

Sébastien Demange

**Mémoire de Diplôme Inter-Universitaire
« Santé, Société et Migrations »
Lyon – Saint Etienne**

**La relation patient-soignant
à l'épreuve de la langue**

2015/2016

"La démocratie devrait assurer au plus faible les mêmes opportunités qu'au plus fort".

M. K. Gandhi

Je tiens particulièrement à remercier Delphine et Marie-France pour le travail qu'elles effectuent au sein de la PASS de Montbrison. Pour leur accueil et leur partage d'expérience précieux.

Table des matières

Table des matières	4
I] Contexte.....	7
A. Quelques définitions.....	7
B. Qu'est-ce que la précarité.....	8
Généralités	8
Spécificités des migrants.....	9
C. Qu'est-ce qu'une PASS ?	10
D. Présentation de la PASS du Centre hospitalier de Montbrison.....	11
Organisation de la PASS.....	11
Consultants.....	11
Interprétariat.....	15
E. Quelques expériences qui ont nourri ma réflexion.....	15
Situation 1	15
Description	15
Analyse.....	15
Situation 2	16
Description	16
Analyse.....	16
Situation 3.....	16
Description	16
Analyse.....	17
II] La relation patient / soignant	18
A. La juste distance	18
B. Construction de la médecine contemporaine.....	19
C. Quelques égratignures	19
D. Entre le modèle paternaliste et libéral quelle alternative ?.....	19
E. Les spécificités de la relation avec les personnes non francophones	20
III] Des pistes :	22
A. Des outils.....	22
La communication infra verbale	22
Smartphones.....	22
Ordonnances visuelles (annexe 1).....	22

B. Interprétariat	23
Quel interprète ?.....	23
Une plus-value	23
Des limites à considérer	23
Pour une professionnalisation	24
CONCLUSION :	26
NOTES	27
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXE I	29
L'ordonnance visuelle	29

Je suis actuellement en deuxième année de mon internat de médecine générale.

J'ai un parcours un peu atypique. Avant de faire mes études de médecine, j'ai fait des études d'infirmier et j'ai dans ce cadre travaillé aux urgences médicales, psychiatriques et toxicologiques à l'hôpital Édouard Herriot à Lyon (69).

Pendant mes études de médecine j'ai choisi de faire le module optionnel Samu social et médecine humanitaire pendant lequel j'ai effectué un stage auprès de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.) Mobile Réseau social rue-hôpital de Saint-Joseph Saint-Luc.

Ces différentes expériences m'ont permis de prendre conscience combien la situation sociale des migrants est précaire et combien leur santé l'est également. Leur situation est, sur bien des aspects, complexe. Mais cela m'a aussi permis de m'apercevoir que, en tant que médecin, j'étais bien peu formé à ce sujet.

Ma future pratique professionnelle me permettra sans doute de prendre part à leur prise en charge. Mais elle nécessitera alors une vision globale pour que celle-ci soit la plus adaptée possible.

J'ai eu la possibilité pendant mon stage en psychiatrie au centre hospitalier de Montbrison (42) de pouvoir participer à des consultations au sein de la P.A.S.S. de l'établissement. Elle collabore notamment avec le centre d'accueil des réfugiés de Boën (42).

De manière récurrente nous recevons en consultation des personnes de parlant pas la même langue que nous. Au départ cette situation a été déstabilisante pour moi, car inhabituelle. Elle n'est pas sans poser un certain nombre de questions. Le colloque singulier est un temps particulier de la relation médecin patient. Comment peut-on adapter celui-ci à la difficulté de se comprendre ou à la présence d'un tiers pour communiquer ? Que pouvons-nous mettre en place pour faciliter cet échange ? L'entretien peut-il se réinventer ?

C'est à ces questions que je vais m'efforcer de répondre, en apportant d'abord un éclairage sur la structure, puis des éléments sur la relation entre le patient et le soignant et enfin d'envisager les différentes solutions possibles, sans prétendre à l'exhaustivité.

I] Contexte

Dans cette première partie, il s'agira d'apporter certaines définitions qui prêtent parfois à confusion ou dont la pensée originelle s'est modifiée. Je tenterais aussi d'apporter une définition de la précarité et la particularité des migrants dans ce cadre, ainsi qu'une des réponses donnée à celle-ci à travers les PASS en générale et celle du centre hospitalier de Montbrison en particulier.

A. Quelques définitions

- Immigré :

C'est une personne née à l'étranger qui change de pays. Même si il acquiert la nationalité de son pays de résidence il est un immigré toute sa vie.

- Étranger :

Toute personne n'ayant pas la nationalité française. Cela peut changer au cours d'une vie. Un enfant né de deux parents étrangers en France est un étranger, car il n'a pas la nationalité française.

- Réfugié / Demandeur d'asile (1) :

Une personne réfugiée : « Toute personne qui craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve en dehors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du faite de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays [...]. ». Cette personne demande la protection de la France à ce titre, c'est une demandeuse d'asile. La France lui reconnaît le statut de réfugié, elle devient réfugiée statutaire. La France rejette la demande, elle est déboutée.

- Composer son identité dans un autre pays :

Intégration : vouloir garder ses deux identités.

Assimilation : rejet de son identité d'origine pour adopter celle du pays d'accueil.

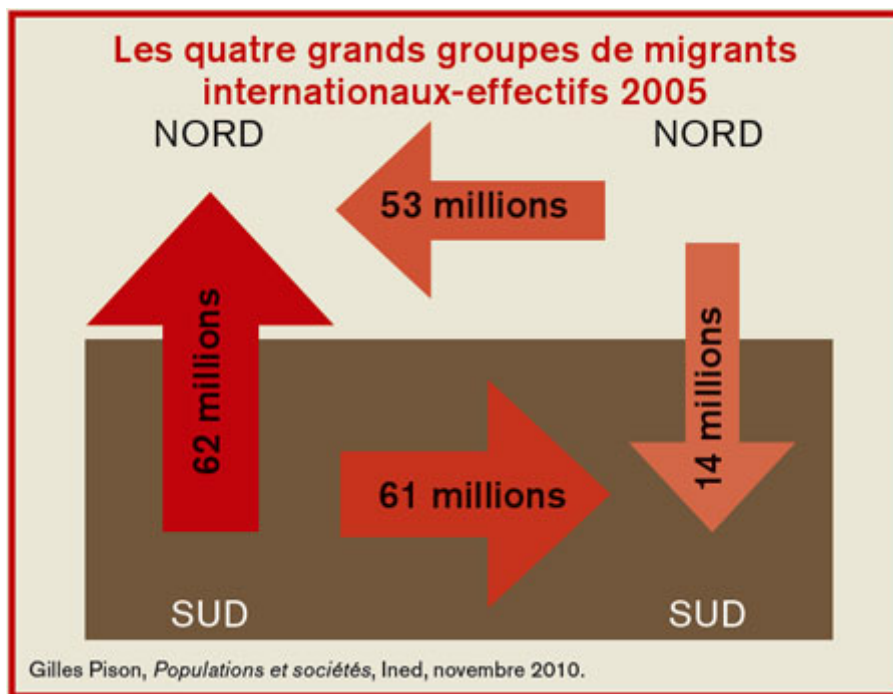
Séparation/communautarisme : rejet de la culture d'accueil, on ne garde que son identité d'origine.

