

Université Paris 13

UFR Santé, Médecine et Biologie Humaine

**La vulnérabilité linguistique des Migrants et Minorités Ethniques  
vers des soins de qualité**

**Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire « Santé des Migrants »**

Juin 2017

Léa MICHEL-BECHET

# Table des matières

1	<a href="#">Introduction</a>	3
2	<a href="#">Les vulnérabilités des Migrants et des Minorités Ethniques</a>	5
2.1	<a href="#">Définition des populations Migrantes et des Minorités Ethniques</a>	5
2.2	<a href="#">Définition générale de la vulnérabilité</a>	5
2.3	<a href="#">Définition de la vulnérabilité linguistique</a>	7
3	<a href="#">La vulnérabilité linguistique dans le soin : les problématiques</a>	9
3.1	<a href="#">La problématique de l'accès aux soins</a>	9
3.2	<a href="#">La problématique de la qualité des soins</a>	10
3.2.1	<a href="#">Dans le cadre clinique: sur la prise en charge globale</a>	10
3.2.2	<a href="#">Dans le cadre économique de santé publique</a>	11
3.2.3	<a href="#">Dans le cadre juridique</a>	11
4	<a href="#">La place du médecin dans la politique linguistique et interculturelle</a>	14
4.1	<a href="#">La reconnaissance des expériences auprès des MME</a>	15
	<a href="#">« Ou comment développer une approche transculturelle centrée sur le patient »</a>	15
4.1.1	<a href="#">Une approche globale: une approche centrée patient</a>	15
4.1.2	<a href="#">La place de la culture dans l'ACP</a>	16
4.1.3	<a href="#">Une compétence culturelle</a>	17
4.1.4	<a href="#">Le médiateur interculturel et consultation ethnoculturelle</a>	18
4.2	<a href="#">La communication « à proprement parlée »</a>	19
4.2.1	<a href="#">Promouvoir l'apprentissage de la langue dans le pays d'accueil</a>	20
4.2.2	<a href="#">L'interprétariat professionnel</a>	21
4.2.2.1	<a href="#">L'impact de l'interprétariat</a>	21
4.2.2.1.1	<a href="#">En terme d'accès aux soins</a>	22
4.2.2.1.2	<a href="#">En terme clinique, sur la prise en charge globale</a>	22
4.2.2.1.3	<a href="#">En terme juridique</a>	24
4.2.2.1.4	<a href="#">En terme d'économie de santé publique</a>	24
4.2.2.2	<a href="#">L'IP en pratique</a>	25
4.2.2.2.1	<a href="#">Un financement pour un accès uniforme et cohérent</a>	25
4.2.2.2.2	<a href="#">Utilisation dans les établissements de santé: un accès pour tous les professionnels</a>	26
4.2.2.2.3	<a href="#">Une formation des professionnels à l'utilisation de l'IP</a>	26
4.2.3	<a href="#">Les « outils de bricolage » et l'interprétariat informel</a>	27
4.2.3.1	<a href="#">Les « outils de bricolage »</a>	27
4.2.3.2	<a href="#">L'interprétariat informel</a>	27
4.2.3.2.1	<a href="#">Les problématiques pour la qualité des soins</a>	28
4.2.3.2.2	<a href="#">Les problématiques pour l'aidant familial</a>	29
4.2.3.2.3	<a href="#">Le cas du professionnel de santé bilingue</a>	29
4.2.3.2.4	<a href="#">Sensibiliser les professionnels aux problématiques de l'interprète informel</a>	30
4.3	<a href="#">Un réseau de partenaire</a>	30
	<a href="#">« Une collaboration pour la promotion de la santé centrée sur la notion d'empowerment »</a>	30
5	<a href="#">Conclusion- synthèse pour le développement d'une organisation transculturelle</a>	32
6	<a href="#">Bibliographie</a>	34

# 1 Introduction

## *« Une expérience personnelle de médecin généraliste dans un centre de santé auprès de populations majoritairement migrantes »*

En une année, au gré des consultations et des rencontres avec mes pairs, la remise en question de ma pratique a nécessairement été permanente. Très rapidement des limites s'imposent, des questionnements multiples surgissent interrogeant sans cesse le champ des possibles pour une prise en charge de qualité.

La première des limites qui s'impose à soi est la barrière de la langue.

Ne pas pouvoir communiquer ou mal communiquer limite le cadre de la relation que je voulais entretenir avec mes patients.

Souvent avec l'aide d'un accompagnant, je « débrouillais les pistes », en posant des questions simples et courtes, me dirigeant vers ce que l'on peut à priori juger comme « l'essentiel ». Les consultations réalisées en anglais ont aussi constitué une des pistes de communication, mais la maîtrise de la langue montrait ses limites. Je restais alors souvent enfermée dans « la prise en charge du somatique », recourant à des prescriptions d'exams et ou de traitements pas toujours très adaptées. J'établissais des listes de renseignements cliniques, sociaux et administratifs de mes patients. J'interrogeais en permanence la dimension réelle de la relation de soin.

Le recours à l'interprétariat m'a permis d'établir des liens plus construits, en échangeant, en abordant plus en profondeur les champs d'investigations nécessaires à une clinique de qualité. Connaître l'histoire de vie des patients, l'actualité de leurs situations, leurs besoins m'ont permis de retrouver le fil, le sens d'une vraie prise en charge globale, centrée sur le patient.

Au contact de situations complexes, j'ai pu être « sensibilisée » aux besoins spécifiques des populations migrantes, j'ai ouvert le champ de mes connaissances, tant dans le domaine de la santé qu'au niveau juridique, j'ai pu appréhender en particulier le parcours des demandeurs d'asile.

Progressivement j'ai pu m'entourer de partenaires au sein d'un réseau de proximité, me permettant de répondre de façon plus efficiente aux besoins spécifiques des migrants.

Ce mémoire a pour objectif de conceptualiser, à l'aide d'une revue de la littérature, les freins et les enjeux pour un accès et une prise en charge santé de qualité.

J'aborderai et j'investirai la communication comme le déterminant essentiel pour la délivrance de soins de qualité. La barrière de la langue empêche une bonne communication de s'établir. Elle est créatrice de vulnérabilité, nous parlons de la vulnérabilité linguistique.

Dans un premier temps, nous présenterons les conséquences d'une mauvaise communication sur l'accès et la qualité des soins délivrés.

Dans un second temps, nous essayerons de dégager les différentes aires d'interventions pour l'adaptation et l'amélioration de notre pratique.

Une synthèse de recommandations pourra alors être élaborée comme une piste de réflexion pour les établissements et professionnels travaillant avec les Migrants et des Minorités Ethniques.

## **2 Les vulnérabilités des Migrants et des Minorités Ethniques**

### **2.1 Définition des populations Migrantes et des Minorités Ethniques**

La principale difficulté lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la migration est la définition du groupe des « étrangers » ou des « migrants ». Pour ce faire, nous avons repris le terme de « migrants et minorités ethniques » (MME), développé par l'OMS Europe en 2010, dont la démarche consiste à s'intéresser tant aux migrants qu'aux minorités ethniques, en prenant en compte l'origine des individus. Ce choix est par ailleurs étayé par des études internationales.(1)

### **2.2 Définition générale de la vulnérabilité**

D'une manière synthétique, nous pouvons discerner deux concepts importants pour tenter de définir la vulnérabilité linguistique.

Le premier est le concept de risque ou de menace touchant la personne, avec un défaut ou un manque de protection nécessaire. Il nous renvoie donc à la notion de protection.

Le second concept est celui du besoin de la personne. Celui ci implique alors la notion de capacité d'adaptation et de ressources.

La vulnérabilité d'une personne peut être abordée comme l'existence de besoins répondant à des risques ou menaces, dont vont dépendre ses capacités d'adaptation et de l'existence de protection.

Les notions d'autonomie et d'interdépendance de la personne peuvent alors être questionnées.

La vulnérabilité demeure par ailleurs une notion fondamentalement dynamique, non figée, mobilisant la capacité d'intervention et ainsi son évolution.(2)

De nombreuses composantes de la vulnérabilité sont proposées dans la littérature dépendantes du contexte dans lequel nous pouvons l'appréhender. Ainsi nous pouvons citer:

- la vulnérabilité physique et psychique, avec des besoins médicaux spécifiques.
- la vulnérabilité sociale et économique, dépendante de besoins en terme d'hébergement et du statut professionnel.
- la vulnérabilité administrative, dépendante du statut juridique de la personne avec le besoin d'une attribution administrative, comme le titre de séjour ou la protection d'asile.
- la vulnérabilité affective dépendante du parcours de vie ainsi que de l'environnement personnel, familial et amical.

Toutes ces vulnérabilités sont complexes, entremêlées et interdépendantes les unes des autres, délimitant les contours globalisants de la notion de cercle vicieux pouvant conduire à terme à

l'exclusion. Les problèmes de santé, en touchant tous les aspects de la vie quotidienne (se soigner, se vêtir, se loger, manger, se déplacer) interviennent alors fréquemment dans la constitution d'une spirale.(3)

### *L'exemple des demandeurs d'asile*

La vulnérabilité des demandeurs d'asile permet d'éclairer cette notion de vulnérabilité et d'évoquer la question de son évaluation.

