

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

**Analyse des déterminants favorisant le recours à l'interprète professionnel
au sein d'hôpitaux généraux, dans le cadre de soins pour les patients
migrants atteint d'une maladie chronique (diabète de type 2) et nécessitant
une aide linguistique.**

Mémoire réalisé par
Kamtchou Ngassi Yvette Honorine

Promoteur(s)
Brice Lepière

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

**Analyse des déterminants favorisant le recours à l'interprète professionnel
au sein d'hôpitaux généraux, dans le cadre de soins pour les patients
migrants atteint d'une maladie chronique (diabète de type 2) et nécessitant
une aide linguistique.**

Mémoire réalisé par
Kamtchou Ngassi Yvette Honorine

Promoteur(s)
Brice Lepière

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans la contribution de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, je rends grâce à Dieu pour ses bienfaits dans ma vie.

Un immense merci à mon promoteur Mr Lepièce Brice pour ses conseils judicieux, sa disponibilité et ses réponses rapides, sa patience, son soutien et surtout ses encouragements, sa rigueur scientifique a été une véritable source d'inspiration

Je remercie les membres du jury : Monsieur Pablo Nicaise pour avoir accepté d'être le président du jury et Madame Bourmock Delphine pour avoir accepté d'examiner ce travail.

Je suis reconnaissante à tout le corps professoral pour le savoir qu'ils nous ont transmis durant toute la formation.

Je tiens également à remercier particulièrement les professionnels de santé ainsi que les responsables de l'organisation du recours à l'interprète de toutes les institutions qui ont participé à l'interview. Je les remercie de m'avoir accordée leur temps et leur confiance durant les entretiens. Cela m'a permis de recueillir des confidences et des propos riches de sens qui façonnent les résultats de ce travail.

Merci à Madame Coune Isabelle coordinatrice de la cellule Médiation Interculturelle et à Madame Anselme Catherine psychologue et interprète au SeTIS de Bruxelles pour leurs informations précieuses.

J'exprime ma gratitude envers ma famille, mon mari Mr Wandja Nyami Achille, mes enfants Hadriel, Noah, Dayan et Eymah pour leur patience et leur soutien.

Enfin, je remercie mes ami(e)s, et collègues qui m'ont soutenu et encouragé durant ce travail particulièrement Kamgaing Billie Laure, Kamdem Fogaing Paul Béchir, Nya Yolande, Noutié Laura, Kengoum Nalatane, Impundu Chéríta, Vaillemans Marie-Christine, les sœurs. Amitiés, Ben Kake.

PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

Remerciements	4
Abréviations	9
Introduction.....	10
1. Contexte et problématique	10
1.1 L'importance de la communication.....	10
1.2 Les patients issus de la migration.....	10
1.3 Enjeux et sous-utilisation de l'interprétariat en milieu de soins.....	10
1.4 Importance de la communication chez les patients migrants diabétiques.....	11
1.6 Justificatif du choix du sujet	12
1.7 Questions de recherche	12
1.8 Objectifs de l'étude	12
2. Définitions de quelques termes et concepts.....	13
PREMIERE PARTIE – CADRE THEORIQUE	15
Chapitre I - les barrières d'accès aux soins par les migrants.....	15
I.1. Contexte migratoire	15
I. 2. Facteurs de vulnérabilité chez les migrants et minorités ethniques : Le cas des barrières linguistiques	16
I.2.1. Les facteurs de vulnérabilité en matière de santé	16
I.2.2. Barrière linguistique et migration	17
I. 3. L'impact des barrières linguistiques sur la santé des migrants diabétiques	18
I.3.1. Le diabète et ses ravages.....	18
I.3.2. Les patients migrants diabétiques face aux barrières linguistiques	19
I. 4. L'encadrement législatif et éthique des patients migrants	19
I. 5. Importance de la communication efficace sur la qualité et la continuité des soins : La nécessité de l'interprétariat professionnel	21
Chapitre II - Stratégies mises en place par le gouvernement et par les institutions pour prendre en charge les PMNAL.....	23
II. 1. Enjeux et conséquences des barrières linguistiques.....	23
II.1.1. Risques au niveau du professionnel de santé	24
II.1.2. Risques au niveau du patient	24
II.2. Réticences au recours à l'interprétariat professionnel	25
II.2.1. Facteurs liés aux professionnels de santé	25
II.2.2. Facteurs liés à l'institution.....	25
II.2.3. Facteurs liés au patient	26

II.3. Les ressources mises en place pour prendre en charge les PMNAL	26
II.3.1. Au niveau du ministère de la santé	26
II.3.2. Au niveau des institutions hospitalières.....	27
Chapitre III - La professionnalisation du service d'interprétariat en milieu hospitalier.....	31
III.1. Historique de la profession d'interprète	31
III.2. Critères du processus de professionnalisation.....	32
III.2.1. Développement structurel et harmonisation des pratiques.....	32
III.2.2. Définition précise des mandats	32
III.2.3. Ancrage législatif	33
III.2.4. Sources de financement	33
III.2.5. Contrats octroyés	34
III.2.6. Le profil d'embauche.....	34
III.2.7. Formation dispensée par les tiers traduisant.....	34
III.3. Mise en place du service d'interprétariat linguistique dans une institution	34
Synthèse du cadre théorique	37
Hypothèses de recherche.....	38
DEUXIEME PARTIE – CADRE PRATIQUE	42
Chapitre IV - Méthodologie	42
IV.1. Choix de l'approche qualitative	42
IV.2. L'échantillonnage	42
IV.2.1. Les institutions ayant fait l'objet de notre enquête.....	43
IV.2.2. Critères de sélection des participants.....	44
IV.2.3. La procédure d'échantillonnage.....	45
IV.3. La récolte des données	46
IV.3.1. Outil de collecte de données : Le guide d'entretien	46
IV.3.2. Déroulement des entretiens	47
IV.4. La méthode d'analyse des données	47
IV.4.1. Retranscription des entretiens.....	48
IV.4.2. Analyse des données : L'option de l'analyse par catégories prédéfinies.....	48
IV.5. Approbation du comité d'éthique.....	48
IV.6. Résultats.....	49
IV.6.1. Analyse descriptive des hypothèses	49
IV.6.2. Déterminants liés aux professionnels	49
IV.6.3. Déterminants externes	56

IV.7. Discussion.....	62
IV.7.1. Déterminants du recours à l'IP liés aux professionnels	62
IV.7.2. Déterminants du recours à l'IP liés aux patients.....	67
IV.7.3. Déterminants organisationnels du recours à l'IP	67
IV.7.4. Déterminants du recours à l'IP lié à l'environnement	70
Limites de l'étude	70
CONCLUSION GENERALE	72
RECOMMANDATIONS.....	73
REFERENCES	75
I. Ouvrages et revues littéraires	75
II. Sites internet.....	81

Table des illustrations

Figure 1: les facteurs de vulnérabilité en matière de santé (source :Dahlgren et whitehead 1991....)	17
Figure 2: Conséquences directes et indirectes de la communication sur la santé (Source Street et al., 2009 p 295).....	22
Figure 3: Dispositions des parties prenantes d'un séance d'interprétation en face à face (Source : image Google photo)	30
Figure 1: schéma de l'hypothèse du recours systématique à l'IP	

Abréviations

PMNAL : Patients Migrants Nécessitant une Aide Linguistique

IP : Interprète Professionnel

UE : Union Européenne

SPF : Service Public Fédéral

SeTIS : Service de Traduction et d'Interprétation en milieu Social)

COFETIS : Coordination Fédérale de la Traduction et de l'Interprétariat Social

Introduction

1. Contexte et problématique

1.1 L'importance de la communication

La communication est le ciment qui structure les interactions entre les êtres vivants. Elle occupe une place importante dans notre quotidien. Assimilée à un processus complexe, elle s'appuie sur des expressions verbales ou non verbales et peut sembler impossible lorsque les personnes qu'elle implique appartiennent à des cultures différentes ou éloignées. En effet, dans des contextes de communication interculturelle, des incompréhensions ou des mauvaises interprétations peuvent rapidement apparaître (Sloots et al., 2010) : C'est le cas dans certains hôpitaux lorsque les soignants se retrouvent face à des patients d'expressions et de cultures étrangères, qui dans cette circonstance saisissent difficilement les informations données par ces soignants, ou donnent difficilement des renseignements utiles à ceux-ci. Une situation qui n'est pas sans conséquences sur la qualité des soins ou de la prévention.

1.2 Les patients issus de la migration

Un certain nombre de population, dont les migrants, sont mal desservies par le système de santé Belge parce qu'ils ne parlent pas une des langues nationales (Lorant et al., 2008). Issus d'origines diverses, cette catégorie de patient ne s'exprimant en aucune des langues nationales parlées par les soignants, sont le plus souvent obligés de ne s'exprimer qu'avec les signes non conventionnels issus de leurs cultures d'origine. Malgré ces difficultés, une communication minimale est toujours possible entre ces catégories de patients et les soignants (Tison, 2007). Mais dans ce cas, cette communication serait incomplète, et impactera non seulement la qualité des soins, mais générera des risques pour la sécurité des patients (Shyve, 2007).

1.3 Enjeux et sous-utilisation de l'interprétariat en milieu de soins

Le recours à un interprète professionnel n'est pas systématique malgré qu'il ait été démontré qu'il s'agisse de la procédure la plus adéquate en vue de prodiguer des soins de qualité et de garantir un accès équitable aux soins. En effet, des enquêtes réalisées essentiellement en milieu médical, montrent que les services d'interprétariat sont sous-utilisés en institution. (Bischoff & Hudelson, 2010a; Meischke, et al., 2010; Ramirez et al., 2008).

Dans l'optique d'une équité et d'une égalité d'accès aux soins par tous, les pouvoirs publics ainsi que les institutions de soins ont mis sur pied des stratégies pour pallier la barrière linguistique dans les milieux hospitaliers à savoir :

- Evaluation des besoins pour permettre de recenser les langues les plus rencontrées.
- Etablissement d'une liste de personnel bilingue dans l'institution en fonction des langues couramment parlées,
- Recours à des interprètes informels (famille/ami) qui sont des non professionnels et à des interprètes professionnels physiques (face à face, téléphonie et vidéo conférence (Gadon, et al 2007 ; Rosenberg et al., 2007).

Si la méconnaissance de l'importance de l'interprète professionnel ou le coût élevé de ce type de service sont évoqués par certains professionnels de santé, les risques et conséquences d'une traduction non-professionnelle ne sauraient être négligés. Pourtant, les discours sur la traduction s'accordent sur cette paronomase qui relève que : « traduire c'est trahir » la pensée originale. Comme le souligne Sabine Menhert : « *Toute entreprise de traduction porterait alors préjudice à l'original et serait nuisible à tout ce qui constitue ce dernier, de son contenu à sa forme, de son sens à sa lettre etc.* » (Menhert, 2015 : 2). Cette citation soutend que l'interprétariat est un métier assez complexe qui nécessite que l'interprète soit un spécialiste, et que dans sa tâche il aille au-delà du « mot-à-mot » pour maîtriser les subtilités sémantiques et sémiotiques de la langue qui est traduite. Ce n'est qu'en procédant ainsi qu'il pourrait réduire au minimum le degré de trahison de la pensée véhiculée par l'expression originelle. Or une telle aptitude s'acquiert par des apprentissages et des formations spécialisées. Des pré-requis qui malheureusement ne figurent pas dans les cursus de formation en soins de santé.

En matière de soins, plusieurs erreurs non-négligeables sont dues à la mauvaise interprétation.

1.4 Importance de la communication chez les patients migrants diabétiques

Chez certains migrants qui arrivent en Belgique, le diabète est relativement prévalent. Une situation favorisée par les conditions difficiles de leurs voyages, dont certains facteurs les contraindraient à arrêter le traitement. En plus d'être un fardeau croissant pour les systèmes de soins des pays développés, les complications du diabète causent souvent des handicaps qui ont un impact sur la qualité et l'espérance de vie des patients. (Levesque et al., 2009 ; Scheen, 2010). C'est l'une des raisons pour lesquelles est nécessaire chez le patient, le respect strict des recommandations données par le soignant dans le cadre de sa prise en charge. Une situation qui nécessite que ces deux interlocuteurs se comprennent parfaitement. D'où l'enjeu d'une

communication efficace pour favoriser non seulement l'adhérence au traitement, mais aussi l'éducation thérapeutique du patient migrant diabétique qui se base essentiellement sur les bons conseils (pratique de l'exercice physique, respect d'un régime alimentation sain), et dont la réussite nécessite la mise à contribution des interprètes professionnels malheureusement sous-utilisés dans plusieurs institutions de soins.

1.6 Justificatif du choix du sujet

La raison ayant motivé notre choix de ce sujet réside dans le fait que malgré les résultats des études sur les inconvénients du recours à des interprètes non-professionnels, ces derniers continuent néanmoins d'être privilégiés par les professionnels de la santé.