Marginalisation/aliénation : On perd son identité d'origine sans accueillir l'identité d'accueil.

- Laïcité (2) :

L'étymologie du mot laïque désigne d'abord des personnes qui vivent aux services d'une communauté, mais qui n'ont pas prononcé leurs vœux. « Le véritable sens, le sens primitif et étymologique du mot lai ou laïque est donc celui de populaire ou national ». Le mot laïque s'est donc construit en opposition au clergé et non à la religion. Son but semble de redonner sa place au peuple tout entier face aux clercs qui s'approprient l'autorité. Il ne s'oppose donc pas à la religion, mais de manière générale à ceux qui voudraient concentrer le pouvoir sur leur personne. Il s'oppose au clergé défini comme les personnes qui se croient spéciales et qui ont une mission : gouverner les autres. La laïcité c'est donc une opposition au totalitarisme. La dernière phrase du document le résume : « Les laïques, c'est le peuple, c'est la masse non mise à part, c'est tout le monde, les clercs exceptés, et l'esprit laïque, c'est l'ensemble des aspirations du peuple, du laos, c'est l'esprit démocratique et populaire. » Vouloir rassembler tout le monde sous la bannière de la République telle est le projet optimiste du mot laïque. Il s'agit alors d'une libre expression et non d'une négation.

- Migrations : L'être humain a toujours migré. Le flux des migrations mérite qu'on s'y attarde.



B. Qu'est-ce que la précarité

Généralités

Le conseil économique et social a demandé, en février 1985, à la section des Affaires Sociales, de rédiger un rapport et de proposer un avis au gouvernement sur le thème de la grande pauvreté et de la précarité. Le père Joseph Wresinski, fondateur d'ATD quart monde, est désigné comme responsable de ce rapport et a provoqué la réflexion des personnalités, ainsi

que des principales associations déjà engagées dans la lutte contre la pauvreté. Il définit ainsi la précarité et la pauvreté :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi (mais aussi des ressources matérielles, de l'habitat, des soins et d'accès à la culture), permettant aux personnes d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle persiste, et qu'elle compromet les chances de pouvoir assumer à nouveau ses responsabilités, de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible. » (3)

Pour compléter M. KARSZ définit ainsi la précarité (4) : Il s'agit d'un processus dynamique, multifactoriel et éventuellement réversible, où le cumul de différents handicaps (inactivité, faiblesse des ressources, isolement familial, faible niveau d'éducation, état de santé dégradé...) est susceptible de plonger l'individu dans une pauvreté effective. Ce processus concerne donc une population beaucoup plus nombreuse que celle des sans-domicile fixe, des exclus, de la grande pauvreté, qui constituent la face émergée de l'iceberg, à la fois la plus visible, la plus médiatisée parce que la moins supportable dans une société d'abondance. La précarisation concerne en fait - au moins transitoirement, mais de plus en plus fréquemment - les individus de la classe moyenne, au hasard des différentes ruptures qui marquent leurs trajectoires sociales : chômage bien sûr, mais aussi perte du logement, ruptures familiales, déplacement géographique, surendettement, fins de droit, non-renouvellement d'un titre de séjour, maladies stigmatisantes et/ou invalidantes, toxicomanies...

Un des facteurs aggravant de la précarité est la difficulté à la caractériser, à la fois du fait de sa complexité, mais aussi des lacunes du système d'information et du manque d'indicateur global pour la mesurer. Les facteurs précarisant sont multiples et donc difficiles à restreindre : population hétérogène, aspect financier, éducation, cumul des risques, critères psychologiques, situations instables...

La précarité peut donc toucher différent niveau et son vécu ne peut être que personnelle et à évaluer pour chaque individu. Il semble nécessaire de traiter au cas par cas personnes pour les accompagner vers une « reconquête personnelle de leur santé ».

Les personnes en situation de migration présentent clairement des éléments de précarité auxquels s'ajoutent un parcours de vie complexe, une difficulté à se raconter dans une langue qu'ils ne connaissent souvent pas. Toutes les démarches tant administratives que de santé se trouvent ainsi complexifiées.

Spécificités des migrants

Les migrants représentent une population hétérogène. Cependant, on peut retrouver des éléments de vulnérabilités qui sont fréquemment présent. Les conditions qui ont amené les personnes à migrer sont importantes. Le vécu migratoire sera d'autant plus difficile que celui-ci est dans un contexte d'exil forcé, de traumatisme et de pertes de tout lien familial. L'expérience migratoire peut aussi être traumatisante. Les conditions de transhumance peuvent être difficiles. Il peut devenir de plus en plus difficile de faire confiance à l'autre. Enfin vient le vécu post migratoire. Les contraintes sociales et politiques, précarité psycho-sociale, futur incertain, longueur de la procédure. Plusieurs auteurs ont noté une aggravation des

troubles mentaux par des « stresseurs post migratoires » (Silove 2007 Laban 2007 Wentzel-Larsen 2012)

Les primo-arrivants ont des difficultés supplémentaires (5) :

- à leur situation administrative, les changements de statuts voire l'illégalité peuvent être facteur de dissuasion pour se rendre dans les organismes de santé ;
- à leur situation par rapport au logement qui est pour beaucoup une condition fondamentale à satisfaire préalablement aux démarches de santé ;
- aux difficultés linguistiques qui sont reconnues par les professionnels et les patients comme des obstacles majeurs de non-recours et qui entravent l'accès aux droits à l'assurance maladie, les démarches pour s'adresser à un établissement de santé, la bonne compréhension du diagnostic et des recommandations du médecin (puis de la pharmacie), l'observance du traitement.
- les différences dites "culturelles", mais relevant plutôt de la présence de représentations de l'altérité dans la maladie et la façon de la concevoir et de la dire, aussi bien du côté du patient que du soignant ; l'existence de telles représentations peut avoir des conséquences importantes sur les démarches de santé ou leur report. Si l'on sait que les recours aux soins sont réduits ou entravés pour toutes les populations précaires, on constate que, pour les migrants, les facteurs de non-recours se cumulent et s'installent dans le temps. Le nombre d'obstacles relatifs aux contextes sociaux et politiques à prendre en compte est important, et les réponses des services de santé et du social encore éparses et fragiles.

C. Qu'est-ce qu'une PASS ?

Dans le cadre de la Loi de lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998, les hôpitaux ont été chargés de mettre en place des « *cellules de prise en charge médico-sociale pour faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier* », tant dans l'accès aux soins que dans l'accompagnement pour les démarches d'ouverture de droits à la santé. L'article L.6112-6 du Code de la Santé publique, commenté dans la circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 1998 dispose que : « *Les établissements publics de santé [...] mettent en place les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, qui comprennent notamment les permanences d'orthogénie adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Ils concluent avec l'État des conventions, prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes* ». Une convention avait ainsi été passée entre l'hôpital et l'Etat pour que les consultations externes, les actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les traitements puissent être fournis gratuitement aux patients, même en l'absence de couverture maladie. La PASS permet à des patients souvent en rupture de soins ou de traitement de reprendre un suivi médical et de réintégrer le système de droit commun.

Les migrants n'ont souvent pas de droits à la sécurité sociale dans les premiers mois de leur arrivée. La prise en charge relève des P.A.S.S. même si ce n'est pas dans ce but qu'elles ont été pensées.