En effet, la définition de la vulnérabilité sera différente si nous nous référons aux besoins en matière d'accueil ou en matière de procédure juridique.(2)

Lors du parcours de demande d'asile, deux évaluations de la vulnérabilité sont réalisées, à des temps différents par des personnes différentes, avec des outils différents pour des objectifs différents.

Lors de l'inscription de la personne au Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile (GUDA), l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) a établi un questionnaire relatif à la détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile, défini dans *l'Arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile prévu à l'article L. 744-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*.(4) Les questions visent à adapter les conditions d'accueil à la situation du demandeur d'asile et de sa famille, avec deux parties ciblant les besoins d'hébergement et les besoins d'adaptation (notamment les handicaps physiques).

Lors de l'entretien individuel avec l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA), une évaluation des vulnérabilités est réalisée en lien avec les motifs de la demande de protection. A partir de deux directives européennes dans le cadre du droit européen de la demande d'asile (directives dites accueil et procédures), l'OFPRA définit cinq principaux types de besoins de protection assimilables aux principales vulnérabilités: les demandeurs d'asile à raison de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre, les mineurs isolés, les victimes de tortures, les femmes victimes de violences et les victimes de la traite des êtres humains.

L'évaluation de ces vulnérabilités peut poser la question de la qualité de l'outil utilisé, de la légitimité et de la formation des agents l'effectuant. En effet, les outils d'évaluation ne sont pas clairement établis et pose la question d'une détection de vulnérabilités dites « objectives » et visibles.

La définition et l'évaluation de la vulnérabilité a pourtant toute son importance puisque la reconnaissance de la vulnérabilité de l'OFPRA implique un aménagement, si nécessaire, des conditions de l'instruction de la demande d'asile. (5-8)

La vulnérabilité des demandeurs d'asile pose aussi dans une certaine mesure la question de la

vulnérabilité juridique, avec la réflexion du droit comme producteur de vulnérabilités et comme protecteur de vulnérabilités.

Nous verrons que cette même réflexion peut aussi être transposable au domaine de la santé, où le soin peut être vu comme protecteur, mais aussi comme producteur de vulnérabilités.

### **2.3 Définition de la vulnérabilité linguistique**

Une composante essentielle de la vulnérabilité implique toutes les autres, mais n'est pas clairement énoncée : la vulnérabilité linguistique.

La langue est un des piliers de la communication permettant de créer du lien, c'est à dire d'entrer en relation par l'échange avec autrui, d'établir le relation interpersonnelle. La communication est ainsi nécessaire et indispensable à la création de lien relationnel, et notamment pour l'accès et l'utilisation des services publics.

En reprenant les concepts de définition de la vulnérabilité, la vulnérabilité linguistique peut être définie comme l'existence d'un besoin d'expression et de compréhension par le patient, avec une perte de capacité d'adaptation du fait de l'absence de maîtrise de la langue, créant un défaut de voire une absence de communication.

L'existence de la vulnérabilité linguistique, peut conduire à l'absence ou la difficulté :

- de création de lien social, consistant à la participation et à l'intégration socio-professionnelle. Elle peut ainsi accentuer la vulnérabilité socio économique. Or, l'existence de ce lien social permet une reconnaissance et une valorisation de l'estime de soi, qui peuvent avoir été perdues ou bafouées lors des processus migratoires, notamment par la perte des repères.
- de création d'un lien affectif, pouvant conduire à un isolement et aggraver la vulnérabilité affective.
- de création d'une relation de soin de qualité, pouvant ainsi aggraver la vulnérabilité physique et psychique.

La langue peut être aussi appréhendée comme un moyen d'expression de la culture. La vulnérabilité linguistique est alors intimement lié aux problématiques de diversités culturelles.

La vulnérabilité linguistique est donc une des composantes de la vulnérabilité, essentielle à connaître et prendre en compte du fait de ses multiples influences.

Elle soulève aussi de nombreuses questions allant de la notion d'autonomie, à la dépendance, en

passant par celle de l'estime de soi et de la reconnaissance.

Nous verrons aussi l'importance de langue en France dans le modèle d'intégration républicain. La langue française est considérée comme un facteur d'unité politique. Ce champ d'investigation développe en son sein une portée politique notoire. (9)

Dans ce mémoire, nous nous attacherons à développer la vulnérabilité linguistique dans le domaine médical. Ceci impose la définition du patient allophone.

La population de MME vulnérables du point de vue linguistique est aussi définie comme étant allophone. Afin de définir le patient « allophone » nous avons choisi d'utiliser les items de l'enquête *Trajectoire et Origines*.(10)

Le patient est défini comme allophone s'il répond « *Un peu* », « *Pas du tout* » ou *ne se prononce pas* à l'une des deux questions suivantes :

« Diriez-vous que vous comprenez le français à l'oral ? » : « *Très bien* » ; « *Bien* » ; « *Un peu* » ; « *Pas du tout* » ; *ne se prononce pas*.

« Diriez-vous que vous parlez en français ? » : « *Très bien* » ; « *Bien* » ; « *Un peu* » ; « *Pas du tout* » ; *ne se prononce pas*.

Cette définition, un peu restrictive peut conduire à une sous-estimation de la proportion de patients qui peuvent poser des difficultés de communication en français dans les consultations médicales et dans leur suivi. En effet, la communication thérapeutique n'est pas forcément satisfaisante pour des patients francophones qui répondent « *Bien* » aux deux questions. (11)

### **3 La vulnérabilité linguistique dans le soin : les problématiques**

La vulnérabilité linguistique s'expose à des problématiques de capacité d'expression et de compréhension, du fait de l'absence de capacités de communication. Le domaine du soin, est un des domaines où les capacités de communication ont toute leur importance. En effet, la communication est l'outil majeur permettant de favoriser l'accès au soin, dispenser des soins de qualité et promouvoir l'éducation à la santé. Elle permet aussi la création d'une relation de soin au cours de laquelle la diversité culturelle pourra être appréhendée.

Des études montrent que l'état de santé des MME est souvent moins bon que celui de la moyenne de la population, alors qu'ils seraient en meilleure santé lors de leur arrivée. Ces groupes sont plus vulnérables du fait de leur statut socio-économique, parfois aussi en raison d'expériences migratoires traumatiques, mais aussi du manque d'assistance socio sanitaire adéquate. (12)

Ce manque d'assistance socio sanitaire peut alors être perçu comme un facteur déterminant de la vulnérabilité. En effet, il semblerait pertinent de se demander si la vulnérabilité linguistique, du fait de barrières linguistiques et des différences culturelles, pourrait entraîner une différence de prise en charge dans l'accès et la délivrance des soins.

Il serait alors important de connaître les problématiques dans la démarche de soin et leurs conséquences, afin d'adopter des stratégies d'intervention adaptées. Nous nous attacherons à développer les problématiques d'accès aux soins et de qualité des soins.

#### **3.1 La problématique de l'accès aux soins**

*De la tendance à créer « des centres de soins spécifiques aux MME »*

Plusieurs intervenants notent une tendance à la concentration des MME dans un petit nombre de services hospitaliers ou ambulatoires. Cette concentration est en partie liée à la localisation géographique de ces services de santé. Elle affecte cependant la mixité sociale des services socio-sanitaires et rend plus lourd le travail des professionnels de la santé dans ces services.

*Accès aux soins par l'accès à l'information*

Le manque d'information sur les services disponibles et les questions de santé en général, expliquent en partie l'utilisation peu efficace du système de santé avec, la plus part du temps une entrée tardive dans le parcours de soins.(12)

L'accès à un service nécessite le fait de connaître tout simplement son existence ainsi que les procédures du parcours administratif à réaliser afin d'y accéder.

De plus, l'accueil des MME dans les établissements de soin est primordial dans le sens où il représente le contact primal avec l'équipe soignante. Le modèle relationnel, les informations délivrées sont alors déterminants pour l'intégration dans le parcours de soin ultérieur.

La non maîtrise de la langue ainsi que la différence culturelle dans la connaissance et l'utilisation d'un système de santé, sont autant de barrières qui rendent le parcours administratif encore plus complexe qu'il ne l'est déjà. Le niveau d'éducation à la santé prend également toute sa place.

Au delà des facteurs influençant la demande individuelle (le langage, l'éducation à la santé), une offre de soins différente délivrée par les établissements pourrait aussi influencer cet accès aux soins. Des études européennes en cours, concernent l'impact de l'offre de soins en fonction du type de système de santé du pays, sur les principes d'égalité de soins.

Le droit à l'accès aux soins est également un droit garanti aux patients par les textes juridiques, nous développerons cet aspect juridique dans la prochaine partie.

### **3.2 La problématique de la qualité des soins**

La qualité de la communication médecin-patient est un des facteurs majeurs pour la délivrance de soins de qualité. La satisfaction est un des déterminants le plus connu et le plus largement utilisé pour l'étude de la communication, il est aussi un des résultats prépondérant en terme de santé, corrélé à la qualité des soins.

Cependant, dans une étude, médecins et patients ont déclaré qu'ils avaient les mêmes perceptions des problématiques mettant en défaut leur satisfaction, lors de discordance de langage. Il s'agit de la connaissance des besoins des patients, des explications apportées, des marques de respect, des modalités de la consultation, des informations données concernant le suivi. (13)

Une autre étude montre une diminution significative de la compréhension lors des consultations, de la qualité du suivi et de l'observance chez les patients allophones par rapport aux patients francophones.(11)Plusieurs revues de la littérature concernant les problèmes de communication ont montré les conséquences dans le cadre clinique, dans le cadre économique de santé publique ainsi que dans le cadre juridique.