Se pose, dès lors, la préoccupation de comprendre la nature des réticences de ces professionnels à solliciter les services d'interprètes professionnels. En d'autres termes : qu'est ce qui justifie de recourir à des interprètes non-professionnels dans les institutions de soins ? A l'inverse quelles sont les conditions favorables au sein des hôpitaux permettant le recours à un interprète professionnel ?

1.7 Questions de recherche

Nos principales questions de recherche sont les suivantes :

- Au sein des hôpitaux amenés à soigner des Patients Migrants Nécessitant une Aide Linguistique (PMNAL), quelles sont les déterminants qui facilitent ou au contraire empêchent le recours à un interprète professionnel ?
- Lorsque l'interprète professionnel n'est pas sollicité, quelles sont alors les stratégies d'interprétariat mises en place par les professionnels de santé pour communiquer efficacement avec leurs patients afin de leur prodiguer les soins adéquats ?

Afin de répondre à ces questionnements, nous focaliserons notre analyse sur quatre déterminants : celui du professionnel de la santé ; celui du patient ; celui de l'organisation et enfin celui de l'environnement plus général. Cette démarche nous permettra de mettre en lumière les déterminants du recours à l'interprétariat professionnel.

1.8 Objectifs de l'étude

Les objectifs principaux de ce travail consistent à :

- a. Identifier les déterminants qui peuvent faciliter ou empêcher un recours aux interprètes professionnels dans les institutions que nous avons retenues, lorsqu'elles font face au

problème linguistique des patients migrants ne parlant pas la langue du soignant, et porteurs de maladie chronique, notamment le diabète de type 2.

- b. Établir des recommandations susceptibles de faciliter et de renforcer le recours à l'interprétariat professionnel par notre public cible au sein des hôpitaux

Pour réaliser ce travail nous nous sommes basés sur une revue de la littérature, pour élaborer un cadre théorique susceptible de nous informer sur l'état des recherches en matière d'interprétariat en milieu hospitalier. C'est à l'issue de cette recherche, que nous avons élaboré un guide d'entretien semi-structuré afin d'être conforme aux exigences de la méthode qualitative pour laquelle nous avons optée. Nous avons circonscrit notre terrain de récolte de données à quatre hôpitaux généraux Belges (deux en Wallonie et deux en région Bruxelles-Capitale).

Cependant, avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous a semblé nécessaire de définir au préalable quelques concepts et termes évoqués dans notre travail.

2. Définitions de quelques termes et concepts

Migrant : Du point de vue juridique, il n'existe pas de définition du terme migrant. Selon le site réfugiés et migrants, les nations unies définissent un migrant comme « *toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer* ».

Minorité ethnique : Le concept de « [...] *Minorité ethnique se réfère à différents groupes ethniques d'une hétérogénéité extrême. Ce concept est utilisé pour des groupes qui partagent un statut minoritaire dans leur pays de résidence de par leur ethnicité, le lieu de naissance, leur religion, leur citoyenneté et d'autres différences (culturelles). Ce concept distingue un groupe particulier, à la fois en terme numérique et (souvent) en terme socio-économique. Les membres de ces groupes sont considérés comme porteurs de normes culturelles et de valeurs différentes de la culture majoritaire et parlant (souvent) une langue maternelle différente. Les minorités ethniques varient en durée de séjour et d'acculturation. Ce concept comprend les groupes d'immigrants nouvellement arrivés (minoritaires) et les groupes qui ont été une partie de l'histoire d'un pays pour des centaines d'années [...]* (Adapté de Scheppers et al. 2006, p. 326). » (Lorant, 2011 p.6).

Immigrant se dit d'une personne née à l'étranger et résidant officiellement dans le pays de résidence. Le critère est le pays de naissance. Un immigrant peut avoir une nationalité étrangère ou avoir la nationalité du pays de résidence (Myria, 2016 p. 56)

Réfugié : selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR, 2016), les réfugiés sont des personnes qui « *se trouvent hors de leur pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, en conséquence, exigent une « protection internationale »* ». Le statut de réfugié est défini et protégé dans le droit international. Tiré de la Convention de Genève de 1951.

Demandeur d'asile : selon l'Organisation Internationale pour les Migrants (OIM), un demandeur d'asile est une « *Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un État en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête. En cas de décision de rejet, le demandeur débouté doit quitter le territoire de l'État considéré ; il est susceptible de faire l'objet d'une mesure d'expulsion au même titre que tout étranger en situation irrégulière, à moins qu'une autorisation de séjour lui soit accordée pour des raisons humanitaires ou sur un autre fondement* ». (Organisation internationale pour les migrants)

PREMIERE PARTIE – CADRE THEORIQUE

Dans cette partie nous présenterons dans un premier temps les barrières d'accès aux soins des patients migrants, puis nous identifierons les différentes stratégies utilisées par les soignants pour pallier au problème de langue et enfin nous aborderons la professionnalisation du recours à l'interprète professionnel.

Chapitre I - les barrières d'accès aux soins par les migrants

Ce chapitre abordera le contexte migratoire belge, les vulnérabilités auxquelles sont exposés les migrants et/ou minorités ethniques et l'impact des barrières linguistiques sur la qualité de leurs soins.

I.1. Contexte migratoire

D'après Eurostat, sur 1.204.280 personnes qui ont introduit une première demande d'asile dans un pays de l'UE en 2016, 14. 670 l'ont fait en Belgique. Au 1er janvier 2017, sur une population de 11.322.088 habitants, la Belgique, comptait 1.327.776 de personnes de nationalité étrangère¹. Soit un ratio de 11,7% de sa population (Myria, 2017) inégalement répartie dans ses trois régions avec 31,1% pour la Région de Bruxelles, 9,7% pour la Wallonie et 7,5% pour la Flandre. 60% de cette population d'origine étrangère provient des pays de l'UE-28. Il s'agit principalement des pays suivants : Roumanie (11%), France (11%), Pays-Bas (8%), Pologne (5%), Espagne (4%) et Bulgarie (4%).

Les ressortissants hors UE ne représentent que 5% de cette immigration. Ces 5% sont répartis entre les Turques qui arrivent en tête avec 1,5%, suivi des Asiatiques (10%) et des Africains (14%). Les ressortissants Asiatiques viennent en majorité d'Asie occidentale avec en tête, l'Inde, la Syrie, l'Afghanistan et le Pakistan ; alors que ceux provenant du continent Africain viennent d'Afrique du nord (6%) avec en tête le Maroc et d'Afrique subsaharienne (8%) avec en tête le Cameroun et la République Démocratique du Congo. (Myria, 2017).

Les raisons des déplacements de ces populations d'origine étrangère sont multiples et variées (raisons familiales, politiques, sociales, économiques, académiques, sanitaires...).

¹ *Ce sont toutes les personnes qui n'ont pas la nationalité belge et qui résident officiellement en Belgique qu'elles soient nées en Belgique ou à l'étranger*

Mais quelques soient les motifs de leurs déplacements, chacun d'entre-eux est un potentiel patient. Or en dehors de ceux qui partagent avec la Belgique les trois langues nationales (Français, Néerlandais et Allemand), ou les langues fortement répandues comme l'Anglais, plusieurs de ces populations ne maîtrisent que leur langue maternelle ou la langue officielle de leurs pays d'origine.

Dans le cadre de cette étude, nous nous focaliserons sur les migrants d'expression autre que les trois langues nationales de la Belgique, et les personnes issues d'une minorité ethnique et installées en Belgique (parfois depuis longtemps) mais ne maîtrisant aucune de ces trois langues. Nous les surnommerons PMNAL (Patients Migrant Nécessitant une Aide Linguistique).

La prévalence du diabète de type 2, dans le groupe d'âge de (20-79), est de 540 000 en Belgique ce qui représente environ 6% de la population totale. Il est difficile d'évaluer le nombre de PMNAL atteint de diabète car dans la population étrangère certains ont la nationalité Belge.

I. 2. Facteurs de vulnérabilité chez les migrants et minorités ethniques : Le cas des barrières linguistiques

Les migrants et minorités ethniques sont en général exposés à plusieurs facteurs qui non seulement les rendent vulnérables face aux maladies, mais les empêchent aussi d'accéder convenablement aux soins. Avant d'expliquer l'impact des barrières linguistiques sur l'accès aux soins, il est nécessaire de présenter brièvement un aperçu de ces facteurs de vulnérabilité.

I.2.1. Les facteurs de vulnérabilité en matière de santé

L'état de santé d'une personne est déterminé par des interactions complexes entre plusieurs facteurs : individuels, socio-environnementaux, culturels et économiques. Dans ce sens, le modèle de Dahlgren et Whitehead (en arc en ciel), présente les déterminants de santé en 4 niveaux (facteurs liés au style de vie personnel, réseaux sociaux et communautaires, facteurs liés aux conditions de vie et de travail, conditions socio-économiques, culturelle, et environnementales) qui interagissent entre eux. (Figure 1).

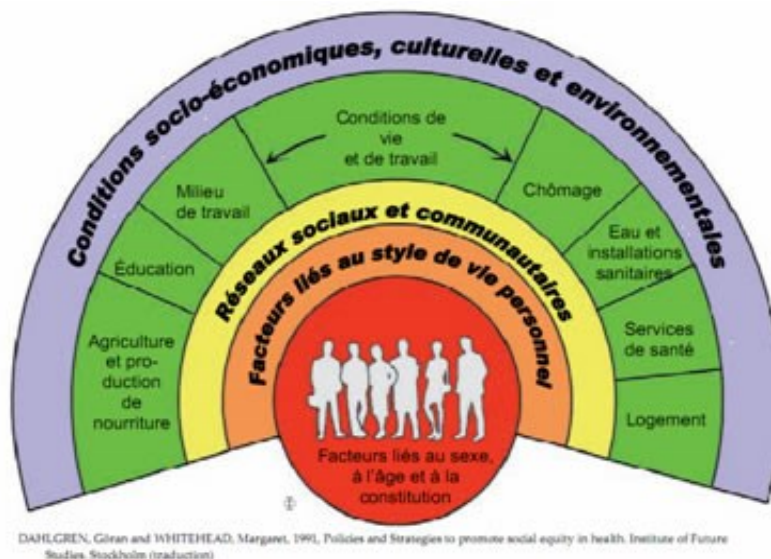


Figure 1: les facteurs de vulnérabilité en matière de santé (source : Dahlgren et whitehead

1991)

De nombreuses études montrent qu'il existe des inégalités d'accès aux soins entre les populations migrantes et minorités ethniques et les autochtones (ceux qui habitent le pays) (Sarria-Santamera et al., 2016 ; Lorant et al., 2008).

De plus, les populations migrantes sont considérées comme vulnérables parce qu'elles présentent entre autres caractéristiques certaines conditions comme : la précarité socio-économique, le faible niveau d'instruction, le sentiment d'isolement social et familial, l'appartenance à une minorité ethnique (Malengreaux & Grenier, 2017). A ces conditions s'ajoutent souvent des conditions d'incompréhension, de différence culturelle et de leurs représentations symboliques qui, face à la maladie ou à la mort revêtent une grande importance. (Lorant , et al. 2011 ; Tabouri, 2009). De plus, les migrants nouvellement arrivés, ou les migrants marginalisés ont des difficultés à comprendre le fonctionnement du pays d'accueil, parce qu'ils ne parlent ni ne comprennent la langue du pays. Ce qui limite leur capacité à chercher des informations sur l'accès aux soins et les services disponibles. Une barrière linguistique qui a un impact considérable tant sur la qualité des soins que sur l'égalité d'accès aux soins chez ces populations.

I.2.2. Barrière linguistique et migration

Plusieurs études montrent que la barrière linguistique a un impact sur la santé des migrants : Les barrières linguistiques peuvent limiter les connaissances sur la santé et interagir avec elles (sorlie & lopez 2011 ; Sentell et al. 2013). Selon l'association Canadienne de santé, la littératie est « la *capacité de comprendre et d'utiliser la lecture, l'écriture, la parole et*

d'autres moyens de communication pour participer à la société, atteindre ses objectifs personnels et donner sa pleine mesure ». Il ressort de cette définition que pour participer à ses soins et donner son consentement, le patient doit être en mesure de comprendre l'information donnée et de pouvoir échanger avec le soignant.

Les personnes migrantes ont généralement un faible niveau de littératie. Selon Bennett (2009), un faible niveau de littératie expose à un haut risque d'accès limité aux soins et à de moins bons résultats en matière de santé. De plus, lorsqu'on a un faible niveau de littératie, il est plus difficile « d'assimiler de nouvelles informations, les nouveaux concepts et d'avoir une communication efficace avec le médecin (Richard & Lussier, 2009 ; Sudore, 2009. Aussi, les personnes avec un faible niveau de littératie sont plus souvent hospitalisées, ont plus de recours aux urgences, ont des disparités en matière de prévention telle que la mammographie, les examens dentaires et le vaccin antigrippal (Bennett, et al. 2009). Les raisons évoquées sont leurs difficultés à aller chercher les soins ou à s'orienter dans la « bureaucratie médicale », une plus faible capacité à lire les notices des médicaments, les instructions relatives à la synchronisation de la prise des repas et des médicaments ; par exemple boire x ml de coca avant pendant ou après le repas. (Berkman, et al 2011). D'où l'importance d'une bonne communication en matière de soins et de santé en général.