D. Présentation de la PASS du Centre hospitalier de Montbrison

Le centre hospitalier du Forez se compose de deux entités : le centre hospitalier de Montbrison et de Feurs. Elles fonctionnent en partenariat, mais de façons complètement différentes. Je ne parlerais que de la PASS de Montbrison qui représente 80.5 % des consultations à la PASS du CH du Forez.

Organisation de la PASS

A Montbrison, elle existe depuis le 1^{er} janvier 2002 et, à Feurs, depuis le 1^{er} mai 2004.

La PASS est ouverte tous les jours du lundi au vendredi de 8h45 à 16h15

Ressources humaines de la PASS :

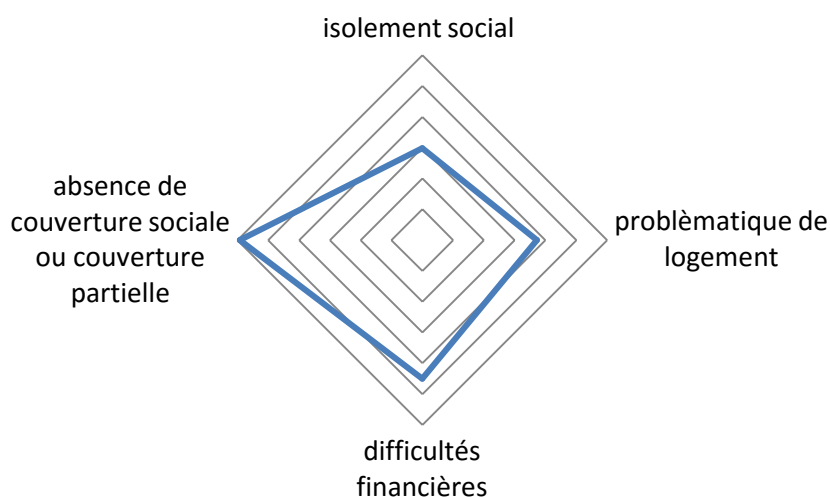
Nom et prénom	Fonction	ETP
Docteur BOURGEAT-FAURE Delphine	Médecin	0,10 (0.15 depuis avril 2016)
PERAT Marie-France	IDE	1,00

La PASS de Montbrison dispose de locaux dédiés situés à proximité immédiate des Urgences : un bureau pour l’infirmière et une petite salle de consultation/soins.

Consultants

En 2015, Les Permanences d’Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier du Forez ont accueilli au total 339 personnes, soit 31 personnes de plus qu’en 2014 (+ 9%). Parmi les 339 personnes suivies à la PASS, il faut noter que 293 d’entre elles n’étaient pas connues de la PASS auparavant et ont donc fait l’objet de nouvelles prises en charge au cours de l’année 2015 (contre 224 en 2014). Ce taux important de renouvellement des personnes suivies montre bien que la PASS s’attache à être un dispositif transitoire vers un retour à une prise en charge médicale de droit commun. Sa progression (73% en 2014) le confirme. 7% des consultations sont orientées par un dispositif de demandeur d’asile. Près de 80% des personnes accueillies à la PASS ont entre 18 et 65 ans. Parmi les usagers 59% sont français, 26% étrangers hors Europe et 5% étrangers de l’Union européenne. Parmi les usagers étrangers (hors Union européenne), la plupart sont originaires d’Afrique ou des pays des Balkans.

L’isolement ressort clairement comme une des spécificités du public accompagné par la PASS. 4 critères de fragilité, que l’on retrouve fréquemment chez les populations en situation de précarité, ont été quantifiés :



Les personnes peuvent cumuler plusieurs types de difficultés. Toutefois, on note la prévalence des insuffisances de couverture sociale (87 %) et des difficultés financières (66%).

Les personnes qui sont accompagnées par la PASS viennent avant tout pour des difficultés de santé qu'elles ne peuvent prendre en charge pour les raisons qu'on a évoquées auparavant : isolement, manque de couverture sociale, difficultés financières...

Dans l'ensemble des grandes familles de pathologies les plus fréquemment rencontrées par le public fréquentant la PASS, certaines personnes pouvant en présenter plusieurs simultanément. La médecine générale (36 %), la psychiatrie-psychologie (28 %), la gynécologie-obstétrique (21 %), les conduites addictives (16%)

Il est à noter que près d'1 usager de la PASS sur 4 ne dispose d'aucune ressource. 1 usager sur 5 bénéficie du R.S.A. 1 usager sur 10 perçoit une allocation spécifique aux demandeurs d'asile. 8% des usagers sont des retraités. La typologie des ressources (ou l'absence de ressources) du public accueilli explique les difficultés financières que l'on a évoquées précédemment.

Dans le cadre du P.R.A.P.S. (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes démunies), l'A.R.S. Rhône-Alpes et la D.R.J.S.C.S. ont décidé de concentrer leurs actions sur 3 types de public : les habitants des quartiers prioritaires « politique de la ville », les personnes sans domicile individuel. Les migrants en difficulté d'accès à la prévention et aux soins identifiés dans le PRIPI. On constate ici que le public accueilli par la PASS du Centre Hospitalier du Forez correspond bien à ces publics, puisque :

moins d'une personne sur deux accompagnée par la PASS réside dans un logement individuel (dont elle est propriétaire ou locataire). 17% sont des migrants hébergés dans des structures pour demandeurs d'asile et/ou réfugiés.

2 personnes sur 5 arrivent à la PASS sans aucune couverture sociale. Si l'on ajoute les personnes qui ont une couverture incomplète, ce sont 4 personnes sur 5 qui ne sont pas couvertes de manière satisfaisante. Face à cette situation, les professionnels s'attachent à

aider les personnes accueillies à faire valoir les droits auxquels elles peuvent prétendre. C'est ainsi qu'en 2015 ont été effectuées les demandes suivantes :

AME	25
CMU seule	1
CMU +CMUC	112
Droits de base seuls	6
Droits de Base + CMUC	11
Droits de base + mutuelle	25

Très forte prédominance de la demande de CMU + CMUC (62% des demandes).

En dehors de ces droits, la PASS aide également les personnes qu'elle accompagne à monter des dossiers d'ACS (Aide à la Complémentaire Santé) afin de leur permettre de financer par un chèque-santé une partie de leur mutuelle lorsqu'elles sont légèrement au-dessus du plafond de la CMUC (32 dossiers en 2015).

Je présenterais ici seulement les consultations médicales alors même que les consultations sociales sont très importantes.

Le nombre de personnes qui ont bénéficié, en 2015, de consultations médicales dans le cadre de la PASS est de 99. Au total, ce sont 169 consultations médicales qui ont été assurées. Si l'on regarde, le nombre de consultations par personne, on obtient le tableau suivant :

Consultations médicales par personne	Nombre de personnes
1 consultation	66
2 ou 3 consultations	27
Entre 4 et 9 consultations	5
10 consultations et plus	1

Sauf cas très particuliers, on constate que le nombre de consultations par personne n'est pas très important. Il correspond en général à une prise en charge par la PASS, le temps d'ouvrir des droits et/ou de permettre à la personne concernée de trouver un médecin traitant.

