence sur la formation professionnelle de l'État vers la Collectivité Départementale. L'accessibilité de cette école des parents à tous, indifféremment de la possession d'un titre de séjour, a pu faire considérer par certains ce dispositif comme un tremplin d'accès à la naturalisation. L'interprétariat comme outil d'intégration ne s'inscrit probablement pas encore à l'ordre du jour...

Il existe actuellement un organisme de formation, l'École de la 2^e Chance de Mayotte, ouverte aux jeunes adultes de 18 à 25 ans, déscolarisés depuis plus d'un an, sans diplôme ni qualification. Ce public ne doit pas relever de l'illettrisme ou l'analphabétisme. L'objectif est d'assurer l'insertion sociale et professionnelle de ces jeunes par un accès direct à l'emploi ou une poursuite de parcours vers une formation qualifiante. Pour cela, les stagiaires alternent des phases en entreprises pour développer des compétences professionnelles et des phases à l'École où ils font une remise à niveau (français, mathématiques, bureautique), des activités culturelles et sportives, un travail sur le projet professionnel, un éveil à la citoyenneté, etc. L'École est ouverte aux étrangers, néanmoins ils doivent être titulaires d'un titre de séjour ou d'un récépissé les autorisant à travailler.

Il n'existe donc actuellement pas de dispositif d'apprentissage du français pour les patients les plus âgés, les plus concernés dans notre étude par les problématiques linguistiques. Il en est de même pour les patients en situation irrégulière qui restent des oubliés du système d'accès à l'éducation.

- **Augmenter le nombre d'école. Les rendre accessibles à tous.** Cet élément doit être le fruit d'une volonté politique en matière d'éducation.

4. Rôle de l'enfant dans la société mahoraise

L'enfant quand il naît en terres mahoraise est perçu comme un « rôle » avant d'être une personne. La venue d'un enfant permet à la mère d'acquérir une certaine position communautaire qui s'accroît au fur et à mesure des années jusqu'à ce qu'elle devienne belle-mère. Elle sort ainsi très librement puisqu'elle n'est plus l'objet de désirs sexuels. Elle est à la fois respectée et estimée. Au-delà de cela, l'enfant, ayant accès à l'école et donc à

l'acquisition du français tient une place essentielle dans la relation de soins puisqu'il s'impose aussi comme médiateur interculturel. Prenant ainsi la place du traducteur dans la relation triangulaire de soins selon deux modalités. L'enfant apprend la langue à sa mère ou lui sert de traducteur à l'occasion des consultations médicales. Les patients interrogés ont souvent insisté sur le fait que l'enfant savait, voyait ce qu'il se passait à la maison, il saisissait le problème et pouvait l'expliquer au médecin. Puis, on a confiance en son enfant. Ces perspectives nous laissent entrevoir une société mahoraise dans laquelle femmes et enfants semblent s'entre aider pour récupérer places et légitimité qui leurs reviennent de droit. Néanmoins, l'institut du Québec déconseillait l'utilisation d'enfants comme interprète, compte tenu de leur manque de maturité émotionnelle et cognitive (24). Il faut par ailleurs veiller à ce que la fonction de médiateur/traducteur naturellement accordée à l'enfant ne soit pas à l'origine d'un absentéisme scolaire néfaste dans le cadre de ses apprentissages.

IV - Perspectives :

Cette étude nous a permis d'établir un recueil de données concernant les caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant en dispensaire sur l'île de Mayotte. Ces données sont indispensables pour mieux cerner l'étendue et la richesse du plurilinguisme présent à Mayotte. Notre travail en tant que médecin en dispensaire n'en est que plus complet. Éléments médicaux, linguistiques, culturels, historiques, sociaux sont tous ici intriqués. Pas si évident quand on arrive en tant que mzungu. Néanmoins, la pratique au quotidien de ce contexte interculturel dans le cadre du travail et au-delà permet de mobiliser des facultés d'adaptabilité indispensables à une pratique réfléchie de la médecine. Cette réflexion est inéluctablement liée aux interactions quotidiennes dans notre relation à l'autre et en l'occurrence au patient dans cette relation triangulaire patient-traducteur-médecin. Les propos tenus ici par les patients sont riches de sens et lourds de conséquences. En tenir compte est une condition sine qua non à l'amélioration des prises en charge. Ce d'autant plus que les difficultés rencontrées en dispensaires peuvent être extrapolées au mode de fonctionnement du CHM, dans lequel les médecins rencontrent de plus grandes difficultés encore dans l'accès à la traduction. Cette étude est de la même façon extrapolable au travail en métropole, avec en fonction des régions et secteurs de travail des patients issus de milieux socioculturels très variés. L'état des lieux et les suggestions d'amélioration des pratiques professionnelles issues de ce travail et de la littérature pourront être proposés aux différents professionnels de l'île potentiellement intéressés.