I. 3. L'impact des barrières linguistiques sur la santé des migrants diabétiques

Le diabète est une maladie chronique qui touche généralement les adultes de 20 à 79 ans, et surtout plus les femmes que les hommes (IDF, 2017 ; Lorient, et al 2011). Un adulte sur deux est non diagnostiqué. D'après l'OMS (2016), près de 422 millions de personnes sont affectées actuellement par le diabète et près de 629 millions le seront d'ici 2045 (IDF 2017).

I.3.1. Le diabète et ses ravages

Le diabète fait partie des plus grands problèmes de santé publique au Monde à cause de l'augmentation de sa prévalence et ses complications invalidantes à long terme en particulier cardiovasculaires (Buysschaert et Sadikot, 2016 ; Imbert, 2008). Des ravages qui diminueraient certainement chez les patients migrants s'ils n'étaient pas confrontés aux barrières linguistiques.

En dehors des facteurs génétiques, héréditaires et environnementaux, certaines études ont montré le rôle du stress dans la survenue de l'hyperglycémie et dans le déclenchement d'un diabète de type 2 (Downs, & Faulkner 2015 ; Fang, et al 2015; Razzoli, et al 2015). Pour Downs (2015), le stress toxique expose les individus de tout âge à une inflammation

chronique de bas grade qui est un risque pour le développement du diabète. Ce qui peut augmenter les altérations physiologiques menant à la neuropathie, et aux maladies cardiovasculaires qui sont des complications du diabète (Downs & Faulkner, 2015).

Par ailleurs, les complications du diabète ont un impact important sur les coûts médicaux directs et indirects pour les patients et pour la société. Dans ce sens, des études canadiennes et belges montrent que les coûts de la prise en charge d'un patient diabétique d'origine étrangère sans recours à un interprète professionnel est supérieur au coût de la prise en charge du même patient s'il bénéficie d'un interprète et ce principalement en terme de prévention et de réduction de la durée de l'hospitalisation. Cette réduction a été évaluée à 1,8 jour de temps de séjour au Canada. De plus, l'intervention d'un interprète a permis de prévenir à temps les ulcères cutanés et les troubles trophiques chez un seul patient diabétique évitant une dépense évaluée à une année de salaire d'un interprète à temps plein (Ribera et al., 2008)

I.3.2. Les patients migrants diabétiques face aux barrières linguistiques

La barrière linguistique peut avoir un impact sur la santé des patients migrants et les coûts médicaux. En ce sens, les patients migrants atteints de diabète et confrontés à la barrière linguistique sont susceptibles d'avoir un nombre plus élevé de consultations externes (Pearson et al., 2008 ; Wang, et al., 2012). De plus, les patients aux prises avec des barrières linguistiques sont moins susceptibles de garder permanemment le même fournisseur de soins médicaux (De Camp, et al., 2011). Or le patient diabétique doit avoir un médecin de référence pour le suivi de son diabète.

Parallèlement, les médecins sont conscients que la prise en charge du diabète est une combinaison de l'éducation thérapeutique qu'ils fournissent aux patients et d'une conduite responsable du patient. Cependant ils échouent au niveau de l'éducation thérapeutique à cause du problème de communication avec les patients sur le régime alimentaire ou l'activité physique (Cogneau, et al., 2007) qui sont deux points importants faisant partie des facteurs de risque du diabète de type 2 s'ils sont négligés.

I. 4. L'encadrement législatif et éthique des patients migrants

Le Conseil de l'Europe a publié en 2006 un recueil de "recommandations sur les services de santé dans les sociétés multiculturelles" et en 2007, il a adopté la Déclaration de Bratislava sur la santé, les droits humains et l'immigration. De ces recommandations sont nés

le Migrant Friendly Hospitals³ au niveau Européen, et le projet EUGATE⁴ en Belgique. Des recommandations issues de telles initiatives n'ont certainement pas un caractère contraignant, mais elles peuvent fournir une légitimité importante aux actions sanitaires visant la meilleure prise en charge des patients migrants.

Mais avant cet encadrement légal communautaire, la Loi du 22 Août 2002 relative aux droits du patient jetait déjà les bases de l'encadrement ou de la protection de tout patient en Belgique, sans discrimination, notamment en son article 5 qui stipule que : « *Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite* ». Au vu des risques que peuvent engendrer les barrières linguistiques sur la santé, cette loi protège à cet effet le patient en ces termes « *Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable ; et ceci dans une langue claire* ». C'est-à-dire une langue que le patient comprend. » (Art. 7. § 1^{er}).

De plus, « *Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable* ». Art. 8. § 1^{er}

En dehors de l'encadrement légal, les patients migrants sont aussi protégés par des dispositions éthiques dont les grands principes en matière de soin sont les suivantes :

- Le respect de l'autonomie du patient : tout soignant doit faciliter, accompagner et respecter les décisions prises par le patient. Le consentement éclairé et le respect de la confidentialité sont des conditions essentielles de cette autonomie.
- La bienfaisance : tout soignant doit agir dans l'intérêt du patient

³ « *Financé par la Direction Générale de la Santé et des Consommateurs, le projet Migrant Friendly Hospitals a rassemblé 12 hôpitaux pilotes en Europe qui ont accepté d'évaluer leur prise en charge des patients migrants. Suite à ces évaluations, les hôpitaux ont mis en places des projets de changement articulés autour de la formation des professionnels, de l'utilisation des interprètes et de la promotion de la santé mère-enfant. Plus d'informations : <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>* » (Lorant V. et al 2011 p 20)

⁴ Le but de ce projet est d'identifier les bonnes pratiques qui vont permettre l'amélioration à l'accès aux soins et l'état de santé des populations migrantes. Les premiers résultats du projet identifient entre autre la langue et la culture comme étant des barrières à l'accès aux soins de santé des patients migrants. (Dauvrin M., Lorant V. 2011)

- La justice : tous les soignants doivent délivrer des soins de manière équitable à tous les patients.

Tous ces principes éthiques sont applicables à tout type de patient quel que soit son origine ou son statut. Et, sa mise en application passe par une communication adéquate sans laquelle des incompréhensions, des malentendus et des doubles sens peuvent survenir et avoir des répercussions sur la santé des patients en général et du patient migrant en particulier. D'où la nécessité de mettre sur pied des outils facilitant cette communication dont l'importance n'est pas à négliger.

I. 5. Importance de la communication efficace sur la qualité et la continuité des soins : La nécessité de l'interprétariat professionnel

En principe, une communication efficace avec un PMNAL n'est possible qu'en présence d'un interprète professionnel. En effet, cela permet entre autres :

- D'éviter les complications liées à la maladie ou au traitement
- D'éviter les analyses médicales superflues
- De réduire des journées et des nuits d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation.

En outre, une bonne communication entre patient et soignant ou soignant/interprète/patient réduit l'anxiété chez le patient, augmente sa satisfaction, la confiance vis-à-vis du soignant, ce qui favorisera l'adhérence au traitement, renforce l'efficacité thérapeutique (lorsque le patient comprend bien les risques pour sa santé il met tout en place pour suivre les recommandations) ainsi que l'accès aux soins (cf fig 2) (Street et al., 2009) . Dans ce processus, la qualité de la communication est déterminante. C'est à cet effet que devant un PMNAL, le recours à un interprète professionnel sera toujours d'une importance capitale. C'est d'ailleurs en ce sens que le l'Etat Belge ainsi que certaines institutions internationales ont mis en place une série de stratégie pour garantir des soins de qualité à ces types de patients.

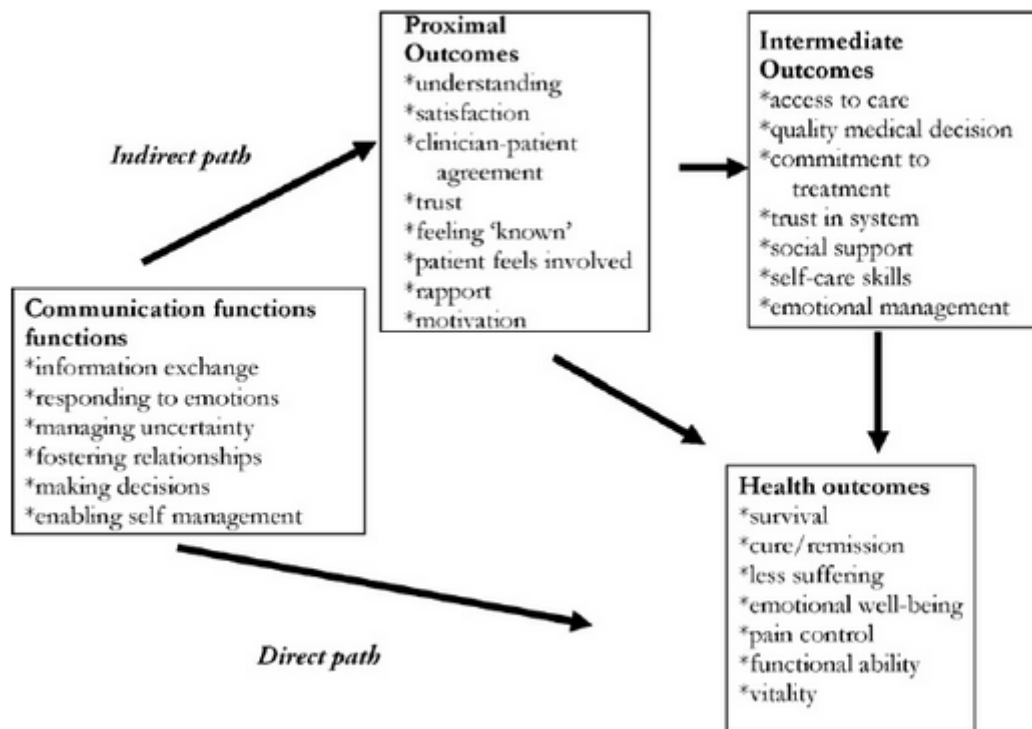


Figure 2: Conséquences directes et indirectes de la communication sur la santé (Street et al. 2009)

Chapitre II - Stratégies mises en place par le gouvernement et par les institutions pour prendre en charge les PMNAL

Deux « modèles » seront abordés ici : l'interprétariat informel ou non professionnel qui englobe ami/ famille/ entourage/ membre de personnel et l'interprétariat formel qui est effectué par un médiateur culturel ou un interprète en milieu social et donc un professionnel. L'interprétariat professionnel peut se faire en face à face, par vidéoconférence ou par téléphonie. Un tableau récapitulatif des avantages et inconvénients de ces deux modes d'interprétariat et aussi de l'interprétariat professionnel en question en fera une synthèse. Mais au préalable, il semble nécessaire de relever les enjeux et les conséquences de la barrière de la langue dans les soins.

II. 1. Enjeux et conséquences des barrières linguistiques

Les barrières linguistiques semblent augmenter les risques pour la sécurité des patients. (Bowen, 2015). En ce sens, une étude pilote menée aux États-Unis, comparant les différences dans la survenue des événements indésirables entre les patients anglophones et ceux ayant une maîtrise limitée de l'anglais, a montré qu'environ 49,1% d'événements indésirables chez des patients ayant une connaissance limitée de l'anglais ont causé des préjudices physiques contre 29,5% chez les patients anglophones. Dans ces pourcentages, 46,8% de ces événements indésirables avait un niveau de danger allant de préjudices temporaires modérés à la mort, par rapport à 24,4% chez les anglophones. 52,4% de ces événements indésirables sont le résultat d'erreurs de communication chez les patients ayant une connaissance limitée en anglais contre 35,9% chez les patients anglophones. Dans le même sens, Lion et al (2013) ont constaté que la probabilité d'événements indésirables tendait à la hausse et aussi que les séjours hospitaliers étaient cinq fois plus longs chez les patients pédiatriques dont les parents avaient un problème de langue.

Une étude Néerlandaise, a relevé 71 incidents critiques dans le domaine obstétrique et sage-femme : parmi ces incidents, 39 étaient dus à un problème de communication dont 7 précisément à une barrière linguistique (Martijn, et al. 2013).

Allant dans le même sens, une étude canadienne montre, que les migrants ayant une connaissance limitée de l'anglais avaient moins de chance d'avoir consulté un spécialiste de la vue, et d'avoir reçu un vaccin anti-grippal au cours de la dernière année que leurs homologues maîtrisant la langue (Lebrun, 2012). Les risques relevés par ces recherches démontrent à

suffisance l'enjeu que constitue la barrière linguistique en matière. Des risques qui dans ce domaine se situent à plusieurs niveaux.