Dans le cas où le médecin de la PASS est conduit à demander un certain nombre d'exams, il poursuit l'accompagnement du patient jusqu'à l'obtention complète des résultats afin d'assurer une transmission satisfaisante des informations au futur médecin traitant. A l'issue des consultations effectuées par les médecins de la PASS, ou par certains de leurs confrères sollicités par l'infirmière de la PASS (en dehors des jours de consultations PASS, lorsque la situation le nécessite), des ordonnances sont souvent établies.

En 2015, ce sont 133 personnes qui ont reçu des ordonnances dans le cadre de la PASS. Elles se répartissent de la manière suivante :

Nombre d'ordonnances par personne	Nombre de personnes	Pourcentage par rapport au nombre total de personnes ayant reçu des ordonnances
1 ordonnance	80	60%
2 ordonnances	23	17%
3 ordonnances	13	10%
4 ordonnances et plus	17	13%

Les examens biologiques sont pratiqués, pour la très grande majorité, par l'infirmière de la PASS.

Il existe une procédure qui permet la délivrance ponctuelle de médicaments par la pharmacie du Centre Hospitalier pour les personnes relevant de la PASS qui ont besoin d'un traitement rapidement après une consultation médicale et qui ne sont pas en capacité d'obtenir les médicaments dont elles ont besoin auprès d'une officine de ville (absence de couverture sociale, problèmes financiers, ...). Au cours de l'année 2015, la pharmacie du Centre Hospitalier a enregistré 64 ordonnances de ce type.

Les professionnelles de la PASS s'attachent à travailler avec l'ensemble des services du Centre Hospitalier. Au fil des années des liens de partenariat se sont tissés ; ils fonctionnent dans les deux sens :

Orientation vers la PASS pour les personnes qui peuvent en relever et qui sont repérées par des services de soins ou des services administratifs (en particulier, le bureau des entrées)

Prise en charge des patients suivis par la PASS et qui nécessitent un accès au plateau technique ou à un suivi spécifique.

La convention régionale PASS-C.P.A.M, mise en place à l'initiative de Madame Elisabeth PIEGAY, Coordonnatrice des PASS pour l'A.R.S. Rhône-Alpes, est un outil qui facilite l'accès aux droits dans les situations les plus complexes en réduisant le temps de réponse de la C.P.A.M.

La PASS participe à un partenariat local fort autour des problématiques de santé rencontrées par les publics fragilisés. À titre d'exemple, on peut citer les liens avec :

- Le Conseil Départemental (réunions de concertation ponctuelles pour échanger autour des situations complexes)
- L'association Pierre Valdo qui gère le D.H.U. (Dispositif d'Hébergement d'Urgence) de Boën qui accueille des demandeurs d'asile

Interprétariat

L'équipe de la PASS ne rencontre pas de difficultés majeures liées à la barrière linguistique. Différents types de « méthode d'interprétariat » sont utilisés que ce soit le recours à du personnel de l'établissement, à un organisme agréé par téléphone ou physiquement présent ou à un proche qui est présent.

E. Quelques expériences qui ont nourri ma réflexion

Situation 1

Description

Mme A. est indienne. Elle vient d'un village qui se situe dans le Tamil Nadu près de Mahabalipuram. Elle vient avec son fils et est accompagnée par sa belle-sœur qui nous explique son histoire. Elle s'est mariée à un Français, son frère, qui s'est suicidé il y a quelques jours et sa belle-sœur est venue la recueillir. En effet son mari étant mort la situation de Mme A. et de son fils est devenue plus que difficile. Mme A. parle bien anglais. Elle est en demande de soin pour son fils. Un séjour au Tamil Nadu il y a quelques années me permet d'utiliser certains mots tamouls qui restent dans ma mémoire. C'est peu, mais à chaque fois Mme A. esquisse un sourire. De plus, j'ai eu l'occasion de visiter Mahabalipuram ce qui me permet d'échanger un peu sur cette belle région. L'entretien se passe assez facilement même si en dehors de ces instants son visage reste fermé. Son discours est assez laconique quand elle parle de son enfant et de sa demande quant à sa santé. Elle échange beaucoup plus volontiers sur sa région. Je connais certains codes comme celui de ne pas toucher la tête des enfants. Les Indiens utilisent aussi un hochement de tête un peu particulier que nous avons tendance de prime abord à comprendre comme étant un non ou une désapprobation alors qu'au contraire il signifie que notre interlocuteur nous écoute et est d'accord. Son enfant est en bonne santé, l'examen se termine.

Analyse

Cette situation montre que la communication est grandement facilitée quand nous parlons une langue commune, comme dans ce cas l'anglais. De plus, quand nous connaissons certains codes culturels cela permet que la relation se passe dans une certaine cohésion. La migration dans son cas a été précipitée, dans un contexte tragique. Elle semble attacher de l'importance à parler de là où elle vivait encore il y a quelques jours. Les mots dans sa langue natale, même aussi dénaturés qu'ils peuvent l'être dans ma bouche, semblent montrer une attache forte à

sa culture, à là d'où elle vient. Bien des études ont montré que la langue maternelle est la langue de l'affecte. C'est celle dans laquelle nous avons appris à penser. Il suffit parfois de quelques repères pour créer une relation.

Situation 2

Description

Mme B. est arménienne et elle vient accompagnée d'un homme qui sert régulièrement de traducteur pour ses compatriotes. La communauté arménienne est organisée. L'entretien se déroule, mais je ne sais pas toujours à qui m'adresser. Parfois je parle directement à Mme B., parfois directement à l'interprète. Cependant l'entretien semble bien se dérouler. Jusqu'au moment d'expliquer que Mme B. a besoin d'une ovule. Quand j'explique la procédure, je sens que l'interprète est mal à l'aise et il finit par me dire : « ma femme lui expliquera »... Je me retrouve un peu frustré et gêné dans ma prise en charge, car je ne puis m'assurer que la patiente aura bien compris. Mais l'entretien s'achève. Mme B. est déjà en train de partir.

Analyse

L'entretien avec un interprète n'est pas une chose qui me vient naturellement. Je suis habitué à une situation duale. L'interprète bouscule mes « habitudes ». On ne peut que faire le constat que (6, p.14) « l'interprète vient déplacer la relation thérapeutique. Il la déprivatise. On passe d'une relation duale à une relation tripartite. ». Pourtant les consultations que j'effectue sont en présence de mes collègues. Alors quelle différence ? Peut-être justement parce que ce sont des collègues, des soignants tout comme moi. L'interprète est une nouvelle personne pour moi. Je ne sais pas ce que lui comprend de ce que j'explique à la patiente. Comment savoir alors ce qu'il transmet à Mme B. ? De plus dans ce cas l'interprète n'est pas un professionnel, il n'a aucune formation. Et je sens bien que la discussion autour de l'ovule lui pose problème. Je ne peux pas être sûr que l'explication que j'ai fournie sera bien retransmise à Mme B. Il m'apparaît difficile de faire confiance à un tiers. Finalement, je dois déléguer « ma mission » à quelqu'un que je ne connais pas. Je ne peux pas m'assurer personnellement que Mme B. aura compris. C'est là peut-être l'enjeu de l'interprétariat : quelle confiance accordée à l'autre, ce tiers qui n'est pas mon patient ni à proprement parler mon collègue ?