Cette étude laisse la porte ouverte à de nombreuses investigations... Il serait notamment intéressant d'étudier plus largement les caractéristiques du secteur hospitalier. La non disponibilité de traducteur attitré de façon officielle à un médecin au CHM laisse présager de

difficultés importantes ayant un retentissement notable sur la qualité des soins prodigués dans ce cadre.

Par ailleurs, le coût sanitaire de la barrière linguistique avec l'iatrogénie engendrée par cette dernière, de même que la mauvaise observance, pourrait être une piste d'étude qui nous amènerait peut être à repenser la nécessité d'introduction d'interprètes professionnels dans le secteur hospitalier mahorais.

Si nous nous sommes, essentiellement par choix, penchés ici sur les problématiques relevées par nos patients, peut-être serait-il aussi intéressant d'entendre ce que les autres membres de cette relation triangulaire ont à souligner. Une étude qualitative est actuellement en cours, cette dernière octroyant la parole au traducteur.

CONCLUSION :

L'île de Mayotte, de par son histoire et sa position géographique se situe au croisement de nombreuses langues et cultures qui constituent toute sa richesse.

Travailler en secteur interculturel nécessite des facultés d'adaptation qui pour être efficaces nécessitent d'être analysées.

La vocation première de ce travail était de faire l'état des lieux des caractéristiques sociolinguistiques des patients rencontrés en dispensaire à Mayotte afin de mieux pouvoir les appréhender.

Ces travaux nous ont permis de constater l'ampleur du plurilinguisme à Mayotte puisque plus de 2/3 des patients interrogés parlent au moins 3 langues. Néanmoins 34% de la population rencontrée en dispensaire déclarait ne pas parler le français, langue officielle. Le recours au traducteur était souhaité par la moitié de la population interrogée. Ces chiffres soulignent, bien au-delà de la problématique linguistique pure, tout le contexte socioculturel dans lequel nos patients s'inscrivent. Ce contexte doit irrémédiablement être pris en compte pour une prise en charge optimale et adaptée. Par ailleurs, nous avons pu montrer que la problématique de la langue concernait l'ensemble de la population mahoraise, y compris les patients de nationalité française.

C'est en prenant pour point de départ ces mêmes patients que nous avons ensuite tenté de souligner les particularités et difficultés engendrées par la barrière culturo-linguistique présente dans cette relation de soin. S'entretenir avec nos patients, principaux bénéficiaires du système sanitaire mahorais, et principaux demandeurs de ce système sanitaire à en croire le phénomène de migration sanitaire, nous a permis de dresser un vaste tableau des difficultés rencontrées par ces derniers et des dysfonctionnements du système actuellement en place.

La revue de la littérature sociolinguistique nous a enfin permis de proposer quelques pistes d'amélioration des pratiques professionnelles dans ce contexte singulier.