II.1.1. Risques au niveau du professionnel de santé

Les professionnels de santé sont moins satisfaits des soins administrés aux PMNAL par rapport aux autochtones. En effet l'impact négatif des barrières linguistiques sur l'efficacité des soins de santé des migrants ou minorités ethniques, empêche les soignants de satisfaire aux normes professionnelles et accentue ainsi le risque de poursuites pour erreur médicale.

II.1.2. Risques au niveau du patient

La barrière de la langue augmente les taux de réadmission et de retour aux urgences. Des études ont montré qu'après avoir pris en compte les variables socio-économiques et les comorbidités, les chercheurs ont constaté que les patients ne parlant pas l'anglais affichaient des taux supérieurs de réadmission et de retour aux urgences (Gallagher et al., 2013 ; Karliner et al., 2010; Regalbuto et al., 2014). En revanche, les patients de ce groupe à qui l'on offrait des services d'interprétation au moment de leur admission étaient moins susceptibles d'être réadmis (Lindholm et al., 2012). Une connaissance limitée de l'anglais est un facteur de risque de recevoir moins d'information sur le diabète, d'avoir de faibles connaissances sur la gestion de son diabète, une moindre probabilité d'effectuer l'auto-surveillance de la glycémie et des examens de pied moins fréquents (Choi et al., 2011; Detz et al., 2014; Fernandez et al., 2011) . Par contre, lorsque les soins sont assurés par les médecins parlant la même langue que le patient ces associations ne se produisent pas (Fernandez et al., 2011; Hacker et al., 2012; Lasater et al., 2001 cité par Bowen, 2015).

Certaines études montrent que les patients avec une connaissance limitée dans le pays d'accueil n'ont pas accès aux traitements de pointe et ne font pas partie des essais cliniques (Bustillos, 2009). L'interprète professionnel augmente la satisfaction des patients ainsi que la confiance qu'ils ont en leur médecin (Bischoff & Grossmann 2007) favorisant ainsi l'adhérence thérapeutique.

Toutes ces études montrent l'importance d'un interprète professionnel dans la prise en charge des PMNAL. Cependant travailler avec un interprète n'est pas pratique courante en milieu hospitalier. Plusieurs raisons peuvent en être la cause.

II.2. Réticences au recours à l'interprétariat professionnel

Plusieurs facteurs sont répertoriés dans la littérature pour justifier la réticence au recours à l'interprétariat professionnel par les différentes parties prenantes des soins de santé :

II.2.1. Facteurs liés aux professionnels de santé

- La médiocrité ou insuffisance de la collaboration entre interprètes et professionnels de santé (Hsieh, et al., 2010 ; Jacobs et al., 2010), à cause d'un manque de confiance sur la qualité de l'interprétation et du fait que l'interprète dépasserait ses limites en donnant son avis.
- La question de la visibilité de l'interprète qui occupe une place centrale lors des entretiens, créant ainsi entre lui et le soignant un conflit.
- Les croyances des soignants : Croire que ce n'est pas nécessaire et que cela n'a aucune influence sur les soins donnés.
- Le manque de temps (perception du « temps perdu ») chez les professionnels.
- La présence des préjugés défavorables chez les soignants qui ne reconnaissent pas les interprètes comme des professionnels pouvant apporter un plus dans les soins.
- L'indisponibilité des interprètes en situation urgente.
- La complexité de la démarche visant à obtenir un service d'interprétariat.
- Le manque de connaissance de l'existence de cette ressource ou des langues parlées (Tabouri, 2009).
- Les aveux des cliniciens d'une certaine méfiance et des résistances liées aux sentiments de perte de contrôle et de pouvoir (Brisset et al., 2013 ; Hsieh, et al., 2010 ; Hsieh, 2010 ;) au profit de l'interprète (Rosenberg et al., 2007).
- La difficulté à se décentrer d'un schéma de consultation duelle (Fatahi et al., 2008), celui dans lequel il n'existe que le médecin et son patient. Le médecin a les pleins pouvoirs sur le patient.
- La perte du statut de soignant au profit de l'interprète (Rosenberg et al., 2007) : perte de contrôle, de la qualité de l'information et de la relation

II.2.2. Facteurs liés à l'institution

- L'insuffisance des moyens financiers
- Les manquements des institutions (d'ordre financier ou organisationnel)
- L'insuffisance des infrastructures

II.2.3. Facteurs liés au patient

- Le manque de connaissance de l'existence de cette ressource ou des langues parlées (Tabouri, 2009)
- Viennent déjà accompagnés
- Méfiance lorsque l'interprète vient de communauté du patient ou d'une ethnie en guerre avec lui.

II.3. Les ressources mises en place pour prendre en charge les PMNAL

Les ressources peuvent être internes (liste du personnel bilingue, médiateur interculturel face à face...) ou externes (famille, ami, entourage, interprète externe...). Pour mieux présenter l'ensemble de ces mesures il serait plus explicite de partir de celles fournies par le Ministère de la santé pour aboutir à celles qu'abrite les institutions

II.3.1. Au niveau du ministère de la santé

a) Le médiateur interculturel

Le médiateur interculturel est un professionnel qui dispose d'un diplôme d'études secondaires supérieures ou d'un master dans le domaine social, de la santé ou de l'interprétariat associé à une formation en médiation interculturelle. Il maîtrise une des langues cibles, en plus de la maîtrise de l'une des langues nationales. Membre à part entière du personnel de l'hôpital et membre de l'équipe qui au sein de l'institution est chargé du traitement et du soin des patients, il a la responsabilité de contribuer au bien-être et à la santé du patient.

De plus, le médiateur est un relais entre le patient et le professionnel c'est-à-dire qu'en plus de traduire il détient la connaissance du bagage culturel du patient (codes implicites, représentations...). Comme dans toute profession, l'interprétariat répond à certaines règles de déontologie : comme le soignant, l'interprète est tenu au secret professionnel et l'explique au patient au début de l'entretien. Il se doit d'être neutre et impartial, c'est à dire qu'il n'a pas d'avis à émettre ; et enfin la transparence dans le message (ne retient aucune information et rapporte tous les dires du patient)

b) Le coordinateur interculturel

Contrairement au médiateur interculturel, le coordinateur interculturel ne doit pas nécessairement connaître une des langues cibles car sa mission⁵ ne nécessite pas cette

⁵ Voir la liste exhaustive des missions en annexe n1

compétence. Elle consiste à inscrire les soins dans une perspective interculturelle, c'est-à-dire à mettre en œuvre une politique axée sur la sensibilisation à la dimension culturelle des soins hospitaliers, afin d'assurer aux demandeurs de soins allochtones et autochtones un accès égal à des soins de qualité équivalente. Ceci revient à dire qu'il doit mettre en place un système efficace et de haute qualité en matière d'assistance linguistique/de médiation interculturelle au sein des hôpitaux concernés. C'est lui qui organise le recours au service d'interprétariat interne et externe.

II.3.2. Au niveau des institutions hospitalières

L'hôpital est à l'image de la société : multiculturel. On y rencontre des patients d'origine culturelle, sociale, religieuse différente et parlant différentes langues. Cette diversité multiculturelle représente un défi pour les professionnels de soins qui, pour continuer à fournir des soins de qualité, doivent s'adapter à ce nouvel environnement tout en respectant leurs droits. De ce fait, les institutions de soins adoptent diverses stratégies pour faire face au problème de langue : membre de la famille, ami, entourage, membre du personnel, recours à un interprète professionnel. Ces stratégies ont des avantages et inconvénients (seront présentées dans le tableau en annexe n2).

a) L'interprète informel (famille, ami, entourage, parent relais dans une salle d'attente...)

Le recours aux interprètes informels est le plus souvent motivé par leurs disponibilités, utiles et adéquates en situation d'urgence. Ils connaissent l'histoire de vie du patient, favorisent une relation de confiance (Rosenberg et al., 2007) et enfin ils ne coûtent rien. Bien qu'étant une solution de dépannage ces interprètes ont des limites. En effet, ils n'ont aucune formation ni en interprétariat ni dans le domaine médical. Leur connaissance de la langue peut parfois être limitée. De ce fait, leurs traductions peuvent être douteuses et conduire à des erreurs de diagnostic. D'où la nécessité d'être attentifs à certains signaux pouvant nous indiquer que l'interprète ne rend pas bien les propos du patient. Par exemple, il répond à la place du patient, intervient de manière inappropriée sans traduire l'information reçue (phrases plus longues ou plus courtes que celle du soignant ou du patient). De même, l'utilisation d'un interprète informel crée un manque de confidentialité qui peut entraîner une « autocensure » de la part du patient, permettre à l'interprète d'apprendre les informations sur l'état de santé du patient dont il n'aurait pas eu accès s'il n'avait pas été là. De plus sa relation avec le patient peut entraîner des retentions d'informations (par exemple s'il y a des violences conjugales et que c'est le mari qui accompagne), minimiser des informations de santé

menaçantes ou inverser les rôles (cas d'enfants mineurs qui jouent le rôle de traducteur), poser le problème du secret médical et de l'intimité.

b) L'employé bilingue

L'employé bilingue peut être la secrétaire, la technicienne de surface ou un membre du personnel soignant. Si le membre du personnel soignant a l'avantage de connaître les enjeux de la relation médecin-patient et est tenu au secret médical, il n'en est pas de même pour la secrétaire ou la technicienne de surface. Cela pose des questions évidentes de déontologie. De plus utiliser un employé bilingue augmente sa charge de travail et ne valorise pas ses compétences initiales. Il effectue une tâche pour laquelle il n'est pas payé et prend du retard dans son travail réel. Une mission additive qui souvent n'est pas reconnue et valorisée au niveau institutionnel. Cependant une formation est nécessaire pour pouvoir utiliser le membre du personnel si on y est contraint. Car une bonne traduction doit pouvoir intégrer la culture du patient.

c) L'interprète professionnel ou formel

Le recours à l'interprète professionnel est préconisé par la littérature parce qu'il évite les erreurs de diagnostic, respecte la confidentialité et le secret médical, permet au PMNAL d'être au même pied d'égalité que les autochtones, respecte la neutralité, tient compte de la culture du patient. Toutefois, l'interprétariat professionnel peut être coûteux (du point de vue financier et de l'organisation du service) pour l'institution de soins. Des études ont montré que certaines erreurs peuvent aussi survenir avec ce type d'interprétariat. Mais les erreurs sont moins conséquentes par rapport à l'utilisation d'interprètes informels (Karliner et al., 2007). Aussi, une formation est nécessaire pour une meilleure collaboration entre soignant et interprète. L'interprétariat professionnel peut se faire en face à face, par vidéoconférence ou par téléphonie.

- L'interprète en face à face

L'interprète en face à face a l'avantage de faire une traduction fiable. Neutre et impartial, il permet de rétablir l'égalité et l'équité dans les soins chez les PMNAL ainsi que l'obtention du consentement libre et éclairé, la confidentialité et le respect du secret médical. Médiateur entre deux cultures (patient et soignant) il crée une alliance culturelle et donne du sens aux dires du patient. Il est recommandé dans les cas psychiatriques et pour les sujets sensibles (violence conjugale, annonce de maladie grave...). Son inconvénient est qu'il n'est pas disponible 24h/24h.

- L'interprète par téléphone

Il exerce un type d'interprétation à distance qui nécessite la présence d'un téléphone doté d'un haut-parleur : l'interprète prend part à la conversation téléphonique en assistant les parties lors d'une communication en langue étrangère. Cette solution est préconisée pour des entretiens de courte durée et en situation d'urgence. Son inconvénient est son coût et la non prise en compte du non verbal. En outre ce mode est non adapté en psychiatrie, pour les sujets sensibles, pour l'accompagnement en fin de vie.

- L'interprète par vidéoconférence

Il exerce aussi un type d'interprétation à distance qui se fait par webcam. En plus des avantages qu'il garde communément avec l'interprète en face à face, il donne l'avantage de disposer de plusieurs langues et d'avoir rapidement accès à un interprète. Son inconvénient est qu'il peut prendre plus de temps (installation du matériel), le bug du système dû à une mauvaise connexion, et la contrainte infrastructurelle.

d) Comment travailler avec un interprète professionnel

Apprendre à travailler avec un IP pourrait réduire les réticences et diminuer les appréhensions. En effet, l'entretien à trois peut induire des difficultés techniques et méthodologiques. En outre cela demande une adaptation de ses pratiques. Le travail avec l'IP se fait en trois temps : avant pendant et après la consultation

- **Avant la rencontre** : le soignant prend contact avec l'IP le plus tôt si possible, donne le nom du patient et lui explique en quelques mots l'objet de l'entretien surtout si cela concerne l'annonce d'un diagnostic grave. Le soignant explique au patient la possibilité d'avoir recours à un IP et explique que c'est un professionnel soumis au secret médical ; cela permet de rassurer le patient et d'établir une relation de confiance qui favorise la motivation à suivre son traitement et prévoir du temps en plus.
- **Pendant la rencontre** : le soignant et l'interprète et le soignant une fois installés dans la salle, l'interprète se positionne en triade (cf. figure 3 ci-dessous) pour établir une égale distance entre les interlocuteurs et marquer ainsi sa neutralité. Le soignant s'adresse au patient et non à l'interprète car c'est lui le principal intéressé. L'interprète porte un badge qui identifie le service auquel il appartient ou la langue pour laquelle il intervient. Le soignant utilise autant que possible un discours simple, clair, sans jargon médical. L'interprète peut demander un éclaircissement lorsque les termes ne sont pas

compris. De même l'interprète traduit dans un discours simple et clair et s'assure que le patient a bien compris.