#### ***3.2.1 Dans le cadre clinique: sur la prise en charge globale***

Des médecins interrogés dans une thèse déclarent une mise à défaut de la prise en charge globale. Ils évoquent la notion de « débrouille » avec un bilan minimal en priorisant l'aspect somatique, souvent par peur « de passer à côté de quelque chose ». Peu de place est alors laissée à l'évaluation des autres besoins, comme l'aspect socio culturel ou psychologique.(14)

Il a été ainsi démontré qu'il existait un retard dans l'écoute des personnes avec une sous estimation des symptômes de stress post traumatique. Ceci conduit notamment à une moindre déclaration des symptômes et des traumatismes subis par les patients, avec pour conséquence majeure une absence ou un retard dans la mise en œuvre de procédures d'accompagnement et d'aide.

L'absence d'évaluation des besoins pour une prise en charge globale, conduit à une prise en charge pouvant être totalement inadéquate avec:

- un retard dans les soins ou d'une prise en charge de pathologies plus évoluées ou aggravées,
- la survenue d'erreurs médicales plus fréquentes notamment par prescriptions de médicaments inadaptés.(15,16)

L'absence de communication ou une communication de moindre qualité, impliquent aussi une absence ou mauvaise compréhension par les patients dans les soins, avec comme conséquences:

- une moins bonne observance,
- une mise à défaut du principe de décision médicale partagée et de l'autonomie du patient dans les soins,
- une mise à défaut de l'éducation thérapeutique et des actions de prévention,
- un suivi de moindre qualité avec des consultations plus fréquentes aux urgences.

Certaines situations d'incompréhension ne sont pas spécifiques du langage, mais peuvent être des spécificités culturelles d'expression.

### ***3.2.2 Dans le cadre économique de santé publique***

La mauvaise évaluation des besoins par défaut de communication peut entraîner des dépenses de soins inutiles avec:

- une augmentation importante d'examen à visée diagnostique pour le bilan initial,
- la prescription de médicaments parfois inadaptés,
- une errance diagnostique certaine menant à la multiplication de consultations et d'examen para-cliniques,
- une durée d'hospitalisation souvent augmentée.(13–17)

### ***3.2.3 Dans le cadre juridique***

Au niveau juridique, l'incompréhension ne permet pas de respecter les droits élémentaires du patient, comme le droit d'être informé, le droit de donner son consentement lors des soins. Il se pose ainsi la réflexion, l'interrogation suivante:

Comment garantir un droit d'accès aux soins au patient allophone le plus équitable ?

Le droit d'accéder à des soins dans une langue que le patient maîtrise n'est pas clairement prévu dans les textes de loi ou directives. Il convient alors de se référer aux droits des patients décrits dans de nombreux textes internationaux et nationaux.

Différentes conventions, à vocation universelle, prévoient spécifiquement la protection de certains droits des patients comme la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, les Pactes I, relative aux droits sociaux et culturels et II, relative aux droits civils et politiques adoptés sous l'égide de l'ONU, la convention relative aux droits de l'enfant, la CEDH ou encore la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine.(18)

En France, les articles du code de santé publique, introduits par la loi du 4 mars 2002, se consacrent au droit du patient à l'information et détaillent les diverses situations dans lesquelles il s'exerce. Ils sont fortement inspirés des règles déontologiques de cette jurisprudence. Le droit du patient à l'information s'exerce a priori à l'occasion des soins et postérieurement à l'acte médical ou au cours du traitement de la maladie, par l'accès aux informations établies et détenues par le professionnel ou l'établissement de santé.

*« Plusieurs décisions posent en principe, hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations et des soins qu'il lui propose de façon à proposer un consentement ou un refus éclairé ».*(19)

Le droit d'être informé est donc la prémisse indispensable au consentement libre et éclairé du patient lors des soins.

Le droit au respect de la dignité et de la personnalité du patient et au respect du secret médical sont aussi présents dans de nombreux articles de loi dans le domaine de la santé, notamment le code de santé public.

Nous verrons dans la prochaine partie, que l'interprétariat professionnel est une des meilleures façons de permettre un accès aux droits des patients allophones.

La vulnérabilité linguistique, par la création de barrières communicationnelles, peut alors impacter grandement l'accès et la qualité des soins. Si elle n'est pas prise en compte par les professionnels, elle conduit alors à une délivrance de soins en inadéquation avec les connaissances scientifiques actuelles et le droit en santé des patients. Les soins délivrés aux MME allophones sembleraient alors problématiquement différents de ceux pour la population majoritaire maîtrisant le français.

Le soin peut devenir à ses dépens créateur de vulnérabilité. Il peut alors être observé à la fois comme protecteur de vulnérabilités mais aussi comme producteur, en fonction de la qualité avec laquelle il est délivré.

Les institutions et les professionnels doivent être conscients de ces champs de maltraitance pour questionner et adapter leur prise en charge.

Nous verrons dans le chapitre suivant quelles sont les pistes existantes potentiellement vectrices d'amélioration pour parvenir à une délivrance la plus rapprochée de soins de qualité et limiter la création de nouvelles vulnérabilités.

#### 4 La place du médecin dans la politique linguistique et interculturelle

L'existence de cette vulnérabilité linguistique intimement liée à la diversité culturelle avec ses conséquences au delà du champ de la santé, construit de fait une question de santé publique. Il semble important d'intégrer cette notion au sein des politiques migratoires contemporaines. En effet, l'élaboration d'une politique de santé publique avec la mise en place de préconisations centrées sur la relation centrée patient semble nécessaire et indispensable. Elle permettrait aux services de santé accueillant les MME de connaître tous les outils à leur disposition pour une adaptation et un développement de soins de qualité.

Dans cette perspective, un projet européen a été initié au début des années 2000, ciblant la promotion de la santé et de l'éducation de santé des migrants et des minorités ethniques, le « MFH - Migrant Friendly Hospitals ». Ce projet a pour objectif de renforcer le rôle des hôpitaux dans la promotion à la santé et d'améliorer les services en élaborant des recommandations. Plusieurs hôpitaux partenaires du réseau d'hôpitaux- santé de l'OMS (Health Promoting Hospitals - HPH), ont été recrutés, dont l'hôpital Avicenne en France. Sur la base des expériences des partenaires du projet et d'une revue de la littérature, il a été élaboré une liste de recommandations, regroupées dans *La déclaration d'Amsterdam*, pour devenir un hôpital répondant aux besoins des migrants, ayant la volonté et la capacité de servir ces diverses communautés de façon équitable.(12)

Cette large revue de la littérature a été effectuée afin de connaître et évaluer l'efficacité des différentes interventions existantes permettant d'améliorer les soins chez les populations migrantes. (13)

Sur la base de l'évaluation des besoins, il a été identifié un grand nombre de problèmes communs se posant aux MME ainsi qu'aux personnels soignants. Des solutions ont ainsi été évaluées dans les domaines précis pouvant nous permettre de détailler différentes aires d'interventions.

En Belgique, le Groupe Ethealth a ainsi été créé à l'initiative du service public fédéral de la santé, rassemblant des experts en soins de santé et des spécialistes de l'interculturel. Une liste de recommandations pour plus d'égalité à l'égard des MME a aussi été établie et regroupe les champs d'interventions mis en avant dans cette revue.

Nous nous attacherons alors à utiliser ses aires d'interventions décrites dans cette revue (13)en incluant celles du Groupe Ethealth, afin d'élaborer des pistes d'amélioration pour les services de soins primaires travaillant avec les MME. Ces différentes aires d'interventions permettent de

proposer des approches pour l'amélioration des soins.

Nous aborderons successivement les aires suivantes:

- la reconnaissance des expériences des MME et des inégalités sociales de santé pour mieux communiquer, et développer une approche transculturelle centrée sur le patient.
- la communication « à proprement parlée », avec l'importance de l'interprétariat professionnel.
- Le réseau de partenaire, une collaboration pour la promotion de la santé centrée sur la notion d'*empowerment*.

#### **4.1 La reconnaissance des expériences auprès des MME**

**« *Ou comment développer une approche transculturelle centrée sur le patient* ».**

La communication est reconnue comme un des éléments majeurs pour délivrer des soins de qualité. Communiquer ne signifie pas seulement échanger des mots, mais intègre un concept relationnel plus large, l'approche globale du patient.

Elle demande aux professionnels de santé d'être sensibilisés aux expériences des patients et aux inégalités sociales de santé, afin d'être plus réceptifs et réactifs à leurs besoins. Plusieurs études ont démontré que les besoins de santé des patients sont très variables et surtout dépendants des expériences de vie, du contexte socioculturel et des origines.

Dans le cadre de la prise en charge des MME, être sensibilisé à la vulnérabilité linguistique est une étape indispensable, par l'instauration d'une communication adéquate, à l'élaboration d'une approche globale. En restaurant un échange, le professionnel pourra alors évaluer les autres besoins du patient. L'intégration de la culture dans les soins fait l'objet d'un questionnement que l'on exposera dans cette partie.