Situation 3

Description

M. C. est tchéchène. Il est déjà venu une matinée où je n'étais pas présent. Il n'a pas voulu exposer son problème devant mes collègues, des femmes. Il leur a tout de même fait part de tortures et il a été compliqué de lui faire un électro cardiogramme, il avait peur d'être électrocuté. L'entretien est difficile on utilise un logiciel de traduction sur son smartphone. Mais j'ai du mal à comprendre son problème qui se situe sur la sphère intime. Il refuse tout examen clinique et surtout pas de la zone concernée. On décide de se revoir la semaine prochaine et il me montrera une photo. Il communique concernant les tortures qu'il a subit. Ses traumatismes sont bien visibles. Il présente certains symptômes de stress post-traumatique et nous nous mettons en relation avec l'EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité.). Un rendez-vous est pris également avec le psychiatre. L'entretien avec le psychiatre a lieu avec une interprète qui est vraisemblablement mal à l'aise. On l'a sent

apeurée. Et à la durée des réponses et au contenu nous comprenons qu'elle ne traduit pas forcément fidèlement. Le psychiatre s'énerve et demande à l'interprète de traduire mot à mot. Le psychiatre décide de mettre fin à l'entretien. Le psychiatre a prescrit un traitement que M. C. a confirmé ne pas prendre. La semaine d'après, je revois M. C. et enfin son problème devient concret. Et je comprends la souffrance pluriquotidienne que sa pathologie doit représenter et la relation thérapeutique commence. L'opération est prévue. Le problème se résout. M. C. est de plus en plus détendu au fur et à mesure des rencontres et nous avons même accès à l'humour. Pourtant nous ne parlons toujours pas une langue commune...

Analyse

Tout d'abord, cette situation m'a permis d'entrevoir certains de mes préjugés, notamment dans les rapports hommes/femmes. En effet je me suis rendu compte que le fait que M. C. ne souhaitait pas se raconter à des femmes a développé un a priori négatif à son égard qui n'a probablement pas aidé la rencontre initiale. Or le problème se situait plus dans le cadre de la pudeur. L'entretien avec l'interprète se révèle un exercice périlleux où vraisemblablement le psychiatre et l'interprète n'arrivent pas à comprendre ce que l'autre attend de lui. Il n'y a pas eu de temps au départ pour discuter du rôle de chacun. Le psychiatre ne semble pas disposer à abandonner un peu de la maîtrise de la situation. Il apparaît aussi que l'interprète n'est pas à l'aise avec M. C. La situation semble compliquée et finalement l'entretien n'est pas productif. Le psychiatre me fera une réflexion concernant l'interprète que d'autres ont décrit (6, p.15) « La difficulté quand vous avez un interprète et un soignant c'est que vous devez interpréter les deux. Vous devez soigner les deux. ? C'est-à-dire je dois comprendre la psychè de l'interprète et je dois comprendre la psychè du patient ». La prise en charge par le psychiatre n'est pas allée plus loin. M. C. n'a pas pris le traitement, mais au vu de l'entretien comment l'adhésion aurait pu avoir lieu ? Ce n'est que quand le problème somatique de M. C. est devenu concret que j'ai pu abaisser les barrières que j'avais, sans le vouloir, placer entre nous. Il a pu être soigné pour le trouble qui le handicapait. La situation s'est assouplie et une certaine empathie a pu naître. La relation thérapeutique existe aussi au-delà de la langue.

Il y a eu beaucoup d'autres situations avec des patients allophones. Globalement nous arrivons toujours à comprendre la demande de la personne et à y répondre. Souvent avec des gestes, des mots, des dessins...

Ces situations m'ont poussé à m'interroger sur la relation entre le patient et le soignant. De manière globale pour comprendre les spécificités du patient allophone et la remise en question nécessaire pour lui permettre de trouver sa place et que la relation thérapeutique puisse avoir lieu.

II] La relation patient / soignant

Dans cette deuxième partie je souhaite mettre en lumière différents éléments de la relation entre le patient et le soignant. Comment celle-ci qui s'est construite sur un rapport dual entre deux personnes avec la même langue peut s'adapter à d'autres situations.

A. La juste distance

Lors du début de ma formation de soignant, une des choses récurrentes dans la relation avec les patients était de trouver la bonne distance qui devait permettre une relation saine avec le patient. De ne surtout pas succomber au piège de la compassion (latine) ou de la sympathie (grecque). L'empathie était le maître mot. J'ai depuis retrouvé cela régulièrement sur mon chemin. Cette difficulté de la distance m'a suivi pendant mes études de médecine, même si c'est une notion qui n'est pas enseignée directement.

Cette notion peut apparaître difficile à appréhender. J'ai eu l'occasion en fin 2014 d'assister à une journée de conférence sur « inter-culturalité et soins : des bonnes intentions aux changements des pratiques » au centre hospitalier du Vinatier à Bron (69) où est intervenu le Dr Furtos. Il est un psychiatre. Il a employé une expression que je ne connaissais pas : « l'empathie humide ». Il l'agrémentait d'une invitation à sortir, parfois, du cadre. Il distingue donc deux types d'empathie : la sèche où on ne se laisse pas déranger pas l'autre, où on comprend intellectuellement ce que l'autre me dit. C'est une empathie utile. Et l'humide, celle où on accepte d'être impacté, touché, dérangé par l'autre... Celle qui nous fait risquer la transformation. Le docteur Furtos précise sa pensée : que faire de ces émotions qui viennent en nous quand le patient est là : les résoudre en nous-mêmes, pour nous-mêmes... et pour l'autre ! Nous ne devenons pas soignants par hasard, mais nous devrions régler cela avant de l'être.

Le terme sympathie était utilisé au début pour désigner quand le corps réagissait à ce qui se passait sur une autre partie de celui-ci, sans que l'on voie de rapport apparent. C'est pourquoi, à sa découverte, le nerf pneumogastrique qui met en relation bien des parties du corps a été nommé nerf sympathique. Par la suite le terme devient le fait de partager des sentiments avec quelqu'un. Il a été de plus en plus usité et était une formule de politesse à la fin des lettres. Il fallait donc lui trouver un mot moins galvaudé.

C'est dans ce contexte qu'est apparu le mot empathie sous la plume d'un Allemand, M. Vischer dans sa Thèse de 1873 de fin d'étude de l'histoire de l'art. En effet à la source de l'einfühlung il y a l'esthétique. Les sentiments provoqués par l'art. Par la suite la psychologie, la philosophie se sont approprié cette notion à travers Freud, Lipps et bien d'autres.

Alors l'empathie est un moyen de connaissance intellectuelle infiltrée par une dynamique inconsciente. C'est donc un mouvement, partiellement volontaire, différent d'une simple proximité affective que l'on rencontre dans la sympathie. L'empathie permettrait donc de comprendre l'autre à la fois dans sa dimension consciente et à la fois dans sa dimension inconsciente. On voit donc quel outil cela peut être pour les psychanalystes. Elle implique une atmosphère particulière qui est elle-même thérapeutique. Car comme le rappelle Michael

Balint le médecin est le premier médicament à proposer au patient. Mais si l'empathie est quelque chose en partie consciente, elle nécessite aussi de ne pas être forcée.

Cependant cette notion n'est pas innée en médecine. Le médecin a longtemps été perçu dans un rôle de sachant laissant peu de place au patient.