Figure 2: Dispositions des parties prenantes d'une séance d'interprétation en face à face (Source : image photo Google)

- **Après la rencontre** : le soignant et l'interprète échangent sur le déroulement de la séance et fixent un prochain rendez-vous si nécessaire.

e) Autres moyens de communication

Le référentiel de la haute autorité de santé de France (HAS 2017 p 15) mentionne d'autres moyens de communication utilisés en pratique courante pour lever la barrière linguistique dont en voici quelques-uns :

- Le recours à une langue tierce, parlée par le professionnel et par l'utilisateur ;
- L'utilisation d'outils⁶ de traduction

Ces moyens de communication qui sont en majorité virtuels, donnent « l'illusion » d'une communication entre le professionnel et le patient. Le professionnel peut avoir le sentiment de s'être fait comprendre alors que ce n'est pas le cas. Ils sont à « considérer avec une grande prudence ». C'est d'ailleurs ce qui justifie l'appel à la professionnalisation de l'interprétariat en milieu hospitalier, lancé par le présent mémoire.

⁶ C'est le cas des pictogrammes (Medipicto <http://medipicto.aphp.fr/#/>), des sites de traduction en ligne et applications pour smartphones (des sites/applications spécialisés dans le domaine médical : Traducmed7; des sites/applications « grand public » : Google Traduction, à titre d'exemples), des lexiques, des questionnaires et consignes traduits en différentes langues.

Chapitre III - La professionnalisation du service d'interprétariat en milieu hospitalier

Dans ce chapitre, nous donnerons un bref aperçu de l'historique de la profession d'interprète en milieu médical. Nous aborderons ensuite les critères de professionnalisation du métier d'interprète et les procédures mises en place par les institutions de soins afin de faciliter le recours à ce service. Ce dernier point est inspiré d'un mixte de recommandations Canadiennes et Françaises que nous avons adapté à la situation Belge (Gauthier 2012, Référentiel du HAS 2017) et du projet de l'Association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique sur la création d'un service d'interprétariat de qualité. Nous nous en servons comme grille de lecture afin d'analyser la professionnalisation du recours à l'interprète au sein des hôpitaux que nous avons interrogés dans le cadre de ce mémoire.

III.1. Historique de la profession d'interprète

En Belgique, la première initiative d'interprétariat médical professionnel fut lancée dans les années 1970 par le CPAS d'Anvers. Ce ne sera que dans les années 90 que le gouvernement prendra conscience de former des professionnels pour surmonter les barrières linguistiques et culturelles. C'est ainsi qu'en 1992, la création d'un réseau médiatrices-interprètes voit le jour. Le terme médiateur portant à confusion, on ne retiendra que celui d'interprète qui deviendra par la suite interprète social et médical de 1993 à 1999. Ce service s'installe d'abord à Bruxelles Capital pour s'élargir ensuite en Wallonie. A l'aube des années 2000, trois profils d'intervenants se dessinent dans la partie francophone du pays :

- L'interprète social et médical fourni par l'asbl CIRE (centre et initiatives pour les réfugiés et étrangers). Il couvre Bruxelles et la région Wallonne. Il avait pour tâche l'interprétation en face à face, la médiation et l'aide de première ligne (écoute et orientation)
- l'accompagnateur interculturel en Wallonie aux CRI (centres régionaux d'intégration)

Il favorisait le dialogue entre les intervenants primaires en traduisant leurs propos, ainsi qu'en informant le bénéficiaire des caractéristiques générales de la Belgique et l'utilisateur des pratiques culturelles du migrant. Il guidait les primo-arrivants au sein des institutions et des administrations, et gérait les conflits sociaux, juridiques et scolaires.

- Le médiateur interculturel en milieu hospitalier au niveau fédéral (cf chap.2)

III.2. Critères du processus de professionnalisation

Delizee (2015) utilise sept critères pour définir le processus de professionnalisation de l'interprétation : développement structurel et harmonisation des pratiques, définition précise des mandats, ancrage législatif, sources de financement, contrats octroyés, profil exigé à l'embauche, formation dispensée aux tiers traduisant.

III.2.1. Développement structurel et harmonisation des pratiques

Afin de « professionnaliser », « unifier au niveau national », « obtenir reconnaissance » législative et financement structurel de l'interprète en milieu social et médical il a fallu identifier clairement les besoins en la matière, définir le métier, rationaliser les réseaux, harmoniser les pratiques, mettre sur pied des formations adaptées et représenter le secteur auprès des autorités fédérales, communautaires et régionales.

En Belgique francophone, la création de COFEDIS (coordination fédérale de la traduction et de l'interprétariat social), a permis de définir un profil du métier de l'interprète professionnel, l'élaboration d'un seul code de déontologie, l'harmonisation des tarifs et des conventions signées avec les utilisateurs, la répartition non concurrentielle des compétences entre Bruxelles et la Wallonie et l'optimisation de la couverture territoriale. Ce qui a permis de donner un cadre clair et unifié au secteur et lui a octroyé plus de « poids et de visibilité » entraînant ainsi une reconnaissance des services utilisateurs et des instances décisionnelles fédérales et régionales.

III.2.2. Définition précise des mandats

Ici il s'agit de donner une définition à l'interprétariat social : « forme d'interprétariat où les messages verbaux sont restitués de manière « fidèle » et complète de la langue source vers la langue de destination. Ce qui a pour but non seulement de fournir un travail de qualité pour tous mais aussi le respect des droits et devoirs

L'interprétariat en milieu social est perçu comme une activité qui consiste à restituer et à transmettre clairement un message verbal d'une langue source vers une langue cible en tenant compte de la dimension culturelle de manière complète et fidèle. L'expression interprétariat en milieu social est une manière de regrouper les appellations de médiateur, accompagnateur, interprète interculturel en une seule appellation relativement vague. En effet, ces trois appellations sont souvent utilisées dans le domaine du transfert linguistique pour désigner le même métier avec des nuances très minimes. Néanmoins l'état de la situation montre que

nous avons deux formes de pratiques : la médiation interculturelle qui s'exerce principalement dans les hôpitaux et l'interprétation en milieu social qui couvre presque tous les secteurs de la société Belge.

III.2.3. Ancrage législatif

Il n'existe pas de texte de loi, de normes qui règlementent le recours systématique à un IP dans les hôpitaux. Les pratiques de recours à l'interprétariat dans le soin sont de l'ordre des recommandations internationales et des bonnes pratiques pour viser la bonne qualité des « soins ». Ce sont en général des questions d'ordres « éthique ». Elles permettent à certains décrets et loi en vigueur (loi de 2002 sur les droits du patient) d'être respectés.

III.2.4. Sources de financement

Le SeTIS Wallon s'appuie sur un financement semi-structurel grâce au décret du 27 mars 2014 de la Région wallonne, qui prévoit en son article 155 l'agrément et le financement d'un organisme chargé d'organiser l'offre d'interprétariat en milieu social. Cela permet d'amortir jusqu'à présent le choc de la diminution de certaines subventions. Le SeTIS Bruxellois, lui, ne bénéficie depuis sa création que d'un financement ponctuel. Face au manque de moyens pour rémunérer les interprètes, plusieurs licenciements ont été faits. Ce qui a entraîné une augmentation du nombre de contrats précaires et d'indisponibilité à prester faute de personnel. De ce fait, le SeTIS Bruxellois doit décliner une demande de prestation sur cinq depuis 2010, et une demande sur quatre depuis 2015 (Delizée et al., 2015)

Les médiateurs interculturels quant à eux sont subventionnés par le SPF Santé Publique pour les hôpitaux généraux ou psychiatriques. Pour demander le financement, une circulaire doit être complétée et renvoyée au SPF. Les critères de décision sont : le nombre de patients hospitalisés d'origine étrangère UE et hors UE. S'il y a eu un financement l'année précédente, alors le nombre d'interventions réalisés au cours de cette année sont pris en compte. À l'heure actuelle, l'enveloppe pour le financement des interprètes en face en face est fermée faute de budget à moins de supprimer le financement des hôpitaux avec un faible rendement (enveloppe fermée). Néanmoins le financement pour la vidéoconférence est encore possible. L'utilisation du service est gratuite pour les patients lorsque les hôpitaux font recours au médiateur interculturel, par contre s'ils font recours à un IP externe tel que le SeTIS les frais sont à la charge de l'hôpital (Coune, courriel du 11 juin 2018).

III.2.5. Contrats octroyés

Le SeTIS vise l'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi et faute de financement, ils octroient des contrats précaires avec de faibles revenus. Le médiateur interculturel et le coordinateur ont un contrat salarié à durée indéterminée. Ils sont rémunérés grâce à l'enveloppe reçue pour subventionner le service de médiation interculturelle.

III.2.6. Le profil d'embauche

En général, l'interprète du SeTIS est un immigré qui s'est intégré dans la société Belge. Il a des compétences linguistiques et des qualités relationnelles ; idéalement il devrait être détenteur d'un diplôme de l'enseignement supérieur mais en pratique le diplôme n'est pas le critère primordial vu la rareté des bons profils et le parfait niveau de maîtrise de certaines langues par certaines personnes n'ayant pas fait d'études supérieures (Anselme C. courriel du 4 juin 2018)

III.2.7. Formation dispensée par les tiers traduisant

Le médiateur interculturel nouvellement engagé reçoit une formation axée sur le comportement éthique et déontologique, la communication non verbale, les techniques d'interprétation de liaison, la prise de note, le chuchotage, la traduction à vue, l'analyse discursive d'interactions en milieu médical. Ensuite deux à trois fois par an ils participent à des échanges de points de vue sur des cas problématiques et discutent de l'adéquation de leur réaction avec le guide de la médiation interculturelle.

L'interprète en milieu social reçoit une formation sur le rôle des interprètes, de son savoir-faire et savoir être, exigences et limites du métier, assimilation du code déontologique, apprentissage de la gestion du non verbal, de la voix, de la traduction, la triade, les attitudes relationnelles...

III.3. Mise en place du service d'interprétariat linguistique dans une institution

Le recours au service d'un interprète professionnel à l'hôpital n'est pas toujours systématique pour de multiples raisons (coût, temps, complexité, mauvaise perception...). Les systèmes dits de « débrouille » sont souvent privilégiés malgré les multiples inconvénients décrits précédemment (erreurs médicales dues à une mauvaise traduction, rétention d'information...) Ce constat pose la question de la « professionnalisation » de l'IP, tant au niveau du personnel soignant, des patients, que des institutions, en tant que déterminant de la mise en place concrète d'un tel service.

Dès lors, entre les fausses idées selon lesquelles la langue n'a pas d'impact sur la qualité des soins et la multitude de tâches jugées prioritaires par les institutions et les professionnels de santé, comment faire passer le message de l'importance du développement d'un service d'interprétariat professionnel et de son impact sur la qualité et l'efficacité des soins de santé ? La mise en place d'un service d'interprétariat étant un processus, recourir aux « mesures de professionnalisation » semble être l'une des pistes de solution, susceptible de légitimer la mise en place de ce service dans les institutions. Pour ce faire, plusieurs initiatives sont envisageables tant au niveau de l'institution, qu'au niveau du patient :

Au niveau de l'institution, il faudrait :

- Obtenir la **reconnaissance** et l'appui au niveau des pouvoirs publics (mettre en place des politiques qui recommandent aux institutions d'inclure dans leurs missions et politiques de soins des compétences culturelles et linguistiques) et au niveau de l'institution
- Nommer un **responsable dans l'institution** connu de tous. Le responsable engagé devra être présenté dans tous les services de consultations, d'imagerie, d'hospitalisation, d'urgence, soins intensifs, accueil. Par la suite le responsable devra se charger de renouveler l'information sur l'existence du service et son importance. De ce fait, il devra faciliter l'utilisation et le recours par les professionnels de la santé d'interprète professionnel (procédures claires, efficaces, simplification, outils, soutien logistique) ; par exemple il peut établir un protocole avec une démarche à suivre pour entrer en contact avec un IP : ou, quand, comment et pourquoi ?
- **Sensibiliser** régulièrement les professionnels par des conférences, des séminaires...sur la fonction et les compétences de l'IP et sa plus value sur la qualité des soins
- **Formation continue** du personnel sur les connaissances et les attitudes à développer en lien avec les compétences culturelles et linguistiques et sur les signes qui permettent de reconnaître un patient nécessitant une aide linguistique
- **Formation des interprètes** en interne (information sur les codes de déontologie, mise en place d'outils commun tels les lexiques, formation sur la terminologie spécifiques des thématiques médico-sociales) et en externe (diplôme universitaire, participation à des colloques au niveau national, à des rencontres)
- **Formation du personnel soignant** sur la façon de travailler avec un interprète

- Mettre sur pied des pratiques formalisées de **collecte de variables** linguistiques et culturelles du patient pour pouvoir les inclure dans les recherches. Par exemple noter ces variables dans le dossier du patient
- Rendre le service disponible pour cela, disposer d'un numéro général qui centralise toutes les demandes et les dispache, encourager l'utilisation d'outils novateurs telles que la vidéoconférence et la téléphonie en situation d'urgence et former les professionnels de santé à leur utilisation.
- Inclure une dynamique d'évaluation du service mis en place par un évaluateur externe ; via une enquête de satisfaction des patients et des professionnels de santé sur la qualité du service fourni.
- Favoriser le travail en réseau (rencontre avec les partenaires du service public : santé, éducation, emploi, enfance, administration et les partenaires associatifs : fédérations, centre d'accueil de demandeurs d'asile, de réinsertion sociale...).