##### **4.1.1 *Une approche globale: une approche centrée patient***

Une approche globale a été conceptualisée sous le nom de l'approche centrée patient (ACP). Elle a été développée par des sociologues Nord Américains Mead et Stuart, et définit des objectifs pour établir une relation de soin de qualité.

Cette approche connaît un fort développement dans le domaine de la médecine générale notamment, avec de nombreux travaux réalisés démontrant son efficacité en terme de qualité de soin.

Deux dimensions de l'ACP consistent à « *Comprendre la personne dans sa globalité bio psychosociale, sa dimension historique et son contexte* », et « *Explorer l'expérience de la maladie*

*vécue par le patient et sa perspective en tant que personne, ses représentations, attentes et préférences ».*

En effet, appréhender les expériences de vie des MME consisterait à connaître l'histoire migratoire, le statut légal et administratif, l'existence d'expériences de violence, leur compétence linguistique, le niveau d'alphabétisation et d'éducation à la santé, leur éducation religieuse, ainsi que les différentes utilisations et expériences du système de santé au regard des prises en charges traditionnelles.

Les enjeux pour les professionnels travaillant avec les MME consisteraient alors à intégrer ces différents éléments dans leur synthèse médicale individualisée, pour mieux appréhender le cadre de référence du patient. Aussi, connaître les démarches administratives comme le parcours d'attribution de titre de séjour ou d'une demande d'asile, permettrait d'accompagner au mieux le patient dans son parcours.

Une autre dimension de cette approche permettrait la reconnaissance du fait essentiel de *« S'entendre avec le patient, avoir une compréhension commune sur le problème, les solutions et le partage des décisions (common ground) »*. En effet, connaître le cadre de référence du patient permettrait de pouvoir aboutir à une bonne compréhension du soin pour établir une décision commune.

Concernant le cadre de référence, il se pose la question d'intégrer la culture comme déterminant de santé pouvant influencer les soins.

#### ***4.1.2 La place de la culture dans l'ACP***

Le terme culture ne désigne pas uniquement les différences liées à l'appartenance ethnique ou nationale, mais également toutes les situations de divergence dans les univers de significations, comme la religion, le groupe social d'appartenance, le genre ou encore la génération. Ainsi, nous pourrions dire que relèvent de l'interculturel tous les obstacles pouvant nuire au déroulement de la communication. (20)

##### *La culture dans le soin*

Les obstacles ou les incompréhensions se rencontrent notamment lors de l'immersion dans la sphère du privé et de l'intime. La relation de soin étant par définition une relation touchant au privé et à l'intime, elle mobilise ainsi des sujets pourvoyeurs d'obstacles pour la communication. Les professionnels peuvent dans certaines circonstances se sentir menacés dans leur cadre de référence et leur identité professionnelle. Cette menace peut s'exprimer par un sentiment de frustration, d'impuissance, d'inefficacité, de remise en question des compétences professionnelles.(21)

Cet état de fait pose la question de la sensibilisation des professionnels aux plurilinguisme et

multiculturel et comment ils l'intègrent dans leur profession. Il existe alors une notion d'ajustement à l'autre qui met en évidence la notion de volontarisme individuel. (12,16)

Dans de nombreuses études sur le sujet, les auteurs s'accordent à dire qu'obtenir une compétence culturelle implique en premier lieu une connaissance/ouverture personnelle, puis un changement d'attitude en terme d'adhésion et de flexibilité.

#### *L'intégration de la culture et culturalisme*

Cependant, intégrer la diversité culturelle dans l'approche globale pose la question du culturalisme. La langue et la culture peuvent être considérées comme une des sources d'explication des problématiques, influençant les pensées et les comportements. Mais il est aussi important de prendre en compte d'autres influences comme les influences politiques, économiques, des institutions sociales et des processus biologiques.(13)

Cette approche transculturelle ne doit pas gommer le contexte socio économique, déterminant reconnu comme étant plus influent sur le comportement face à la maladie. Plus que les différences culturelles, ce sont les difficultés psychosociales et économiques ainsi que la barrière linguistique qui doivent être explorées remettant en cause l'efficacité thérapeutique.(20)

En effet, comme dit dans l'article *Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants*(22), « l'analyse culturelle devient exclusive et restrictive en l'absence de réflexion socio-économique plus générale », définition du mot culturalisme.

#### **4.1.3 Une compétence culturelle**

Intégrer la culture dans le soin revient à sensibiliser les professionnels à la diversité culturelle, et passe par l'acquisition d'une compétence dite culturelle.

Développer une compétence culturelle implique d'adopter une approche d'ouverture, avec l'utilisation de la culture comme un « allié thérapeutique » plus qu'un obstacle. S'intéresser à la culture de son patient est un bon moyen pour le clinicien de se « décentrer » et de chercher à modifier une vision restrictive, de s'ouvrir aux modes de pensée et d'expression différents et inconnus de son patient. La sensibilisation à la diversité interculturelle vise alors la compréhension du fait de l'autre, de l'altérité, bien au delà de son cadre de référence. (20,22,23)

Cette approche renvoie à un double processus. Adopter une compétence interculturelle c'est apprendre à se décentrer par rapport à son propre cadre de référence et s'astreindre à découvrir celui de l'autre. En effet, connaître le comportement, et les croyances en santé des patients, permet au praticien d'aborder un compromis avec ses croyances biomédicales. Les croyances en santé peuvent

concerner l'attente envers vers le soignant, la signification d'une maladie, les traditions en terme de traitement, ou les codes culturels d'expression des émotions. Le praticien sera ainsi à même de mieux comprendre certaines réactions déroutantes, et de pouvoir guider la négociation dans la prise en charge.

La connaissance de quelques éléments des structures sociales « traditionnelles » ou des représentations de la maladie peut être suffisant pour le praticien. Dans certaines situations cliniques complexes, l'intervention de médiateur interculturel pourra être un outil efficace lors de certaines circonstances nécessitant une connaissance plus approfondie de la culture. (22)

La finalité de cette compétence culturelle est de maîtriser les répercussions négatives des stéréotypes et des préjugés. Une revue de la littérature met l'accent sur le peu d'études réalisées concernant les préjugés et les enjeux de discriminations chez les professionnels de santé. De nombreuses études exposent cependant l'importance de les combattre pour une prise en charge de qualité. Des stratégies ont été évoquées avec notamment la création des groupes de parole où les professionnels pourraient, par le biais de récit d'expérience de vie, évoquer leurs stéréotypes et se confronter à leurs propres formes de discriminations. Une autre étude met en avant l'importance de l'approche centrée patient afin de mettre en jeu sa réflexivité. En effet, une des autres dimensions de l'ACP est de « *Faire preuve de réalisme (en particulier sur la gestion du temps et des priorités) et de réflexivité pour le médecin qui doit tenir compte de ses limites en tant que personne et de la dimension affective de la relation transférentielle.* » La réflexivité est une compétence permettant au professionnel de prendre conscience de ses propres limites. Prendre conscience de l'existence de ses propres stéréotypes et préjugés permet alors de pouvoir les travailler et évoluer dans sa pratique. Les questionnaires des services de santé devraient pouvoir aborder ces éléments de conscience. Fournir des soins sensibles à la culture demande une réflexion, une connaissance, des ressources supplémentaires en terme de temps, de flexibilité/adaptabilité, une formation du personnel, ainsi que des équipements adaptés. Une passerelle de formation entre la médecine et les sciences humaines permettrait d'aborder avec sens et intérêt le champ d'investigation d'une prise en charge centrée autour du patient.

#### **4.1.4 *Le médiateur interculturel et consultation ethnoculturelle***

Le médiateur interculturel peut être sollicité dans des situations complexes où la communication semble bloquée pour des raisons de différences de perceptions dues à la culture. En effet la médiation renvoie au processus de création et de réparation du lien social et vise tout particulièrement le règlement des conflits. Elle permet un espace de parole permettant aux individus de se faire entendre, de parler de leurs situations, positions et difficultés.

Le rôle du médiateur en santé est, en premier lieu, d'établir du lien entre le patient et son médecin puis de faire évoluer les représentations souvent figées afin de construire un espace commun de communication et d'intercompréhension. Le médiateur culturel entre dans l'univers complexe de l'interprète professionnel, notamment pour ce qui concerne les compétences linguistiques et relationnelles. Nous développerons ce champ professionnel dans la prochaine partie.(20)

Les consultations ethnopsychiatriques peuvent constituer une aide non négligeable pour le professionnel de santé. Elles s'inscrivent dans un cadre plus large mettant en scène plusieurs intervenants aux professions et origines différentes. Plusieurs courants de l'ethnopsychiatrie existent, influençant leurs déroulements en pratique. Nous ne développerons pas ici ces différents courants. Leur recours systématique semble discutable puisqu'elles appuieraient alors l'idée que le comportement des migrants face à leur maladie est principalement influencé par leur cadre de référence culturelle. Il semblerait que leur intervention se justifie lorsqu'il existe de réels blocages dans la relation avec une incompréhension non explicable par d'autres déterminants que la culture. (22)

#### **4.2 La communication « à proprement parlée »**

La communication « à proprement parlée » est un des moyens indispensables pour délivrer une prise en charge globale, centrée sur le patient. Elle nous permet de pouvoir « *Explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient et sa perspective en tant que personne, ses représentations, attentes et préférences* » afin de « *S'entendre avec le patient, avoir une compréhension commune sur le problème, les solutions et le partage des décisions (common ground).* »

De nombreuses recherches ont montré que la qualité des soins apportée dépend très largement de la bonne communication entre médecin et patient. En effet, 90 % du diagnostic est apporté par le récit du patient, 9% par l'examen et 1% par les examens de laboratoire. Ceci montre que le récit du patient est donc la première source d'information pour le médecin. La bonne communication permet aussi au patient de pouvoir exposer sa demande ou poser des questions, d'échanger sur ses représentations avec le médecin, et d'exprimer ses affects.