B. Construction de la médecine contemporaine

La médecine dite moderne s'est développée fin XIX siècle. Les philosophies dominantes à cette époque étaient un déterminisme et une confiance absolue dans la science. Tout est mesurable et ce qui ne l'est pas doit le devenir. C'est aussi début du XXe la Fordisation, automatisation, le début du travail à la chaîne... De la mise en place de norme pour rendre le travail plus efficient. C'est aussi une époque où pour une partie de la population on travaille dans l'usine, nos enfants vont dans les écoles qui appartiennent à l'usine... C'est le modèle du paternalisme.

De la même manière, la médecine s'est développée sur un modèle paternaliste. La médecine se prête d'autant plus à ce modèle que dès le départ la situation est biaisée : il y a un sachant et quelqu'un en demande de ce savoir. Ceci est confirmé par la position factuelle : le malade est couché dans son lit c'est ce que l'on nomme la pratique clinique. Le médecin est debout. On voit bien dès le départ de la relation qu'il s'instaure une hiérarchie.

On aboutit donc assez logiquement, historiquement et socialement parlant, à une médecine paternaliste où le médecin sait ce qui est le mieux pour le patient d'autant plus légitimé qu'il est sûr d'agir dans l'intérêt du patient. La volonté du patient n'a donc pas à être considérée, voire gênante. Le patient étant plein de doute, plein d'angoisse, sans savoir médical comment pourrait-il participer à son traitement ?

C. Quelques égratignures

Au niveau scientifique : l'évolution des connaissances, notamment en physique nous montre que le monde n'est pas tout à fait comme il nous apparaît et des règles qui nous semblaient immuables nous sommes finalement bien fragiles.

Le Dr Balint expose différentes thèses : je vous invite à en considérer deux : la médecine passe trop de temps à réfléchir sur la maladie pas assez au malade. Et aussi que le premier remède du médecin... c'est lui-même ! Et réfléchir à soi-même, prendre soin de soi, n'est-ce pas déjà prendre soin de l'autre ?

La société également change. A la fois par un modèle plus libéral que paternaliste... Le piège est alors de voir les médecins ne plus se préoccuper du devenir des patients et de les laisser à leur sors.

D. Entre le modèle paternaliste et libéral quelle alternative ?

Le modèle délibératif ! On pourrait le définir ainsi (8) : « il [le médecin] a la profonde conviction qu'il ne s'agit pas, dans le rapport médecin-patient, d'une situation basée uniquement sur une connaissance du type de la causalité, mais qu'il s'agit d'un débat entre

deux personnes dont l'un veut aider l'autre à acquérir une structuration aussi conforme que possible à son essence. C'est par la mise en relief du rapport personnel qui existe entre médecin et patient que le point de vue médical moderne s'oppose de la façon la plus nette à celui des médecins de la fin du siècle dernier qui avaient des habitudes de pensée propres aux sciences physiques"

Ce n'est que depuis 1995 que le médecin doit au patient une information claire, loyale et appropriée. Mais le patient est-il pour autant au centre du soin ? C'est là qu'intervient la loi de 2002. Elle assure deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé publique). L'information et le consentement du patient constituaient une obligation déontologique pour tous les médecins. Le consentement du patient constitue tant un droit pour ce dernier qu'une obligation forte pour le praticien. Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé, et plus précisément sur : les différents traitements, actes et investigations proposés, leur utilité, leur nécessité ou leur urgence éventuelle, leurs conséquences directes et celles en cas de refus, leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles, l'existence d'alternatives. Le patient doit ainsi disposer de tous les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation médicale personnelle, pour pouvoir donner de manière libre et éclairer son consentement aux actes médicaux et aux traitements. Lorsque des risques nouveaux sont identifiés postérieurement, la personne concernée doit en être informée, sauf s'il est impossible de la retrouver. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le patient devient de plus en plus au centre du soin. De plus en plus les recommandations médicales insistent sur la nécessité d'établir avec le patient un plan personnalisé de soins. Il devient de plus en plus acteur de sa santé. Notre rôle en tant que médecin généraliste est bien de placer le patient au centre de nos préoccupations. Il s'agit d'une part importante de notre métier. La relation est sans doute la clé de voute de notre exercice. Comme le souligne le Dr Canguilhem (8) : « Mon médecin, c'est celui qui accepte, ordinairement, de moi que je l'instruise sur ce que, je suis seul fondé à lui dire, à savoir ce que mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne n'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur. »

E. Les spécificités de la relation avec les personnes non francophones

Que devient la relation à l'autre quand la culture et la langue pour se raconter sont différentes ? La loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 juillet 2005 promeut « un accueil de qualité des personnes immigrées » impliquant des prestations d'interprétariat à chacune des étapes de cet accueil (9). En effet, comme il est souligné par Arnaud Béal et Nicolas Chambon (6, p.10) : « la langue étant identifiée à un acteur freinant l'accès aux soins selon des travaux sur l'accès aux droits des migrants (Stanojevitch 2007 ; Hoyez 2012) » et un peu plus loin ce sont les soignants qui font remontés que (6, p.13) : « on est quand même bien embêté quand on n'a pas la parole », l'oralité, le langage apparaissent comme un vecteur fondamental de communication et de soins.

Il faut d'abord avoir conscience de l'interaction qui se joue et que nous, en tant que médecin, ne sommes pas neutre. Ainsi que le rappelle M. Denizeau et Guellette (10) : « Un malade c'est un être humain inscrit dans une culture, dans une histoire personnelle et collective, un être pensant qui dès le premier instant de la maladie a convoqué les représentations disponibles, non seulement en lui, mais autour de lui. [...]. On peut dire exactement la même chose d'un médecin. ». Il apparaît que la maladie est un vécu par le patient qui peut être bien différent de celui vu par le médecin. Le patient s'inscrit dans une culture, une histoire personnelle et collective et c'est dans ce milieu, inconnu du soignant, que la maladie apparaît. Sa manière de se raconter est indispensable à l'établissement d'un moment d'authenticité. En effet « ce dont un être humain a le plus besoin lorsqu'il souffre, c'est avant tout de rencontrer quelqu'un qui le croit quand il dit qu'il souffre » (10, p.132). Dans une situation aussi traumatique que celui de la migration, l'importance du récit peut devenir fondamentale et fait partie intégrante du soin. Si le contexte est bien différent, Primo Levi explique son besoin d'écrire un livre (11) « Le besoin de raconter aux « autres », de faire participer les « autres », avait acquis chez nous, avant comme après notre libération, la violence d'une impulsion immédiate, aussi impérieuse que les autres besoins élémentaires. ». Pouvoir raconter ce qu'il a vécu, son récit, son témoignage devient essentiel dans le processus de guérison. Toute personne devrait avoir le choix de la langue dans laquelle il s'exprime. En effet (12) « Le recours à l'interprète ou au médiateur souligne un respect de la personne et de son droit à s'exprimer. A cet égard, il participe implicitement à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et les discriminations en santé dont la langue est un des facteurs centraux (Verrept, 2012) »

Dans une situation où les deux protagonistes ne parlent pas la même langue, mais sont désireux de communiquer, des possibilités naissent.

III] Des pistes :

Pour cette troisième et dernière partie il s'agit d'explorer des pistes qui peuvent permettre au patient et au soignant de communiquer.