Cette étude a permis de dévoiler toute l'ampleur des difficultés rencontrées mais aussi de faire émerger l'étendue des domaines concernés par la problématique de la barrière linguistique. Il appartient désormais aux différents référents concernés de considérer la « bonne » santé du patient en terres mahoraise comme un objectif essentiel tout en prenant en compte le plurilinguisme insulaire en tant que « richesse de plus ». L'amélioration de la qualité du système actuel nécessite une réforme en profondeur des systèmes sanitaire et éducatif étroitement reliée à des décisions politiques.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Mouhoutar S. Mayotte une appartenance double. Paris: Menaibuc. 2011.
2. Blanchy S. La vie quotidienne à Mayotte archipel des Comores. Paris: L'Harmattan. 1990.
3. Roinsard N. Conditions de vie, pauvreté et protection sociale à Mayotte : une approche pluridimensionnelle des inégalités. Rev Fr Aff Soc. 2014-4;(4):28-49.
4. Géographie et histoire [Internet]. France Diplomatie : Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. [cité 11 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/comores/presentation-de-l-union-des/article/geographie-et-histoire-82553>
5. Dossier Presse_CPOM_CHM - Dossier_Presse_CPOM_CHM.pdf [Internet]. [cité 11 juill 2015]. Disponible sur: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/CPOM_CHM/Dossier_Presse_CPOM_CHM.pdf
6. observatoire de l'accès au soin de la mission de France - rapport 2013 soigner et témoigner médecin du monde - Recherche Google [Internet]. [cité 19 août 2015]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=observatoire+de+l%27%C3%A9cc%C3%A9s+au+soin+et+au+droit+rapport+2013+soigner+et+t%C3%A9moigner+m%C3%A9decin+du+monde&ie=utf-8&oe=utf-8>
7. Salime A. L'interculturalité dans les soins à Mayotte. Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé
8. Laroussi F. Langues, identités et insularité. Regards sur Mayotte: Publications des Universités de Rouen et du Havre. 2009.
9. Microsoft Word - Cours swahili 1.doc - coursswahili1.pdf [Internet]. [cité 26 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.ddl.ish-lyon.cnrs.fr/fulltext/philippson/coursswahili1.pdf>
10. Insee - Population - Mayotte : Recensement de la population de 2007 - Une population multipliée par quatre en 30 ans [Internet]. [cité 28 août 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1231#inter5
11. observatoire de l'accès au soin et au droit rapport 2013 soigner et témoigner médecin du monde - Recherche Google [Internet]. [cité 19 août 2015]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=observatoire+de+l%27%C3%A9cc%C3%A9s+au+soin+et+au+droit+rapport+2013+soigner+et+t%C3%A9moigner+m%C3%A9decin+du+monde&ie=utf-8&oe=utf-8>
12. Gouvernement du Canada SC. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé [Santé Canada, 2001] [Internet]. 2003 [cité 11 juill 2015]. Disponible sur: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php#a6_5_5
13. Educ-nat 1-8bibv2.p65 - insee_infos_15.pdf [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/mayotte/themes/infos/insee_infos_15.pdf

14. Astuces langues - Et si on apprenait les langues autrement? [Internet]. [cité 17 août 2015]. Disponible sur: <http://www.astuceslangues.com/combien-de-temps-2/>
15. Thomas V. Rapport intermédiaire enquête de Viffe Dépister la violence faite aux femmes lors des consultations non programmées à Mayotte. 2015.
17. L'acquisition de la nationalité française : quels effets sur l'accès à l'emploi des immigrés ? - fporsoc05d.pdf [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/fporsoc05d.pdf
18. Les Tests et Certifications de français - FLE [Internet]. [cité 28 août 2015]. Disponible sur: <http://www.fle.fr/fr/grand-repertoire/certifications>
19. La Santé de l'homme n° 392 - La santé des migrants - Repères sur la santé des migrants [Internet]. [cité 28 août 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/392/02.htm>
20. Laroussi F, Groupe de recherche sur le plurilinguisme à Mayotte, éditeurs. Mayotte: une île plurilingue en mutation. Mamoudzou, Mayotte: Éditions du Baobab. 2009.
21. OMS 2014 - Stratégie de coopération - Comores - Un aperçu [Internet]. [cité 23 août 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_com_fr.pdf
22. Migration Santé Alsace - Note d'opportunité pour un interprétariat médical et social professionnel - avril 2009 [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: http://www.migrationsante.org/fichiers/File/Note_interpretariat_professionnel.pdf
23. Pétrègne F, Montariol Y, Castera P et al. Le médecin généraliste et la barrière linguistique-utilisation d'outils d'aide à la consultation en médecine générale. Médecine. 2014-10.
24. Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies - 1656_AdapLinguisSoinsServicesSante.pdf [Internet]. [cité 21 août 2015]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1656_AdapLinguisSoinsServicesSante.pdf
25. Tabouri A, L'interprétariat dans le domaine de la santé. Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires. 1 nov 2009;(1282):102-6.
26. Relation soignant-soigné en contexte multiculturel [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://www.cultures-sante.be/index.php/nos-outils/dossiers-thematiques/252-relation-soignant-soigne-dans-un-contexte-multiculturel-2.html>
27. Formation des parents pour l'accompagnement de la scolarité de leurs enfants - Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme Mayotte [Internet]. [cité 17 août 2015]. Disponible sur: <http://www.anlci.gouv.fr/content/download/1965/45357/version/3/file/Kit+ANLCI+FPP3+Mayotte.fr>

Caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant en dispensaire à Mayotte

Analyse d'une prise en charge en contexte interculturel

Introduction: La médecine en dispensaire à Mayotte fait se côtoyer médecin "mzumgu" (blanc métropolitain) et patient ne parlant pas français. Une relation triangulaire médecin-patient-traducteur s'instaure. L'objectif principal était de décrire les caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant en dispensaire. **Matériel et méthodes:** Etude épidémiologique descriptive multicentrique dans 5 hôpitaux référence de l'île en 2015. Les patients de plus de 11 ans étaient interrogés. Des données quantitatives et qualitatives étaient extraites des résultats du questionnaire. **Résultats:** Deux cent quarante-neuf patients inclus. Trente-quatre pourcent des patients déclaraient ne pas parler français. Cinquante-deux pourcent avaient besoin d'un traducteur pour la consultation médicale. Soixante-trois pourcent déclaraient parler au moins 3 langues. Quatre-vingt-treize pourcent des patients déclarant ne pas parler français souhaitaient un traducteur mais également 29% des patients déclarant savoir parler français. Soixante-huit pourcent des patients toutes nationalités confondues pensaient qu'ils seraient moins bien soignés s'il existait une différence de langue entre le patient et le médecin consulté. Cinquante-huit pourcent des patients ne parlant pas français pensaient que la différence de langue médecin-patient retentissait sur la prise en charge ainsi que 74% des patients déclarant savoir parler français. **Conclusion:** Compte tenu du contexte culturo-linguistique, l'interprète se doit, au-delà de la simple traduction littérale des mots de s'imposer en tant que médiateur culturel pour une prise en charge adaptée des maux des patients. Les obstacles soulignés par les patients nous ont servi de socle dans l'analyse de la barrière culturo-linguistique, nous permettant de proposer des pistes de réflexion en vue d'une amélioration des pratiques professionnelles.

MOTS CLES : MAYOTTE – LINGUISTIQUE – TRADUCTION – INTERCULTURALITE – INTERPRETARIAT – MEDECINE – DISPENSAIRE

Sociolinguistic characteristics of the patients consulting in health center in Mayotte Analysis of a coverage in intercultural context

Introduction: The medicine in Mayotte makes mix itself doctor "mzumgu" (white subway) and patient not speaking French. A triangular relation doctor-patient-traducteur is established. The main objective was to describe the sociolinguistic characteristics of the patients consulting in health center. **Material and methods:** Descriptive epidemiological multicentrique Study in 5 hospitals references of the island in 2015. All the patients of more than 11 years were questioned. Quantitative and qualitative data were extracted from the results. **Results :** Two hundred and forty nine inclusive patients. Thirty four pourcent of the patients declared not to speak French. Fifty two pourcent needed a translator for the medical consultation. Sixty three pourcent declared to speak at least 3 languages. Ninety three pourcent of the declaring patients not to speak French wished a translator but also 29 % of the declaring patients to know how to speak French. Sixty eight pourcent of the patients any confused nationalities thought that they would be less good been looked after if there was a difference of language between the patient and the consulted doctor. Fifty eight pourcent of the patients not speaking French thought that the difference of language doctor-patient rang on the coverage as well as 74% of the declaring patients know how to speak French. **Conclusion:** the interpreter, considering the culturo-linguistique context owes, beyond the simple literary translation of the words to stand out as cultural mediator for a coverage adapted by the troubles of our patients. The obstacles underlined by the patients were used to be a base in the analysis of the culturo-linguistique barrier and allowed us to propose lines of thought with the aim of an improvement of the professional practices.

KEYWORDS: MAYOTTE - LINGUISTIC - TRANSLATION - INTERCULTURALITY - INTERPRETING - MEDICINE - HEALTH CENTER