Des stratégies ont montré leur efficacité pour améliorer la communication. Deux solutions semblent être complémentaires, comme la promotion de l'apprentissage de langue du pays et l'utilisation d'interprètes professionnels. Encourager l'apprentissage de la langue du pays par les allophones est

une des étapes importante pour promouvoir leur intégration dans les soins. Cependant il revient de poser de manière pragmatique le problème d'accès au soins pour les primo arrivants. Nous verrons ensuite les autres moyens de communication utilisés par les professionnels permettant de dépasser la barrière linguistique, avec pour chacun leurs limites et risques.

#### 4.2.1 *Promouvoir l'apprentissage de la langue dans le pays d'accueil*

Il paraît évident que l'apprentissage de la langue du pays est un vecteur premier, indispensable pour l'intégration sociale et qu'il est nécessaire et fondamental de l'encourager.

La politique migratoire actuelle en France fait de la langue un facteur d'intégration principal dans son parcours personnalisé d'intégration.

Pour tout étranger admis pour la première fois en séjour en France, lors d'un entretien individuel à l'OFII, un contrat d'intégration républicain (CIR) est conclu entre l'étranger et l'état. Dès sa signature, il engage une participation à des formations visant à favoriser son autonomie et son insertion. Une formation civique (obligatoire) et linguistique, en fonction d'un test de positionnement du français écrit et oral, est délivrée. Ces formations linguistiques deviennent obligatoires quand elles sont prescrites, avec un suivi et une attestation finale. Cette attestation subordonne la délivrance de titre de séjour, avec une notion de seuil pour chaque titre.

Ce CIR insiste bien sur la notion de l'importance de l'apprentissage de la langue française afin de favoriser l'autonomie et l'insertion, « *La France(...)favorise l'autonomie des étrangers dans notre société, et notamment l'accès à l'emploi et à la formation professionnelle.* »(9,24–26)

L'article *Langue et vulnérabilité des migrations chinoises actuelles (9)* met cependant en avant plusieurs paramètres à considérer lors de l'apprentissage d'une nouvelle langue:

- le niveau d'éducation scolaire, c'est à dire la capacité à fournir un travail intellectuel. L'âge est souvent considéré comme un facteur limitant pour assimilation d'un nouveau cadre linguistique et de pensée
- les conditions de vie, la pression financière, avec une intensité de travail important, dictent souvent les priorités
- les conditions d'hébergement
- et projet migratoire. En effet, les stratégies d'apprentissage de la langue peuvent être différentes en fonction du projet migratoire; certaines migrations peuvent être transitoires et n'encourager qu'un niveau de communication de base.

L'apprentissage d'une langue s'intègre alors dans un processus d'intégration plus global que la

simple formation linguistique. De nombreuses associations dispensent des formations intégrées dans un parcours d'accompagnement plus large, ciblant notamment le versant socioprofessionnel ou l'aide au logement.

La maîtrise de la langue permettrait au patient de développer une relation de soin sans intermédiaire, et ainsi retrouver une participation active et une autonomie dans sa démarche de soin. La notion du temps paraissant primordiale, le problème se pose concernant l'accès aux soins et la délivrance de soin de qualité pour les primo arrivants. La réponse initiale semble revenir fondamentalement à l'interprétariat.

#### 4.2.2 *L'interprétariat professionnel*

L'interprétariat professionnel (IP) dans le domaine de la santé et du social est sous-utilisé, alors qu'il l'est très largement dans les domaines du commerce et de la diplomatie. Sa reconnaissance est souvent en question n'étant pas toujours valorisé dans la complexité de ses fonctions.(27) Du point de vue historique, la nécessité de recours aux IP s'est imposée dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies infectieuses (VIH et TBC).(17)

L'interprétariat dans le domaine de la santé est une fonction qualifiée, qui se définit à travers un référentiel de compétences, un domaine et un cadre d'intervention ainsi qu'un cadre déontologique. Deux textes l'encadrent, *La charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée par le Groupe de Travail National interassociatif à Strasbourg, le 14 novembre 2012* et *la norme internationale ISO 13611:2014(F) "Interprétation - Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social" - décembre 2014*. Ces références ont permis d'harmoniser les pratiques et énoncent clairement les missions des interprètes professionnels ainsi que leurs codes déontologiques. (15,17,27)

##### 4.2.2.1 *L'impact de l'interprétariat*

Plusieurs études démontrent l'importance l'IP pour un exercice professionnel de qualité. Il permet aussi de garantir plus aisément l'accès au droit et au soins pour les patients, et l'amélioration de la communication. Une étude en analyse multivariée a montré l'intérêt significatif de l'interprète professionnel pour améliorer cette communication avec les patients allophones, notamment pour les récits de vie, au delà des signifiants purement somatiques.(13)

L'interprétariat professionnel peut être alors considéré comme un outil majeur de réduction de la vulnérabilité linguistique, en assurant la qualité de la communication.

#### 4.2.2.1.1 En terme d'accès aux soins

Une étude évaluant l'efficacité des services d'interprétariat dans la délivrance des soins de qualité, a pu montrer l'importance de l'accès à la communication pour l'accueil et l'orientation des patients. Il permet une augmentation des soins ambulatoires et préventifs, et d'une manière générale l'accès aux soins. (13)

L'accès aux soins nécessitant également le consentement et l'information du patient, la présence d'un interprète est indispensable à la réalisation des garanties juridiques.(18)

#### 4.2.2.1.2 En terme clinique, sur la prise en charge globale

Faire appel à un interprète dans le cadre de la consultation médicale permet de favoriser l'équité en matière d'accès aux soins, de garantir une disponibilité et continuité des soins.(18)

Les résultats des revues systématiques suggèrent que le recours à des interprètes professionnels est associé à une amélioration globale des soins. Il semble améliorer la communication et, par conséquent, augmenter la compréhension des patients et réduire les erreurs de communication, améliorer les résultats cliniques et augmenter la satisfaction des patients ainsi que l'utilisation adéquate des services médicaux. (13,17)

##### *Une aide à la création du lien*

En plus de la compétence linguistique, l'IP possède des compétences relationnelle et culturelle. Il permet ainsi d'aider et de faciliter les échanges et peut être intégré comme un outil d'aide à la création du lien entre le patient et son médecin. La bonne communication permet au patient de se sentir écouté, compris et ainsi reconnu et valorisé dans sa prise en charge. Ceci est un indispensable pour aboutir à une relation de confiance et à une alliance thérapeutique.

L'interprétariat physique avec la même personne permet aussi un accompagnement du patient, avec un sentiment de réassurance et de solidarité. (23)

##### *Une aide à l'évaluation des besoins-connaître le cadre de référence du patient*

En permettant d'aller au delà de la simple transmission d'information sur sa santé, l'IP permet au patient de raconter son histoire de vie et d'exprimer ses besoins librement. Il permet au médecin d'aller au delà de l'évaluation somatique, en développant les aspects familiaux, sociaux, professionnels et juridiques. Tous ces aspects permettent une prise en charge centrée sur le patient, en étant adaptée à ses différents besoins.

L'utilisation d'un interprète professionnel a notamment montré toute son importance dans la prise en charge psychologique. En effet, la maîtrise incomplète de la langue peut permettre la

compréhension des questions de la vie courante mais pas forcément pour des entretiens mobilisant un langage plus fins avec des nuances linguistiques. Des études mettent l'accent sur l'importance de l'interprétariat dans la prise en charge des états de stress post traumatiques pour les demandeurs d'asile. Son utilisation dans le cadre de prise en charge psychologique ou psychiatrique est fortement recommandée pour assurer la qualité des soins dans le respect des droits du patient.(18)

L'interprétariat permet aussi une augmentation des capacités d'écoute et de mémorisation pour le patient, lors de certains sujets à forte expression émotionnelle.(17)

#### *Une décision médicale partagée et promotion de la santé*

Les recherches montrent l'importance des interprètes dans le cadre de la négociation pour l'établissement d'un consentement éclairé et dans la promotion de la santé.

L'IP permet au patient de répondre plus facilement aux questions du professionnel, et d'en poser en retour. Les informations sont délivrées de manière claire et adaptée permettant d'établir une discussion sur le diagnostic, les examens ou même les traitements. L'objectif est d'aboutir à une décision médicale partagée, à une prise d'autonomie du patient dans ses soins. Le professionnel pourra plus aisément développer des démarches de prévention, et établir une éducation thérapeutique.