A. Des outils

La communication infra verbale

En effet la communication ce n'est pas que des mots. Cependant, parfois, en utilisant des mots en français ou en anglais nous arrivons à trouver une consonance commune. Mais également à travers des gestes. L'expression aussi de notre visage, de notre corps peut nous en dire beaucoup. Cependant il existe aussi à ce niveau un « codage » culturel. Par exemple, comme j'en fais part un peu plus haut, les Indiens ont une manière de réagir avec leur tête qui fait que nous, français, percevons cela dans le sens contraire de ce qu'il veut dire. En Albanie, la fréquence du hochement à une signification. Les Chinois ont une manière très différente de la nôtre de compter sur leur doigt.

La communication infra verbale est indispensable à une bonne compréhension. On voit d'ailleurs souvent les incompréhensions qui naissent d'un discours qui ne serait qu'à l'écrit ou qu'à l'oral, sans accès à l'autre. Cependant, elle peut nécessiter de connaître les codes culturels de l'autre.

Smartphones

Il existe de nombreux logiciels permettant une traduction. Ce n'est pas une solution qui permet une réelle conversation, mais elle peut permettre parfois de débloquer une situation, de permettre une compréhension. Il est impossible d'être exhaustif. Je retiendrais trois logiciels qui m'ont rendu service :

- Traducmed : C'est un logiciel soutenu par l'ARS Rhône Alpes. Il a été pensé pour la prise en charge des migrants. Il présente l'avantage de faire des traductions sonores ce qui permet de ne pas avoir de problème lié à l'alphabétisation des personnes que nous rencontrons.
- Mediglotte : c'est aussi un logiciel pensé pour la prise en charge des migrants. Cette fois il fonctionne par thème à l'écrit.
- Google traduction : C'est le système de traduction proposé par Google. Il permet des traductions à l'écrit. L'échange est plus facile et permet d'entrer des mots qui ne sont pas forcément du registre du médical

Ordonnances visuelles (annexe 1)

Depuis le dernier trimestre 2015, l'infirmière de la PASS utilise, à titre expérimental des **ordonnances visuelles** mises en place par le C.C.A.S. de La Voulte sur Rhône (Ardèche) qui bénéficient du soutien de l'A.R.S. Rhône-Alpes.

L'ordonnance visuelle permet de traduire la posologie détaillée d'une ordonnance grâce à des gommettes de couleur et des pictogrammes accolés à un tableau. Ce dispositif à pour vocation

de participer à la réduction des inégalités sociales de santé à l'accès aux soins. Il participe à la sécurité du patient et il contribue à améliorer l'observance des traitements. Ce qui est intéressant avec ce dispositif c'est qu'il permet à la personne de comprendre son traitement. Il lui permet d'être acteur de son traitement.

Globalement en consultation à la PASS de Montbrison j'ai pu voir que tous ces outils bout à bout fonctionnent. On arrive tout de même à établir une relation thérapeutique. A répondre à la demande de la personne qui vient consulter. Nous n'avons pas eu recours à des interprètes professionnels. Cependant pour des consultations répétées, pour une prise en charge à long terme ces outils peuvent s'avérer insuffisants.

B. Interprétariat

Quel interprète ?

Il existe différentes possibilités :

- Les hôpitaux transmettent la liste des personnes de l'établissement qui parlent une autre langue et qui sont d'accord pour servir d'interprète.
- Ce peut être également un proche de la famille ou non.
- Il existe une liste d'interprètes agréés que l'on peut soit joindre par téléphone soit présent physiquement.

Une plus-value

L'interprète se voit alors confier beaucoup de rôles différents. Parfois antagonistes, souvent variable selon les soignants. Ces rôles sont en effet multiples (13) :

- Traduire tout ce qui se dit avec précision
- Donner des informations socio-culturelles à l'utilisateur
- Neutre tout en étant empathique

L'interprète apporte sa connaissance de la culture de l'autre. Il permet à la personne allophone de s'exprimer dans la langue dans laquelle elle a pensé ses souvenirs, ses traumatismes. En effet notre langue maternelle est la langue de l'affect, de l'intime. Il peut permettre à l'autre de se sentir en confiance. Il diminue les risques d'incompréhension que ce soit du patient ou du soignant.

Des limites à considérer

Le personnel soignant n'est pas toujours disponible pour effectuer une interprétation. De plus ils ont un travail à effectuer et cette mission supplémentaire peut les mettre en difficulté.

Quand c'est un proche, il peut parfois y avoir des situations difficiles à raconter devant quelqu'un qui nous connaît et qui peut être affecté par notre histoire. Si c'est un des enfants qui traduit, cela renverse la position familiale et rend le parent dépendant de l'enfant.

Même avec des services d'interprétariat il y a des limites à percevoir. Le téléphone ne rend pas compte de l'infra verbale. Les problèmes de communication sont fréquents.

Quand l'interprète est présent, cela nécessite aussi une préparation. Certaines limites ont été soulevées : «Les interprètes peuvent être gagnés par la suspicion ambiante à l'égard de l'étranger, au contraire, ils peuvent avoir une forte empathie par identification. Ils peuvent avoir tendance à arrondir les propos de part et d'autre... Ils peuvent être pris par des conflits propres à leur pays, ou bien avoir une attitude de mépris à l'égard de personnes qui certes partagent leur langue, mais pas leur statut social. » (14) ou plus loin une invitation à considérer que parfois ce sont des ethnies différentes avec un passé (ou présent !) pas toujours facile (12, p.49). Cette réflexion se poursuit : «les migrants qui avaient vécu des situations d'interprétariat avaient aussi mentionné en entretien la très grande difficulté de se confier à quelqu'un de sa communauté, ou au contraire avec une personne d'une communauté avec qui il y avait pu avoir un conflit. [...] Beaucoup cherche à garder un lien, à demander un numéro de téléphone personnel de l'interprète. » (15, p.91). Et bien sûr on parle souvent du coût de l'interprétariat. Mais parfois cela permet de gagner du temps, des examens... Et donc de réduire le coût de la prise en charge.

Pour une professionnalisation

Le recours à l'interprétariat semble être le « gold standard ». En effet elle permet à la personne allophone de se raconter avec ses mots. Cependant il est beaucoup demandé à l'interprète. Ainsi que le rapport M. Tabouri (2009) (12, p. 48) :

- Développer une relation thérapeutique
- Comprendre l'expérience et le point de vue du patient et le contexte culturel qui sous-tend selon son comportement
- Mener une évaluation
- Formuler un diagnostic
- Décider en accord avec le patient d'un programme de traitement approprié
- Surveiller l'évolution de la maladie
- Évaluer l'efficacité du traitement ainsi que les effets négatifs potentiels

L'interprète est donc une figure complexe et sûrement pas une machine à traduire. Mais les soignants doivent aussi se « professionnaliser » à cet égard au risque sinon de ne pas avoir de réelle interaction avec lui. Cela peut s'avérer très difficile pour l'interprète (15, p.88) « Le plus souvent, et malgré lui, l'interprète se voit alors muni d'une certaine autonomie. Il peut alors vivre ce manque de cadre de travail comme un manque de soutien de la part du professionnel au cours de l'entretien, ce qui peut être source de pression et d'isolement dans sa pratique professionnelle (Leanza et Boivin, 2008) »

Dans ce cadre a été adoptée une charte de l'interprétariat médical et social le 14 novembre 2012 à Strasbourg (16). Cette charte définit une déontologie à la profession ce qui représente une garantie à la fois pour le soigné que pour le soignant. Il s'engage à faire une traduction fidèle, à garder le secret professionnel, à se montrer impartial et à respecter l'autonomie des personnes.