Au niveau du patient, il faudrait :

- Sensibiliser les migrants et minorités ethniques sur leur droit à l'information dans leur langue en tant qu'élément clé à la qualité des soins et sur les dispositifs existants (service d'interprétariat) et expliquer la déontologie des IP
- Rendre les informations sur l'éducation à la santé, les soins, les services... accessible dans la langue des patients migrants et minorités ethniques. C'est le cas des écrits dans les langues des minorités ethniques qui fréquentent l'hôpital, des contenus audiovisuels et des sites internet ; des systèmes de communication en plusieurs langues.

Synthèse du cadre théorique

Nous venons de voir en premier lieu, les conséquences des barrières linguistiques sur l'accessibilité aux soins des PMNAL et porteurs de maladie chronique (diabète de type 2). Il en est ressorti que les PMNAL participent moins aux activités de prévention et promotion de la santé, ont du mal à avoir un médecin référent. Ce qui est problématique dans le cadre de la prise en charge du diabétique qui demande un suivi régulier chez un même médecin. Nous avons aussi constaté qu'ils ont plus recours aux services d'urgence, n'ont pas le privilège de faire partie des essais cliniques pour les traitements de pointe, ont une faible satisfaction à l'égard des soins et services rendus, ont une diminution de la fidélité au traitement ce qui augmente le risque de complication chez le patient diabétique. Tout ceci pouvant augmenter le coût des soins médicaux par deux moyens : en augmentant le risque d'erreurs médicales et de complications de la maladie et en produisant des coûts inutiles (les consultations inutiles dues au manque de satisfaction et de confiance des patients, multiplication des examens médicaux parfois inutiles, la durée prolongée des séjours hospitaliers).

En deuxième lieu, pour favoriser une égalité et une équité dans les soins et aussi favoriser le respect des droits du patient, la confidentialité et le respect des principes bioéthiques, la meilleure stratégie pour lever la barrière de la langue est le recours à un interprète professionnel car il contribue à : améliorer la satisfaction du patient et du soignant, garantir l'éthique médicale concernant le consentement et la confidentialité, améliorer la compréhension du traitement et son approbation, améliorer l'éducation et l'information liées à la santé, augmenter le gain de temps pendant les consultations, améliorer l'accès aux soins de santé, réduire les risques d'erreurs médicaux, améliorer l'efficacité et l'efficience des transferts vers des spécialistes... (Ribera J. et al 2008).

Enfin, pour faciliter/renforcer le recours au service d'interprétariat nous avons émis quelques idées émanant d'un mixte de recommandations françaises et canadiennes (Gauthier, 2012 ; HAS, 2017) sur la mise en place d'un service d'interprétariat de qualité. Ces recommandations seront comparées à la pratique des professionnels, parties prenantes, du mécanisme d'interprétariat dans les institutions ayant fait l'objet d'enquête dans le cadre du présent mémoire. Méthodologiquement, cette comparaison passe par une formulation d'hypothèses de recherches qui faciliteront les vérifications dans la phase pratique.

Aussi et pour rappel, doit-on rappeler à cet effet nos questions de départ qui sont les suivantes :

- Quelles sont les barrières et les facilitateurs qui interviennent lors du recours à l'interprète professionnel ?
- En cas de non recours à l'interprète professionnel, quelles sont alors les stratégies d'interprétation mises en place par les professionnels de la santé afin de soigner adéquatement le patient migrant qui ne parle pas la même langue que lui ?

Hypothèses de recherche

Nos hypothèses sont basées sur quatre déterminants pouvant influencer le recours à l'IP : les déterminants liés au professionnel concernés par le recours à l'IP, les déterminants liés au patient, les déterminants liés à l'organisation/institution et les déterminants externes.

✓ Hypothèses relatives aux déterminants liés aux professionnels concernés par le recours à l'IP

1. Le recours à un interprète professionnel se met en place en fonction de la connaissance qu'ont les professionnels de santé de l'existence de ce service.
2. Le recours à l'interprète professionnel se met en place en fonction de la perception de la plus-value de ce service sur la qualité des soins par les professionnels de la santé
3. Le recours à l'interprète professionnel se met en place en fonction des constats de prises en charge inadéquates lors de l'absence de ce service, faits par les professionnels de santé
4. Le recours à l'interprète professionnel se met plus difficilement en place quand cette démarche est perçue comme complexe par le professionnel de la santé
5. Le recours à l'interprète professionnel se met plus difficilement en place quand cette démarche est perçue comme chronophage par le professionnel de la santé (couteuse en temps)
6. Le recours à l'interprète professionnel se met plus difficilement en place quand il n'existe pas de procédures explicites pour les professionnels de santé.
7. Le recours à l'interprète professionnel se met plus difficilement en place quand cette démarche est perçue comme à la charge du professionnel de la santé (c'est le professionnel qui doit organiser le service, téléphoner, organiser et planifier RDV) ?

Les hypothèses 4 à 7 ont été regroupées en une hypothèse simplifiée portant sur les procédures de recours à l'IP. Dans ce cas nous voudrions savoir si les procédures étaient claires, simplifiées, facile à mettre sur pied pour faciliter le recours à l'IP.

✓ Hypothèses concernant les déterminants liés au patient concernés par le recours à l'IP

Le recours aux interprètes professionnels se met en place pour donner suite à des plaintes de patients migrants non francophones déçus de la qualité des soins ?

Cette partie se base sur l'hypothèse selon laquelle les patients insatisfaits pour erreur de diagnostic, conflit, complications suite aux problèmes de langue porteraient plainte. Ce qui peut motiver les professionnels dans le futur à recourir à l'interprète professionnel. Cette partie s'adresse aux responsables.

✓ Hypothèses concernant les déterminants organisationnels du recours à l'IP

Ces hypothèses s'adressent essentiellement aux responsables du recours à l'interprétariat. Ici nous aimerons explorer/savoir quelle est la politique de l'hôpital quant à la qualité des soins des patients migrants nécessitant une aide linguistique. Est-ce inclut dans les objectifs de l'hôpital de prendre en charge cette population ? Quels moyens disposent-ils pour prendre en charge cette population (financiers, matériels, humains...). Ces moyens facilitent-ils le recours à l'interprète, et aussi le point de vue de ces responsables sur la disponibilité du service qu'ils proposent. D'où les hypothèses suivantes :

1. Le recours à l'interprète professionnel se met en place en fonction des moyens financiers, humains, matériels mis à la disposition de ce service ?
2. Le recours à l'interprète professionnel se met en place lorsque l'hôpital intègre dans ses **objectifs** la qualité de soins pour les patients migrants ?
3. Le recours à l'interprète professionnel se met plus difficilement en place quand cette démarche est à la charge financière de l'hôpital ?
4. Le recours à l'interprète professionnel se met plus difficilement en place quand ce service est peu ou pas disponible ?

✓ Hypothèses concernant les déterminants environnementaux du recours à l'IP (environnement sociodémographique, légal, recommandations extérieures...)

Le déterminant externe est compris ici comme l'environnement général de l'hôpital. Met-on en place un service d'interprétariat parce qu'on est situé dans une zone fortement exposée à la migration ? ou le fait-on pour respecter le droit du patient ? D'où les hypothèses suivantes :

1. Le recours à l'interprète professionnel se met en place en fonction de **l'exposition** de l'hôpital à la migration.
2. Le recours à l'interprète professionnel se met en place en fonction des injonctions légales (loi de 2002 sur les droits du patient) et/ou des recommandations communautaires (Union Européenne, OCDE...) ou internationales (OMS, HCR, charte du type M.E.D...).

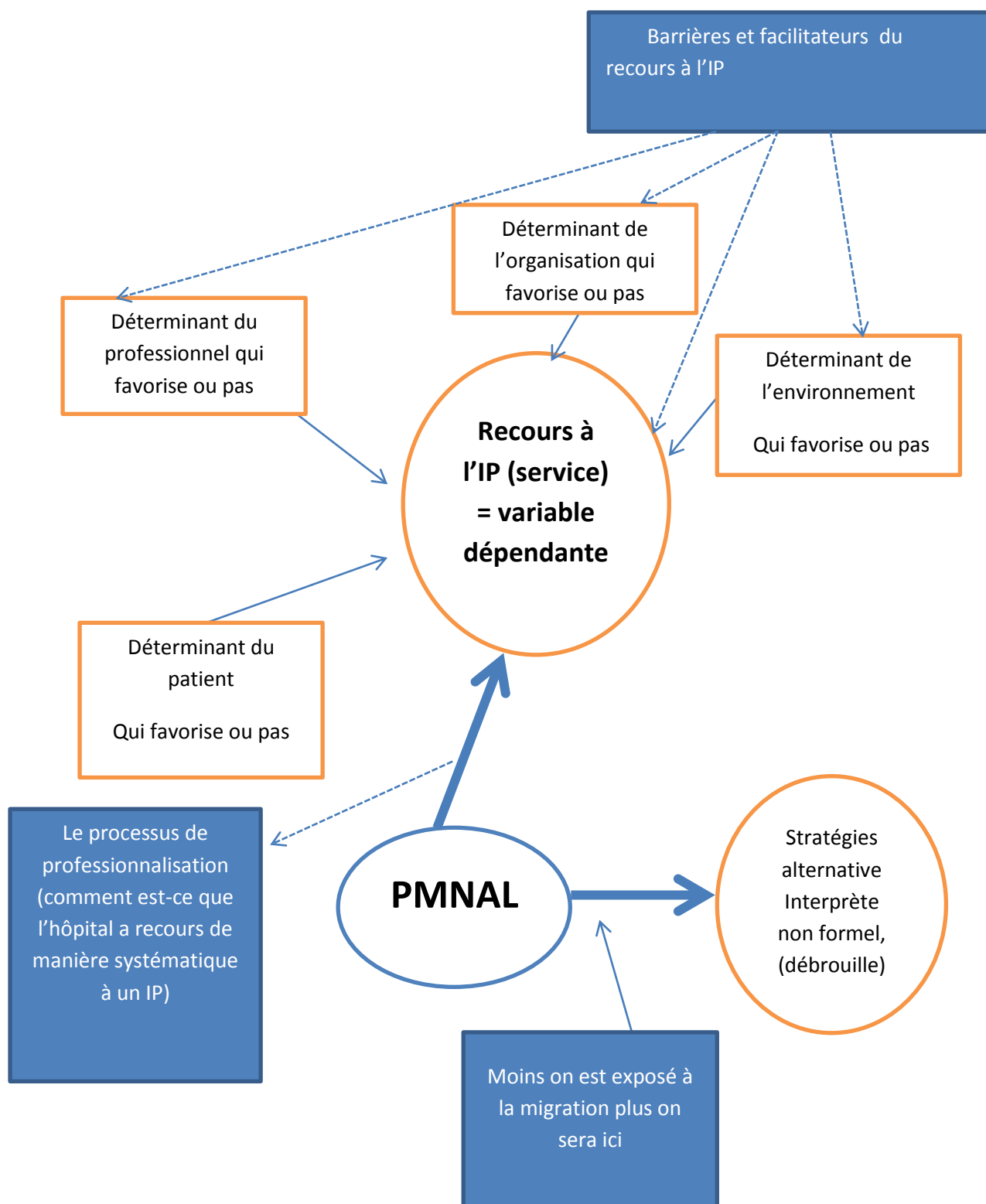


Figure 4: schéma de l'hypothèse du recours systématique à l'IP

DEUXIEME PARTIE – CADRE PRATIQUE

Dans cette partie du travail, nous décrirons les institutions de soins où l'étude a été effectuée, la méthodologie, les catégories que nous approfondirons, l'analyse, les résultats, la discussion, la conclusion et enfin des pistes de solutions/recommandations pouvant aider à la (professionnalisation) du service d'interprétariat au sein des hôpitaux. Nos questions de départ sont les suivantes :

- Quelles sont les barrières et les facilitateurs qui interviennent lors du recours à l'interprète professionnel ?
- En cas de non recours à l'interprète professionnel, quelles sont alors les stratégies d'interprétation mises en place par les professionnels de santé afin de soigner adéquatement le patient migrant qui ne parle pas la même langue qu'eux ?