Une étude a montré notamment une amélioration significative de l'observance et de l'adhésion des patients allophones avec le recours à l'interprétariat professionnel, par rapport à l'interprétariat dit informel, ainsi qu'une meilleure autonomie du patient.(17)

#### *Un partenaire au sein de la consultation et un médiateur culturel*

Compris entre autres comme médiateur culturel, le rôle de l'interprète consiste à favoriser l'établissement d'une communication entre soignant et patient qui permette de rendre compte du cadre de référence du patient. En présence d'un interprète qui assure également une fonction de médiation culturelle, le soignant peut alors explorer les comportements et croyances en santé du patient et ainsi développer une compétence culturelle telle que décrite dans le chapitre précédent. (18)

L'interprète peut par ses compétences relationnelles contribuer utilement à la gestion des conflits, notamment d'origine relationnelle ou du fait des différences culturelles. L'IP peut aussi aider le praticien à dépasser des contre-attitudes, comme l'agacement ou le sentiment de frustration, qui peuvent naître lorsqu'il est confronté à des problèmes de communication. Il aide ainsi le médecin à se décentrer de sa pratique par la connaissance des codes culturels, des difficultés concrètes de l'ordre du social, professionnel, familial ou juridique. Il a ainsi un rôle structurant de la relation. (18)

#### 4.2.2.1.3 En terme juridique

Les enjeux juridiques associés à la présence de l' IP dans le cadre de la consultation sont étroitement liés aux droits élémentaires du patient. Le droit à l'accès aux soins dans une langue compréhensible impose que la consultation médicale se déroule en présence d'un interprète professionnel formé.

L'IP a un rôle central pour assurer le droit à la confidentialité, le droit à l'information claire et adaptée pour un consentement libre et éclairé et une décision médicale partagée. (11,13,18,27)

En effet les interprètes jouent un rôle significatif dans le recueil de consentements entre le professionnels et le patient, en créant un lien pour la communication des messages. En effet le consentement du patient ne peut être recueilli que dans une relation basée sur la confiance et la clarté des informations échangées. Délivrer des informations claires et adaptées nécessitent alors deux voies de communication: pouvoir dispenser des informations de qualité et s'assurer de leur bonne compréhension. S'assurer de la bonne compréhension nécessite que le patient puisse poser des questions et être complètement assuré quant à sa compréhension.

Il convient aussi de rappeler que le consentement libre et éclairé du patient porte entre autres sur le fait que la consultation se déroule en présence d'un interprète, et aussi sur le choix même de l'interprète auquel on aura recours. Il est alors important, dans tous ces cas, de consulter le patient pour lui demander son accord concernant la présence d'un interprète, et de lui en expliquer son importance du point de vue juridique pour une information adéquate.(18)

#### 4.2.2.1.4 En terme d'économie de santé publique

L'analyse des dépenses en terme de santé est un véritable enjeu de santé publique actuel. Peu d'études ont été réalisées sur les coûts et bénéfices économiques de l'utilisation interprétariat, mais les coûts indirects de l'absence de communication ont pu être évalués. (13)Des études montrent l'impact de la non utilisation de l'interprète avec une augmentation des dépenses de santé du fait de deux surcoûts:

- l'augmentation des erreurs médicales et des complications,
- l'augmentation des dépenses non nécessaires, inutiles, par la prescription de tests non nécessaires, l'augmentation de la durée d'hospitalisation, des consultations supplémentaires dues au manque de satisfaction et de confiance dans l'échange avec le médecin.(15,17)

La question de l'évaluation sur le coût au long terme se pose aussi au sein de ses études, ainsi que la nécessité d'intégration des coûts sociaux (chômages, services sociaux), par des études sur déterminants appartenant au modèle médico-économiques. (11,15)

Lorsque l'information est bien comprise, elle permettra alors de faire des économies, avec des diagnostics et orientations plus rapides et plus appropriés, et une meilleure prévention par informations et orientations dans l'accès au soins.(17,27)

#### 4.2.2.2 *L'IP en pratique*

##### 4.2.2.2.1 Un financement pour un accès uniforme et cohérent

Le financement est perçu comme l'un des freins majeurs de l'utilisation de l'IP. Actuellement, les coûts doivent être inclus dans le budget souvent déjà contraint des institutions publiques et peuvent poser problème dans la pratique privée. Les projets de financement sont à l'initiative des associations à buts non lucratifs et subventionnées par la Direction Générale de la Santé. Son accès est cependant difficile du fait de l'absence de financement clairement établi, notamment en médecine de ville. Pour les établissements de santé, il existe des conventions ou des marchés publics entre des associations et les établissements de santé. L'Agence Régionale de Santé collabore ainsi avec les Centres médicaux sociaux de la ville de Paris.(17)

Nous pouvons aussi citer une action pilote menée par l'association Migrations santé Alsace, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé, pour faciliter l'accueil et l'accès aux soins des patients non-francophones en médecine libérale. Dans ce cadre, l'URML-Alsace (Union Régionale des professionnels de santé regroupant les médecins libéraux d'Alsace) propose depuis octobre 2007 aux médecins libéraux de bénéficier des services d'interprètes professionnels dans plus de 35 langues lors de leurs consultations avec des patients migrants.(15)

Il n'existe pas de norme juridique sur l'accès à l'interprétariat dans les établissements de santé. La consultation avec un IP, en tant que condition du droit d'accès aux soins essentiels, doit être garantie par l'Etat. D'une part, en raison de l'interdiction de la discrimination à raison de la langue et de l'obligation de soigner des hôpitaux publics, ces derniers sont tenus de disposer d'interprètes et de prendre en charge les coûts qui en résultent. D'autre part, le professionnel en pratique privée a, selon les règles régissant la protection de la personnalité et le consentement du patient, l'obligation de comprendre le patient et donc de recourir aux services d'un interprète.(18)

A noter qu'à ce jour, les frais d'interprétariat ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie de base, or en tant que prestation étatique, elle s'imposerait également aux assureurs sociaux. Il est aussi possible d'imaginer un système de prise en charge des coûts qui s'apparenterait à l'assistance gratuite d'un interprète dans le cadre des garanties procédurales.(18)

Il serait intéressant d'évaluer les incidences financières que cela implique, puis de les comparer avec l'évaluation faite concernant les économies réalisées par la présence d'un IP. Les pouvoirs publics se doivent de trouver un moyen de régler le financement de l'interprétariat médical pour arriver à une utilisation uniforme et cohérente.(23)

#### 4.2.2.2 Utilisation dans les établissements de santé: un accès pour tous les professionnels

En pratique, l'apport de l'interprétariat sur le registre médico social administratif implique l'intérêt de son utilisation à tous les niveaux de la prise en charge du patient, de l'accueil administratif au soin. En effet, un accueil de qualité est une des étapes essentielles pour délivrer des soins de qualité. (27) L'aspect relationnel, les informations délivrées sont alors déterminants pour l'intégration dans le parcours de soin.

Il est important de pouvoir à tout moment solliciter l'interprète s'il le faut, et donc d'informer le patient de cette possibilité, dès le début de sa prise en charge.(17)

#### 4.2.2.3 Une formation des professionnels à l'utilisation de l' IP

Au delà de l'aspect financier, la notion de perte de temps et la gestion de consultations à trois intervenants semblent être des freins à l'utilisation de l'IP.(14) Une formation à l'IP paraîtrait nécessaire pour les professionnels de santé, car nombreux de ses freins semblent faire référence à une méconnaissance du métier d'IP. Une meilleure connaissance de l'IP permettrait de favoriser son utilisation comme un partenaire dans la relation de soin.

Une étude sur la formation des professionnels de santé à l'IP a montré que ce type de formation permet une réflexivité sur les professionnels quant à leur communication. En effet, elle a permis de mettre en avant les effets problématiques des barrières linguistiques.

Elle a aussi montrée l'amélioration de la qualité de la communication, qui peut être dû à la fois à la facilité de travail en équipe des praticiens mais aussi à leur approche centrée sur le patient.(13)

L'utilisation de l'IP permettrait ainsi de garantir:

- l'établissement de la communication dès l'accueil
- l'instauration d'une relation de confiance réciproque
- la confidentialité, par le respect du secret médical
- une protection et un renforcement du libre choix et de l'autonomie des patients dans les décisions au regard de leur santé

Il permettrait aussi de contribuer à instaurer des rapports plus égalitaires, entre le personnel soignant, investi du savoir et du pouvoir, et le patient en demande d'aide et de soutien.(17)

#### 4.2.3 *Les « outils de bricolage » et l'interprétariat informel*

Le faible recours à l'IP pour les raisons sus-citées, pose la question des autres moyens de communication permettant de dépasser la barrière linguistique, avec pour chacun leurs limites et risques.

##### 4.2.3.1 *Les « outils de bricolage »*

Une des réactions naturelles est l'utilisation par le médecin d'une langue plus ou moins maîtrisée, ou d'outils de « bricolage » comme le pictogramme (médipicto) ou de site de traduction en ligne (google trad) ou le dessin. Mais ils ne peuvent être considérés que dans le cadre de situation d'urgence médicale ou de consultation simple. En effet, ils montrent rapidement leurs limites quand des messages plus complexes ou plus fins doivent être évoqués. (17) Il semble alors important pour les professionnels de prendre conscience de ces limites, de ne pas surestimer la qualité de l'échange, avec des risques d'illusion de compréhension.(23)

##### 4.2.3.2 *L'interprétariat informel*

L'interprète informel est la plus importante des méthodes de recours pour résoudre les problèmes de communication.

Cette catégorie englobe un large panel de personnes, comme les membres de la famille, les traducteurs communautaires ou les professionnels bilingues. Les membres de la famille sont ceux le plus souvent sollicités.