Cependant pour ces professionnels se pose aussi la question des besoins en interprète qui est très fluctuant selon les événements politiques.

Dans la pratique c'est souvent plus compliqué. Nous ne savons pas toujours la nationalité et la langue parlée par les personnes qui viennent à la PASS. La consultation est le plus souvent unique ce qui ne facilite pas la rencontre avec un interprète.

Le centre Primo Levi (Paris XIe) est la plus importante structure en France spécifiquement dédiée à l'accueil et aux soins des personnes victimes de la torture et de la violence politique réfugiées en France. Il fait régulièrement appel à des interprètes. M. Omar Guerrero nous rapporte combien les mots sont importants. Ils ont recours de manière systématique à un interprète lorsque la personne est allophone. Cela permet à chacun de retrouver sa place. Que le fils ou la fille ne traduise pas les mots de ses parents. De son expérience, l'interprète permet la présence d'un tiers et donc d'une possible distanciation avec le discours de la personne qui a été victime de torture et qui se raconte. Pour « protéger » aussi l'interprète, celui-ci attend dans une salle à part. Cela lui donne un statut aussi particulier Il y a un briefing et un débriefing. Ainsi l'interprète est pleinement considéré comme faisant partie de l'équipe. Cela permet de fixer des limites et de répondre aux attentes de chacun.

On ne peut que constater que la possibilité qu'un patient allophone puisse bénéficier d'un interprète fait partie de ses droits fondamentaux. Cependant c'est une profession qui manque encore de pratique. Les soignants doivent aussi réfléchir à la place que peut prendre ce tiers. Le discours de la personne allophone est fondamental. Cependant un droit à pouvoir apprendre le français apparaît aussi indispensable. Cependant ce droit n'existe pas pour les demandeurs d'asile pendant la procédure qui dure de 18 à 24 mois. Tout cela pour que la personne ait ensuite le libre choix de la langue dans laquelle elle souhaite s'exprimer.

CONCLUSION :

Ce mémoire m'a permis de me rendre compte que la prise en charge de personnes allophones peut s'avérer complexe. Elle nécessite un décentrage et par conséquent une connaissance de ses propres barrières, de son propre a priori. Même ceux que l'on ne souhaiterait pas avoir. Alors que des idées comme la laïcité ont été pensées comme des ouvertures, nous constatons aujourd'hui la tentation du repli. Nous pouvons aussi réfléchir à l'accueil de l'autre que la France semble vouloir assimiler plus qu'intégrer.

La possibilité de faire ces consultations accompagnées par des personnes qui ont l'expérience de celle-ci est un plus indéniable. Cette richesse, issue du partage, est un compagnonnage à développer. Ma pratique future sera probablement, dans un premier temps, dans un cabinet libéral. Cependant il apparaît nécessaire de faire partie d'un groupe de supervision, pour le bien des patients et le mien.

Si l'interprétariat apparaît la voie royale, sa professionnalisation semble importante. La formation des personnes soignantes également. Il demeure tout de même que, même avec des patients allophones, la rencontre est possible. Il est nécessaire pour cela d'abandonner un peu de cette maîtrise qui me rassure en tant que médecin. La consultation médicale se réinvente à chaque patient. Et cela d'autant plus si nous ne parlons la langue de la personne qui vient consulter.

Parfois, même si ça doit rester l'exception, il faut savoir dépasser les règles pour permettre les soins. Cette transgression est légitime quand elle permet de faire son devoir de soignant et non quand elle est pour notre confort.

La possibilité aux migrants de pouvoir se raconter dans la langue de leur choix montre notre capacité à accueillir l'autre. Si certaines personnes craignent de créer un « appel d'air » en favorisant les conditions d'accueil de l'autre, peut-on vraiment penser que des personnes qui ont tout abandonné pour suivre un chemin long, et souvent difficile, renonceront à cause des freins qu'ils trouveront à l'arrivée ? Ne peut-on pas redonner de l'humain à ceux qui en ont tant été privé, simplement ?

NOTES

- (1) Convention de Genève du 28 juillet 1951. Article 1 A2
- (2) Buisson F., Article « Laïque » issu du Dictionnaire de pédagogie. Ed Hachette. 2^{ème} Ed. 1911.
- (3) Wresinski, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, journal officiel n°6, 2 février 1987, Paris
- (4) Karsz S., Autes M., Castel R., Roche R., Sassier M., L'exclusion, définir pour en finir, collection pratiques sociales, St Jean de Braye, mai 2000, DUNOD, 171 p.
- (5) Hoyez A-C. Mobilités et accès aux soins en France dans Géographie de la santé, espaces et société. Publié le 28/06/2012
- (6) Beal A. Chambon N. Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problème dans les cahiers de Rhizome n°55 février 2015. p.15.
- (7) Golstein K. La structure de l'organisme. 462p. Ed Gallimard. 1983. p.361
- (8) Canguilhem G. Ecrits sur la médecine, 124p. Ed Seuil. 2012. p.64
- (9) Enfrun R., préfet délégué pour l'égalité des chances, l'interprétariat en milieu social : instrument d'une politique publique de non-discrimination ? le 21 novembre 2006.
- (10) Denizeau, L. Gueullette, J-M., Guérir, une quête contemporaine, 315 p. Ed du Cerf, 2015. p. 92
- (11) Levi P. Si c'est un homme, 213 p., Ed. Pocket, 1988. p.8.
- (12) Bourdin M-J. Larchanché S. De l'interprétariat à la médiation en santé mentale : l'expérience du centre Françoise Minkowska dans les cahiers de Rhizome n°55 février 2015. p.53.
- (13) Brisset C., Leanza Y., Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problème dans les cahiers de Rhizome n°55 février 2015. P24.
- (14) Mestre C., L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité dans les cahiers de Rhizome n°55 février 2015. p.43.
- (15) Chambon N., Carbone N., L'interprète un intervenant en santé mentale ? dans les cahiers de Rhizome n°55 février 2015.
- (16) Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012. <http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf> Consultée le 10/08/2016.

BIBLIOGRAPHIE

Denizeau, L. Gueullette, J-M., Guérir, une quête contemporaine, 315 p. Ed du Cerf, 2015

Foucault M., Naissance de la clinique. Ed. PUF, 2007. 214p.

Ganoczy A., Empathie et amour du prochain, réflexions interdisciplinaires entre psychothérapie et anthropologie théologique. Revue Recherches de science religieuse.

Hochmann J., Une histoire de l'empathie. Ed Odile Jacob, 2012. 193p.

Jorland G., Thirioux B., Note sur l'origine de l'empathie

Levi P. Si c'est un homme, 213p., Ed. Pocket, 1988.

Moro, M.R., De La Noé, Q., Mouchenik, Y. Manuel de psychiatrie Transculturelle, 421p. Ed. La pensée sauvage, 2^e Ed. 2006.







FILMOGRAPHIE

Jimmy P. : Psychothérapie d'un indien des plaines de Arnaud Desplechin. 120 min

ANNEXE I

L'ordonnance visuelle

Prénom : ALINE

Référence couleur du médicament	Matin	Midi	Soir																																				
				 (Surligner la durée du traitement)																																			
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					

© CCAS La Voûte-sur-Rhône 2012 - Toute reproduction ou représentation interdite.