Chapitre IV - Méthodologie

Ce chapitre met en avant les approches et techniques ayant servi à la réalisation du présent mémoire. Elle présente aussi les participants, l'outil de recherche et le déroulement de l'enquête avec une brève description des institutions.

IV.1. Choix de l'approche qualitative

Bien que pouvant être justifié parfois par des raisons objectives telles que le coût financier, la restriction budgétaire, la lenteur de la mise en place... le recours à un interprète professionnel ou non professionnel peut aussi être justifié par des raisons subjectives. Ces types de raison ne peuvent être décelés que dans l'analyse du vécu des professionnels de santé qui font recours à un interprète dans leurs pratiques de soins au quotidien.

L'approche qualitative nous a paru appropriée pour cette recherche car l'entretien nous permettra d'explorer les non-dits dans ces pratiques quotidiennes, le ressenti de ces professionnels ainsi que la compréhension des difficultés éprouvées face à l'interprétariat.

IV.2. L'échantillonnage

La récolte de nos données a été réalisée au sein de quatre institutions du début du mois de Février à la fin du mois d'Avril 2018. Nous avons choisi de questionner d'une part des professionnels de santé à propos de leurs pratiques en contexte de soins avec un patient ne parlant pas leurs langues (quelles stratégies sont mises en place pour la traduction, y a-t-il

systématiquement un recours à l'interprète ?) ; d'autre part nous avons interrogé les responsables au sein de ces institutions hospitalières à propos du fonctionnement du service d'interprétariat (disponibilité, procédure d'utilisation...).

IV.2.1. Les institutions ayant fait l'objet de notre enquête

Pour une question d'anonymat les quatre institutions choisies seront nommées institution 1, institution 2, institution 3, institution 4. Deux d'entre elles sont situées en Wallonie, les deux autres dans la région de Bruxelles-Capitale. Les institutions ont été choisies en fonction de leur degré d'exposition à la migration. Parmi ces institutions, deux ont en leur sein un service de médiation interculturelle avec présence physique d'interprète, une institution a un service de coordination interculturelle sans présence d'interprète physique et travaille en partenariat avec le SeTIS de sa région, la dernière ne possède pas du tout un service de médiation interculturelle et n'a aucun partenariat. Les institutions 1 et 2 ont une forte exposition à la migration parce qu'elles sont situées en plein centre de la capitale. En effet, à Bruxelles, les étrangers représentent 31,1% de la population sur les 11,7% de la population étrangère totale (Myria 2017). Et les deux autres ont plutôt une faible exposition. Nous n'avons pas pu avoir les chiffres exacts dans les institutions interrogées. Le tableau ci-dessous donne un bref aperçu des caractéristiques de chaque institution (tableau 1).

Tableau 1: Description des institutions étudiées

	Institution 1	Institution 2	Institution 3	Institution 4
Type d'institution	catholique, privée bilingue	publique de proximité, laïque, sociale et universitaire	publique universitaire	ASBL
Capacité	548 lits agréés	582 lits agréés	605 lits agréés	200 lits agréés
Nombre d'admission/an		20000	26000	pas d'information
Nombre de passage en hôpital de jour/an	16200	20000	28125	pas d'information
Nombre de passage en hospitalisation/an	145000	170000	180000	pas d'information
Nombre de passage aux urgences/an	41000	80000	37000	pas d'information
Nombre de passage en consultation/an	382000	421077	280000	pas d'information
Exposition à la migration	fort	fort	faible	faible

Présence de coordinateur interculturel	oui	oui	oui	non
Service de médiation interculturelle	oui	oui	non	non
Nombre de médiateur interculturel	3	6		
Nombre de langues parlées	7	12		
Nombre de sites	3	fait partie d'un groupe	3	4

IV.2.2. Critères de sélection des participants

Plusieurs critères ont concouru à la sélection des participants à l'enquête qui sont les suivants :

- D'une part des professionnels de la santé travaillant dans un service de maladie chronique et prenant en charge des patients migrants ne parlant pas l'une des langues nationales de la Belgique. Nous avons considéré le diabète comme maladie chronique car, comme nous l'avons souligné dans la théorie, il est assez prévalent chez les patients migrants et constitue aussi un enjeu de santé publique. Nous avons interrogé les infirmiers référents en diabétologie parce que les patients diabétiques ne sont pas toujours en médecine interne dans tous les hôpitaux, et aussi parce que les référents en diabétologie vont dans tous les services et ont une vision globale des habitudes de l'institution.
- D'autre part les responsables qui s'occupent de l'organisation du recours à l'interprète (les responsables du service social, coordinateurs interculturels...).

Parmi les personnes sollicitées, 6 professionnels de santé travaillant dans un service de maladie chronique et 4 responsables chargés de l'organisation du recours à l'interprète ont participé à l'enquête. Parmi les 6 professionnels de santé, 5 étaient des femmes et le 6^e était un homme. Et, parmi les responsables, 1 homme et 3 femmes. Le tableau suivant en fait une synthèse. (Tableau 2).

Tableau 2: Synthèse de l'échantillonnage

	Professionnel de santé	Responsable de l'organisation du recours à l'interprétariat	Total
Institution1	1	1	2
Institution 2	1	1	2
Institution 3	2	2	4
Institution 4	2	0	2
Total	6	4	10

IV.2.3. La procédure d'échantillonnage

Nous avons contacté par téléphone les quatre institutions dès le début de la recherche, pour un premier contact en passant par la centrale téléphonique de l'institution pour pouvoir rentrer en contact avec les services concernés. Une fois le service contacté, après s'être présenté au préalable, nous avons demandé à parler à l'infirmier(e) chef ou au médecin chef de service pour les professionnels de santé, et aussi au responsable de l'organisation du recours à l'interprétariat. Ainsi, nous avons pu, rencontrer avant l'enquête les responsables de l'organisation du recours à l'interprète de deux institutions pour un premier contact. Ces derniers ont manifesté leur intérêt pour l'étude.

À la phase de l'enquête nous avons de nouveau pris contact par téléphone avec les institutions, qui nous ont donné la procédure interne à suivre pour mener les enquêtes à savoir : écrire des mails aux médecins chefs de service ou aux cadres de nursing pour leur expliquer le travail, le but et les objectifs, ...).

Nous avons constaté que chaque institution a sa propre logique décisionnelle. Ce travail de prise de contact, de démarches effectuées afin d'inviter les institutions à participer au projet et d'obtenir leur accord a été d'une grande nécessité. Cela nous a permis de comprendre que ce n'est pas parce que la première prise de contact se passe bien que la suite sera évidente. Il ne

faut pas toujours partir avec l'idée que ce sera facile. Il faut prévoir les obstacles à l'avance et les moyens d'y faire face.

IV.3. La récolte des données

Comme outil de collecte de données nous avons opté pour le guide d'entretien, qui nous a garanti un bon déroulement des entretiens

IV.3.1. Outil de collecte de données : Le guide d'entretien

Ayant opté pour un entretien semi-structuré, l'outil choisi pour notre collecte de données est un guide d'entretien réalisé en fonction de nos hypothèses de recherche. L'idée étant de laisser à l'interlocuteur la possibilité de donner son point de vue, de parler de ses expériences, de ses perceptions, de ses pensées et d'exprimer son ressenti (Moser & Korstjens 2017) sur les questions posées tout en restant dans un cadre bien précis. Le déroulement de l'entretien n'a pas été qu'un jeu de question réponse, mais un dialogue comme le recommande Moser et Kortstjens (2017). Les données ont été recueillies lors des interviews à partir des enregistrements au moyen d'un dictaphone avec l'accord des interviewés. L'avantage étant, selon Deslauriers J.-P., (1987) de permettre de « conserver les entrevues et d'en tirer une analyse secondaire »

Par ailleurs, afin d'obéir aux prescriptions d'un entretien de qualité le sujet a été introduit et la présentation faite en début d'interview (« *Bonjour Monsieur, Madame, je suis Madame X, étudiante en master en santé publique à l'UCL, merci de m'accorder quelques minutes de votre temps...* »). Cette phase de décontraction a permis d'aborder les autres phases sans difficultés majeures : un climat propice à la confiance et au dialogue (lieu calme), une écoute active (rebondir sur ce qu'a dit l'interviewé au préalable), des questions ouvertes avec des réponses plus longues, des bonnes reformulations pour vérifier la compréhension et rechercher des éléments d'explication (si je comprends bien...)

○ Pré-test

Pour s'assurer de la bonne compréhension de chaque question et connaître la durée approximative des interviews, le guide a été pré-testé avant les interviews de terrain. Certaines questions ont été reformulées, ajoutées ou supprimées afin que l'enquête soit plus compréhensive et mieux structurée. Vu la spécificité de certaines questions sur la mise en place du recours à l'interprète, nous avons décidé de scinder les questions en deux parties. Une partie « facteur professionnel et facteur patient » s'adresse aux professionnels de santé

travaillant avec les migrants s'exprimant peu ou pas dans l'une des langues nationales (pour cette étude ce sont les infirmiers référents en diabétologie) ; et une autre partie « facteur organisationnel et facteur externe » s'adresse aux responsables chargés de l'organisation du recours à l'interprète. Cette base a meublé le guide d'entretien.

IV.3.2. Déroulement des entretiens

Une fois les rendez-vous fixés, nous nous sommes rendus au lieu prévu pour l'interview à la date et à l'heure prévues. Les entretiens se sont déroulés soit dans les bureaux, soit dans les salles de réunion pour ne pas être dérangés. C'était des entretiens individuels d'une part avec les responsables chargés de l'organisation du recours à l'interprète et d'autre part avec les professionnels de santé d'un service de maladie chronique (infirmier(e)s référent(e)s en diabétologie).

La durée moyenne de ces entretiens était d'environ 30 min pour les responsables chargés d'organiser le recours à l'interprète et environ 20 min pour les professionnels de santé. L'entretien s'est fait en français, au moyen du guide d'entretien préconçu. Toutes les questions ont été abordées non pas dans l'ordre établi, étant donné que l'interviewé pouvait, en répondant à une question, développer d'autres points du guide. L'entretien était souvent relancé pour approfondir la réponse de l'interviewé (*vous avez mentionné... pouvez-vous m'en dire plus ? qu'entendez-vous par-là ?*) et mieux comprendre ce que voulait exprimer l'interviewé.

IV.4. La méthode d'analyse des données

Réaliser une analyse des informations recueillies par une approche qualitative revient à réaliser une seconde lecture de ces informations afin d'en saisir le sens au-delà des significations premières (cours I. Aujoulat). L'analyse se fait en deux étapes : l'analyse descriptive et l'analyse interprétative.

La première étape (analyse descriptive) doit consister à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit (représentations des résultats) et la deuxième étape (analyse interprétative) doit se faire sur la base de la subjectivité du chercheur, mais aussi des connaissances recueillies au travers de la littérature qui sont des atouts dans l'interprétation des résultats. Mais toutes ces étapes commencent par une retranscription fidèle des entretiens.

IV.4.1. Retranscription des entretiens

L'avantage de la retranscription, apparait au niveau de l'analyse. Réécouter les entrevues permet de prendre du recul à l'égard de l'interviewé et de prêter attention à ses propos. Elle permet non seulement de prendre en considération les opinions individuelles des répondants mais aussi de les comparer les uns aux autres. Elle marque aussi un temps d'arrêt qui oblige le chercheur à la réflexion. La retranscription nous a permis de voir plus clair dans la représentation des résultats ; elle s'est faite dans son intégralité.

IV.4.2. Analyse des données : L'option de l'analyse par catégories prédéfinies

Après la retranscription, nous avons utilisé une méthode comparative pour analyser les données. D'abord nous avons identifié dans les interviews les stratégies utilisées par chaque institution que nous avons étudiée. La plupart de ces stratégies était similaire entre professionnels de santé. Et parmi les stratégies l'utilisation d'un membre de la famille était privilégiée par tous les professionnels.

Ensuite nous avons relevé les barrières et les facilitateurs du recours à l'interprète pour chaque institution. Nous avons relevé certaines similitudes sur les stratégies de recours à l'IP entre professionnels, et aussi, entre professionnels et responsables, malgré le fait que certaines institutions avaient un service de médiation interculturelle et d'autres pas. Nous avons aussi relevé des différences. La transcription est en italique pour indiquer les propos des participants. Chaque participant est anonyme et est dénommé « professionnel 1 » ou « professionnel 2 », et les responsables restent « responsables ».

Les catégories sont classées par déterminant pouvant influencer le recours à l'interprète professionnel : déterminant lié au professionnel, déterminant lié au patient, déterminant lié à l'organisation et déterminant lié à l'environnement. Ce sont ces déterminants qui sont catégorisés en « barrières » et « facilitateurs » du recours à l'IP.

IV.5. Approbation du comité d'éthique

Nous avons introduit une demande au comité éthique de Saint Luc (comité éthique principal), ainsi qu'au comité éthique interne des institutions interrogées. Nous avons obtenu l'autorisation de conduire notre investigation.