Les différentes études ciblant leur implication emploient des termes différents pour qualifier cet interprétariat, mettant ainsi en avant toutes les problématiques auxquelles il nous confronte:

- interprètes de proximité; en effet sa facilité d'accès et sa disponibilité en fait l'une des premières réponses trouvées par les patients et médecins. (11) Dans une étude, certains patients déclarent préférer le côté familial, l'esprit de continuité et la disponibilité de ces interprètes. (13)
- interprètes informels ou « de fortune »; en effet leur service n'est pas rémunéré et n'implique aucune responsabilité de la part des professionnels de santé quant à leurs compétences. Ils sont ainsi utilisés sans qu'il n'y ait de définition de leur place et de responsabilités alors qu'ils sont impliqués dans la relation.(13)

Ce type d'interprétation pose ainsi la question de sa légitimité dans la relation de soin, de sa qualité et de ses risques. En effet, il soulève certaines problématiques.

#### 4.2.3.2.1 Les problématiques pour la qualité des soins

##### *En terme clinique*

L'absence de maîtrise des techniques d'interprétation peut conduire à la création de contresens, avec des traductions incorrectes, ou par omission de certaines questions ou réponses par méconnaissance. Les informations délivrées ne seront alors pas adaptées. Ainsi le risque d'une mauvaise compréhension est d'aboutir à des soins non adaptés. En effet, parler la langue ne veut pas dire que les informations seront bien traduites. Les patients déclarent dans une étude être moins satisfaits quant à la délivrance des informations quand celles ci sont données par un interprète informel.(13)

Du point de vue relationnel, la fonction du tiers engendre une importante confusion des contextes relationnels et communicationnels. Il est difficile de situer la fonction du tiers, qui est à la fois avant tout en qualité de proche du patient, tout en étant investi d'une mission d'assistance auprès du professionnel. Le risque est de voir se confondre ces deux facettes, et porter ainsi une atteinte à l'intimité du patient. (18) En effet, une moindre déclaration et expression de sujets intimes, ainsi qu'une difficulté à traduire des sujets vécus comme embarrassants sont évoqués dans plusieurs études. Une moindre déclaration des problématiques post traumatiques quand les interprètes étaient des membres de la famille ou des proches a ainsi été retrouvée.(13,15,27)

Il peut aussi exister un transfert de responsabilités ainsi qu'une perte d'autonomie du patient vers son entourage sur-sollicité. (15,27)

##### *En terme juridique*

Ils sont ainsi utilisés sans qu'il n'y ait de définition de leur place et de responsabilités alors qu'ils sont impliqués dans la relation. Le respect du cadre déontologique n'est pas garanti, la confidentialité et le secret professionnel ne sont pas a fortiori respectés.

De plus, il pose d'importantes questions concernant le consentement libre et éclairé du patient, avec notamment celle du consentement et du choix à la présence du tiers. L'absence de leur statut juridique pose aussi la question des mesures juridiques en cas de non respect des droits des patients. Il s'agit alors pour le professionnel de santé, d'informer le tiers au respect de la confidentialité et de son importance.(18)

#### 4.2.3.2.2 Les problématiques pour l'aidant familial

L'absence de maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat est une des problématiques majeures pour l'aidant. L'expression de sujets traumatisants montre l'importance d'intégrer dans le soin et de prendre en charge en thérapie les membres de la famille, pouvant avoir vécu les mêmes traumatismes. Des études montrent cet effet négatif pour l'interprète et notamment quand il s'agit d'enfant. En effet celui ci peut représenter un sujet à haut risque de développer des signes de détresse.(13)

Les enfants prennent souvent ce rôle d'interprète du fait d'une meilleure maîtrise de la langue du pays. Il se pose alors la question du relais éducatif, l'enfant adopte alors la posture du parent.

(11) Les enfants dans la cadre de l'interprétariat pose la question plus large de l'enfant comme intermédiaire avec la société d'accueil. La problématique d'investissement des enfants pour un statut et des responsabilités disproportionnées par rapport leur âge, doit être pris en considération par les professionnels de santé.(9)

Le rôle d'interprète par la famille est plus perçu comme une contrainte plutôt qu'un choix. Il peut être ainsi considéré comme l'aidant principal, accompagnant le patient dans ses démarches, l'aiguillant dans la prise de décisions. L'interprétariat peut aussi être vu comme une « aide à l'aidant ». (11)

#### 4.2.3.2.3 Le cas du professionnel de santé bilingue

Les études divergent concernant l'utilisation des professionnels de santé bilingues. Il s'agit d'une bonne option sur le long terme mais elle est relativement plus coûteuse. Elle pose la question de la disponibilité des agents, puisqu'il s'agit d'un travail en plus du poste de travail habituel. Malgré les compétences en santé, il existe aussi une nécessité de formation pour acquérir les compétences propres de l'interprétariat, comme les capacités de compréhension et de restitution de la langue, ainsi que de savoir se distancier de son expertise de professionnel avec la problématique de l'objectivité.(13,15) La présence d'un professionnel de la santé chargé des tâches de traduction peut aussi entraîner une certaine confusion des rôles qui complique parfois la relation soignant-patient. En effet, le patient peut ici éprouver des difficultés à bien différencier les rôles et les fonctions de chacun des intervenants.(18)

L'intérêt de ses professionnels serait bien plus large si l'aspect bi culturel était aussi présent. La question du recrutement de professionnel étranger serait alors aussi à considérer.(13)

#### 4.2.3.2.4 Sensibiliser les professionnels aux problématiques de l'interprète informel

Dans une étude, les migrants interrogés déclarent qu'il est de leur devoir de trouver quelqu'un tout au long de leur parcours de soin. Ceci correspond aussi à la représentation des professionnels: « *les migrants trouvent souvent des solutions par eux mêmes, lorsque la communication s'avère difficile* ». (15,27) Une étude montre même que la moitié des médecins ne voient pas l'utilisation d'un enfant comme un problème. (13)

Cependant une étude montre aussi que 48% des migrants interrogés souhaiteraient avoir un interprète professionnel s'il leur était proposé. (11) Ceci impose une réflexion de la part des professionnels concernant cet interprétariat, en prenant en compte les potentialités et limites de cet arrangement.

Cet interprétariat informel ne peut être aussi tout simplement évité, car au delà de l'interprétariat, il y a cette importance d'être accompagné par quelqu'un de la famille, comme une habitude ou une coutume. Le patient peut aussi avoir le choix dans son interprète, avec qui une relation de confiance est déjà établie. Il serait alors même inconcevable pour certaines personnes de venir seul en consultation.

Une *guideline* pour travailler avec les interprètes informels a aussi été élaborée dans une étude, comme un outil d'aide aux professionnels face à ce type d'interprétation. (13) Mais il serait intéressant de suggérer l'utilisation d'un interprète professionnel lors des consultations, et d'en évoquer les avantages. (13,14)

### 4.3 Un réseau de partenaire

#### **« Une collaboration pour la promotion de la santé centrée sur la notion d'empowerment »**

L'*empowerment* est décrit comme « un processus par lequel les personnes peuvent atteindre plus de contrôle sur les décisions et actions influençant leur santé. » (13)

Il peut être considéré comme la « dernière étape » du processus de soin et renvoie à plusieurs notions importantes, développées dans les chapitres précédents:

- l'importance de l'accès aux soins et de la capacité d'utilisation du système de santé
- l'importance du recueil du consentement du patient avant toutes procédures diagnostiques ou thérapeutiques, impliquant la délivrance d'une information claire et adaptée
- l'importance de connaître le cadre de référence du patient. La négociation concernant les perspectives différentes permet d'établir une décision médicale partagée. L'interprète joue

là un rôle social indispensable, pour permettre une communication efficace.

L'*empowerment* peut aussi être entendu comme « un processus d'action sociale promouvant la participation de la population, des associations, de la communauté dans un but de développer une prise de contrôle individuelle et communautaire, une politique d'efficacité, améliorant la qualité de vie de la communauté et la justice sociale ».(13)

Il met ainsi en avant l'importance d'une collaboration avec les associations communautaires d'usagers de proximité.

De nombreuses études nord-américaines ont évalué l'efficacité de ses associations. Elles permettent d'établir un lien entre le système de santé existant et la communauté, mais aussi de rompre l'asymétrie inhérente à la relation de soin. Un projet, *The Refugee Health Volunteer Project* a aussi permis de démontrer qu'une organisation bureaucratique ordinaire et équitable correspond à un important besoin communautaire et qu'elle permet de faire face aux barrières linguistiques et culturelle dans les soins.(13)

La création de réseau communautaire basée sur la promotion de la santé permet en aidant à l'identification des besoins de santé, en communiquant les informations de santé, en formant des volontaires de santé communautaire, à la construction d'une meilleure capacité dans la prise en charge de sa santé. Les usagers acquiert alors une responsabilité accrue en lien avec leur investissement.

Un lien entre ces associations et les institutions existantes reste la clé de la réussite d'une bonne collaboration avec les établissements de santé. Ainsi, nous pouvons citer les Ateliers Santé Ville (ASV)(28), s'intégrant dans une politique locale de santé publique. Ils ont été développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions. Leurs objectifs sont de participer à l'amélioration de l'état de santé des populations et en particulier des habitants des quartiers les plus défavorisés et de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'ASV est une démarche collective et partenariale qui s'appuie sur la mise en réseau des acteurs : elle vise à associer tous les acteurs qui interviennent dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale et au delà, œuvrant dans les champs sanitaire, social, médico-social, éducatif, insertion, culturel, pour réduire les inégalités sociales de santé. Les ASV permettent de développer une approche globale de la santé, une approche de proximité, au plus près des besoins des populations, et basée sur la participation citoyenne dans une démarche de coordination des acteurs et des actions de santé sur les quartiers.

## 5 Conclusion- synthèse pour le développement d'une organisation transculturelle

L'étude des problématiques soulevées par la vulnérabilité linguistique des MME rend compte de l'importance de la communication dans les soins pour permettre un échange satisfaisant et établir une relation de confiance. Elle rend aussi explicite ce qui est important dans les soins de manière générale:

- adopter une attitude réflexive sur sa pratique.
- développer une approche globale d'ouverture centrée patient pour une décision partagée et un *empowerment* des patients.
- travailler en réseau de partenariat.

Elle impose ainsi une réflexion sur la démarche de soin de manière générale en médecine et invite à une amélioration des services de santé en général.

Concernant les MME, une synthèse de pistes d'amélioration peut être élaborée et est transposable, en partie, à tous les patients. L'objectif serait de développer une organisation transculturelle, avec une importance mise à l'utilisation des interprètes professionnels, au développement de compétences culturelles pour les professionnels ainsi qu'une participation collaborative de tous les acteurs de la santé et du social. Cette synthèse a pour vocation d'amener à la réflexion les établissements dans leur gestion, et les professionnels dans leur pratique.

D'une manière schématique, sur la base de la *déclaration d'Amsterdam (12)* réalisé pour les hôpitaux, nous pouvons définir les pistes d'amélioration suivantes pour les établissements et professionnels recevant une population majoritairement MME.

### *Concernant les pouvoirs publics*

Renforcer l'accessibilité géographique et le rôle de la première ligne en évitant le développement de « centre de soins spécifiques aux MME » et soutenir les professionnels de la santé choisissant de travailler avec des MME.

### *Concernant les directions d'établissement*

- explorer les besoins et les ressources de tous les intéressés. C'est à dire connaître et prendre en compte les spécificités de la population consultant dans le centre de soins, ainsi que les difficultés d'exercice rencontrées par les professionnels dans la prise en charge de celle-ci.

- Mettre à la disposition des ressources adéquates, comme le temps de travail, les moyens financiers, et la qualification.

C'est à dire par exemple promouvoir l'utilisation de l'interprétariat pour tout le registre professionnel médico-social-administratif.

C'est à dire créer un réseau de proximité en collaborant avec l'ensemble des partenaires administratifs en intégrant les ASV et partenaires associatifs du secteur.

C'est à dire investir pour le développement des capacités dans le domaine des compétences culturelles et linguistiques du personnel, avec l'accès à des formations spécifiques.

### *Concernant les professionnels*

Il s'agit de sensibiliser aux spécificités de prise en charge des MME et allophones, puis de parvenir à un consensus sur les critères de la qualité de l'accueil des migrants. Les critères peuvent être résumés ainsi:

- recourir à l'utilisation des interprètes professionnels pour tous les professionnels, ce qui implique une sensibilisation et une formation quant à son utilisation.
- développer des aptitudes dans le domaine des compétences interculturelles, communicatives et de gestion de la diversité
- porter une attention accrue aux aspects de la santé mentale du fait des expériences de migration potentiellement traumatisantes
- améliorer l'accès à l'information et tenir compte du degré d'éducation général et en matière de santé des utilisateurs à tous les niveaux des services

C'est à dire établir des documents traduits en plusieurs langues comme les fiches d'informations sur la maladie, l'examen à réaliser, le recueil d'un consentement, les ordonnances.

## 6 Bibliographie

1. Lorant V, Derluyn I, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques. 2011 [cited 2017 Apr 30]; Available from: [https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:100686?site\\_name=UCL](https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:100686?site_name=UCL)
2. Pétin J. Vulnérabilité et droit européen de l’asile : quelques précisions nécessaires [Internet]. Groupe de Recherche - Espace Liberté Sécurité Justice. 2015 [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.gdr-elsj.eu/2015/04/18/asile/vulnerabilite-et-droit-europeen-de-lasile-quelques-precisions-necessaires/>
3. Lebon M-C. Vulnérables. *Rev Proj.* (304):64–70.
4. Arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d’asile prévu à l’article L. 744-6 du code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile [Internet]. [cited 2017 Apr 30]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031400890&categorieLien=id>
5. l’Intérieur M de. Guide du demandeur d’asile en France [Internet]. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>. [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>
6. Réforme de l’asile : une identification limitée des vulnérabilités - Forum réfugiés – Cosi [Internet]. forum réfugiés. 2015 [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.forumrefugies.org/fr/s-informer/actualites/reforme-de-l-asile-une-identification-limitee-des-vulnerabilites>
7. Pétin J. Droit d’asile : la vulnérabilité des demandeurs et les incohérences du projet de loi Valls-Cazeneuve [Internet]. Groupe de Recherche - Espace Liberté Sécurité Justice. 2015 [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.gdr-elsj.eu/2015/04/28/asile/droit-dasile-la-vulnerabilite-des-demandeurs-et-les-incoherences-du-projet-de-loi-valls-cazeneuve/>
8. [guide\\_des\\_procedures\\_a\\_lofpra.pdf](https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/guide_des_procedures_a_lofpra.pdf) [Internet]. [cited 2017 Apr 30]. Available from: [https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/guide\\_des\\_procedures\\_a\\_lofpra.pdf](https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/guide_des_procedures_a_lofpra.pdf)
9. Auguin E, Lévy F. Langue et vulnérabilité des migrations chinoises actuelles. *Rev Eur Migr Int.* 2008 Dec 1;23(3):67–84.
10. Trajectoires et origines [Internet]. Ined - Institut national d’études démographiques. [cited 2017 May 1]. Available from: <https://www.ined.fr/fr/publications/grandes-enquetes/trajectoires-et-origines/>
11. Schwarzingler, M, Cédiey E, Argant S. Usage et opportunité du recours à l’interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d’interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète [Internet]. ATIP/AVENIR, INSERM 738, Paris; 2012 décembre. Available from: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_interpretariat\\_professionnel\\_sante.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf)

12. Déclaration d'Amsterdam Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle Migration, diversité, santé et hôpitaux. Groupe de projet Migrant Friendly Hospitals;
13. Bischoff A. Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals: A Review of Effective Interventions [Internet]. SFM; 2006. Available from: [http://mfh-eu.univie.ac.at/public/files/mfh\\_literature\\_review.pdf](http://mfh-eu.univie.ac.at/public/files/mfh_literature_review.pdf)
14. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 30]. Available from: <https://ori-oai-search.univ-rennes1.fr/search/notice/view/rennes1-ori-wf-1-8163?height=500&width=900>
15. Migration Santé Alsace. Interprétariat dans les domaines de la santé et du travail social. 2009 Avril.
16. Léglise I. Quel accès aux soins et aux services publics pour des citoyens non francophones ? Cult Rech. 2011;(125):10–1.
17. [interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante.pdf) [Internet]. [cited 2017 Apr 30]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante.pdf)
18. Ayer A, Gilbert M. Droits du patient migrant : quelles sont les bases légales de la consultation médicale en présence d'un interprète ?
19. Ordre des médecins, conseil national de l'ordre. Information du patient dans la loi du 4 mars 2002 - accès aux informations de santé [Internet]. 2003. Available from: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infopatientGEP\\_0.PDF](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infopatientGEP_0.PDF)
20. Plivard I. La pratique de la médiation interculturelle au regard des populations migrantes... et issues de l'immigration, The Practice of Intercultural Mediation with Immigrants and Their Children. Connexions. 2010 Jun 1;(93):23–38.
21. Dursun N. Les obstacles dans les relations interculturelles La médiation et les missions du médiateur interculturel. Pensée Plurielle. no 3(1):23–6.
22. Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants [Internet]. Inpes.santé. [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/392/03.htm>
23. Netgen. L'interprète communautaire : une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cited 2017 Apr 30]. Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-236/L-interprete-communautaire-une-piece-centrale-dans-le-puzzle-de-la-consultation-interculturelle>
24. Qu'est-ce que le contrat d'intégration républicaine (CIR) ? [Internet]. [cited 2017 Apr 30]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17048>
25. l'Intérieur M de. Le parcours personnalisé d'intégration républicaine [Internet]. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Accueil-et-accompagnement/Le-parcours-personnalise-d-integration-republicaine>. [cited 2017 Apr 30]. Available from:

<http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Accueil-et-accompagnement/Le-parcours-personnalise-d-integration-republicaine>

26. l'Intérieur M de. Accueil et accompagnement [Internet]. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Accueil-et-accompagnement>. [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Accueil-et-accompagnement>
27. Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. *Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires*. 2009 Nov 1;(1282):102–6.
28. L'Atelier santé ville, c'est quoi ? | ASV [Internet]. [cited 2017 May 1]. Available from: <http://www.plateforme-asv.org/tout-savoir-sur-les-asv/latelier-sante-ville-cest-quoi>