IV.6. Résultats

Les résultats ont été analysés et regroupés en thèmes en fonction des hypothèses et des questions de recherche. D'une part, nous avons les déterminants qui influenceraient le recours à un interprète professionnel, et d'autre part, les stratégies utilisées pour communiquer avec les patients qui ne parlent pas la langue du professionnel en l'absence de l'IP. Les résultats sont articulés sur la base des extraits des propos des participants.

IV.6.1. Analyse descriptive des hypothèses

Les hypothèses sont basées sur quatre classes de déterminants qui influenceraient le recours à l'interprète professionnel : le déterminant lié aux professionnels, ceux liés aux patients, ceux liés à l'organisation et ceux liés à l'environnement.

❖ Déterminants du recours à l'IP

IV.6.2. Déterminants liés aux professionnels

Pour rappel :

Les déterminants liés aux professionnels reprennent les variables qui dépendent du professionnel et qui vont faciliter ou freiner le recours à l'interprète professionnel.

▪ Connaissance de l'existence du service d'interprétariat

Les professionnels de santé de toutes les institutions ont déjà pris en charge les PMNAL. Ils ont connaissance de l'existence du service d'interprétariat qu'ils en possèdent ou pas dans l'institution.

« Dans l'institution il y a des médiateurs interculturels » professionnel de santé institution 1 et 2.

« ...il y a le service social qui s'occupe de cela, qu'on peut toujours contacter» professionnel de santé institution 3.

Néanmoins ceux qui ne possèdent pas un service de médiation interculturel sur place ont vaguement une idée.

« Je sais que ça existe des services pour la traduction mais je ne sais plus le nom (pour parler du SeTIS) ... » professionnel de santé 1 institution 4

« Je l'avais noté quelque part le nom des personnes qui s'en occupent... mais je ne saurai vous dire...faut que je le retrouve...» professionnel de santé 2 institution 4.

Malgré cette connaissance le recours à leur service n'est pas systématique.

« J'ai déjà eu à travailler avec un interprète professionnel mais c'est le patient qui est venu avec... Mais c'est très rare » (professionnels institutions 1 et 3)

Les raisons de cette attitude seront abordés plus loin et constituerons la section barrière au recours à l'IP.

▪ **Perception de l'IP comme une plus-value à la qualité des soins**

Le recours à l'IP comme plus-value à la qualité des soins est mitigé

« Tout cela n'existait pas avant et on se débrouillait toujours...il y a pas longtemps que ça existe et on se débrouillait » Professionnel de santé 2 institution 3

« ...Maintenant il y a une sorte de relation de confiance qui se crée entre le patient et lui mais faut que ce soit toujours le même aussi » Professionnel de santé 1 institution 3

« L'interprète c'est pas plus confidentiel non plus... » Professionnel de santé

Institution 2

« Je veux bien mais euh la réalité n'est pas toujours comme dans les livres... » Professionnel de santé institution 1

« Maintenant je trouve qu'on en fait toute une histoire, il y a toujours eu des migrants...il ne suffit pas de traduire il faut s'adapter aussi au langage de la personne. Parler lentement, doucement... » Professionnel de santé 2 institution 4.

▪ **Recours à l'IP en cas de prise en charge inadéquate dans le passé**

Les professionnels des institutions 1, 2 et 4 ont déjà utilisé un interprète professionnel lorsque le système de débrouille n'a pas fonctionné et qu'aucun membre de la famille n'était présent. Mais ils admettent que cela est très rare.

« j'ai eu un patient Biélo..biélo-russe qui ne parlait pas un mot de français et là nous avons demandé à Fédasil un interprète parce que je n'avais personne sous la main qui parlait cette langue...fallait bien trouver une solution » Professionnel de santé institution 4

« Maintenant j'ai eu un patient que je comprenais pas du tout... j'ai fait venir l'IP et ce n'était même pas cette langue là... j'ai jamais su quelle langue il parlait... » Professionnel de santé institution 1

« on a du faire venir un interprète parce que c'était pas possible autrement...et c'est l'interprète de Fédasil qui est venu...c'est nous qui avons fait la demande parce qu'on ne savait pas communiquer, il n'y avait personne qui comprenait la langue du patient... sinon on demande toujours au patient de se faire accompagner...» (Professionnel institution 4)

Dans l'institution 3 ils disent n'avoir jamais eu besoin d'y recourir.

« Si cela arrivait qu'on ne puisse pas se comprendre on fera appel au service social mais maintenant cela ne nous ai jamais arrivé. Ça fait 30 ans que je travaille ici et je ne l'ai jamais fait, j'ai peut-être eu la chance jusqu'ici je me suis toujours débrouillée » Professionnel de santé 2 institution 3

▪ **Procédures claires, simples, moins complexes, chronophages...**

En ce qui concerne les démarches :

« ...Que j'ai besoin d'un interprète et il est tout de suite là...c'est un rêve...non ça ne marche pas du tout comme cela. Parfois on prend rendez-vous et puis ça ne va pas ou ils sont à une autre consultation et il faut attendre. Parfois ils arrivent (l'IP) en retard...ça perd du temps tout ça, autant mieux le faire. C'est des gens fort sollicités. Sinon les démarches on a les numéros qu'il faut, les cartes... le temps que je perds pour tout ça je préfère le prendre pour bien expliquer au patient et sa famille et lancer quelque chose de solide dès le départ »» Professionnel de santé institution 1.

« (En montrant l'affiche) on a les photos avec leur numéro et les langues qu'elles (les médiatrices dans l'institution) parlent mais le problème c'est qu'ils sont souvent occupés. On prend des rdv et puis ça ne va pas il faut changer soit parce qu'il (médiateur interculturel) en congé ou malade. L'interprète arabe par exemple est fort sollicité. Il n'y a pas beaucoup d'interprète pour les langues forts sollicitées ou rares » Professionnel institution 1

▪ **Les barrières à l'utilisation de l'IP (raisons du recours à l'interprète informel)**

Plusieurs raisons sont évoquées par les professionnels pour le recours à l'interprète informel. Ces raisons constituent les barrières au recours de l'IP. Les raisons ne sont pas classées par ordre de priorité.

➤ Raison 1 : Les patients viennent déjà accompagnés,

S'ils viennent des centres de demandeurs d'asile, ils viennent avec un interprète sur demande

➤ Raison 2: Raison financière

Cette raison est plutôt évoquée par les professionnels de l'institution 4 qui ne reçoivent pas de subvention pour le service de médiation interculturelle.

« ...mais les professionnels il faut les payer, la famille tu ne payes pas hein...Dans l'optique de l'hôpital je pense qu'il n'y a pas d'interprète pour tout l'hôpital parce qu'il faut les payer ces gens-là et eux l'hôpital ils ont toujours soit disant des misères donc ... je ne sais pas... » (Professionnel institution 4)

➤ Raison 3 : investir la famille dans le traitement

Les professionnels des institutions 1, 2, et 4, sont unanimes sur l'avantage d'impliquer la famille dans le traitement du diabète de type 2. Pour eux, l'implication des membres des familles permet de les sensibiliser sur cette maladie. En suivant un régime sain et équilibré, en pratiquant du sport (conseils donnés au patient diabétique) la famille évite les risques d'obésité et par conséquent la maladie. La famille connaît le vécu du patient, ses habitudes, son hygiène de vie.

« ...et moi je pense que la famille ce n'est pas plus mal parce que ça l'investit dans le traitement quelque part par rapport à l'interprète, l'interprète il traduit et puis c'est tout ... »
(Professionnel institution 4)

« Je préfère quelqu'un de la famille parce que je dois raconter ce que c'est que le diabète et, et tout ce qui s'en suit. je veux que toute la famille soit bien informée, parce que c'est une histoire de famille souvent le diabète et par exemple si la maman est diabétique elle doit suivre un régime alimentaire, c'est pas que elle, c'est toute la famille qui doit faire l'effort parce que le régime alimentaire pour un diabétique ça n'existe pas ; c'est une alimentation saine donc variée, avec euh ! sans manger trop; souvent c'est une réalité pour toute la famille et donc une fois que j'ai raconté cette histoire, la fille aussi elle entend très bien c'est une nourriture saine, équilibrée ; tout le monde devrait faire et elles vont s'impliquer davantage, donc le message passe largement... Et souvent aussi les filles connaissent très bien par exemple les parents et les grands-parents et euhh à ce moment-là, elles peuvent tout de suite donner des infos qui sont utiles pour nous. Ou lorsque je demande de faire quelque chose elles savent à quel point ils sauront le faire oui ou non. Et donc la connexion se fait plus facilement qu'avec les interprètes. » (Professionnel institution 1)

Ils préfèrent aussi la famille pour le suivi sur le long terme

« je préfère la famille pour l'après parce que après la séance l'interprète n'est plus là or la famille si » (Professionnel de l'institution 1)

➤ Raison 4 : manque de confiance du patient en présence de l'IP

Les professionnels de santé de l'institution 1 évoquent la méfiance du patient lorsque l'IP est présent car le patient le considère comme un étranger à qui il doit raconter ses problèmes de santé.

« Parfois les patients sont méfiants quand il y a un IP parce que cela fait deux étrangers en plus... moi plus l'IP et il n'ose pas parler, il préfère un membre de la famille qui lui, connaît déjà ses problèmes de santé » (Professionnel de santé institution 1)

➤ Raison 5: Indisponibilité des interprètes Professionnels

Non concordance des agendas : les professionnels ayant un service de médiation interculturelle mentionnent que les interprètes ne sont pas toujours disponibles au moment où ils en ont besoin, et généralement les dates ne conviennent pas

« ...des fois on les appelle ça sonne occupé, puis quand on les a les dates ne correspondent pas ; parfois on réussit à changer, mais parfois ... ce n'est pas toujours facile » (Professionnel institution 2)

« ...qu'on les appelle et qu'ils viennent tout de suite.... Je rêve ; dans la théorie c'est ça mais dans la pratique... » (Professionnel institution 1)

Langues rares et /ou sollicitées : Les langues comme l'arabe sont très sollicitées et les interprètes arabes dans les institutions sont toujours débordés. De ce fait lorsqu'un professionnel se trouve face à un patient arabe il essaye de trouver une autre alternative ; De fois l'interprète arabe est présent mais il se dépêche de traduire parce qu'il est attendu ailleurs. Ce qui ne satisfait pas toujours les professionnels de santé qui ont encore souvent des choses à dire et doivent malheureusement bâcler la consultation.

« De fois on les appelle quand ils arrivent, ça se fait en 5-10 min alors que ç'aurait pu prendre plus de temps » (Professionnel institution 2)

D'un autre côté il n'existe souvent qu'un interprète pour les langues rares (exemple du swahili en Wallonie) or la nécessité d'un interprète est souvent immédiate : Les raisons évoquées sont en général les suivantes :

- Interprète malade ou en congé
- Interprète déjà occupé à une autre consultation

➤ Raison 6 : Les interprètes ne sont pas formés à la pathologie

« Si on a par exemple un patient avec une pompe, si on doit en plus passer par un interprète vaut mieux montrer les choses...il faut quand même une formation de base » (professionnel de l'institution 4)

➤ Raison 7 : Le problème de langue est détecté au moment de la consultation ou du soin lorsque c'est une hospitalisation.

« ... Souvent c'est au moment que le patient est là qu'on se rend compte qu'il y a un problème de communication et l'interprète a déjà son agenda, alors il faut faire quelque chose... » (Professionnel institution 1)

➤ Raison 8 : Le maintien des habitudes tant que ça marche (routine)

« Ça n'a pas toujours existé hein tout ça...on s'est toujours débrouillé » (Professionnel institution 4)

Aucune raison de la non connaissance du service n'a été évoquée ou sur la démarche à suivre pour faire appel à un interprète. Dans les hôpitaux avec un service de médiation interculturelle, les professionnels reconnaissent connaître les démarches à suivre pour faire appel aux interprètes et n'ont pas trouvé la démarche fastidieuse.

- Raison 9 : En l'absence d'interprète formel (professionnel) ou informel (membre de famille, ami, ...) les professionnels de l'institution 3 disent réussir à se débrouiller et cela parce qu'ils ont une équipe plurilingue

« Le dernier cas qu'on a eu c'était un italien, même si la tante n'était pas là ce jour-là, on a quand même su se débrouiller » (Professionnel institution 3)

- Raison 10 : Enfin, Ils reconnaissent aussi que la démarche est chronophage mais plus dans le sens de trouver une date qui conviennent à tout le monde et cela limite le recours au service

De toutes les raisons évoquées celles qui revenaient le plus était l'implication des familles dans le traitement du patient diabétique et l'indisponibilité des interprètes à cause de la non concordance des agendas, l'insuffisance d'IP parlant une langue fort sollicitée ou rare, l'indisponibilité du fait qu'ils (interprètes) soient en congé.

2.1.2 Déterminants du recours à l'IP lié au patient

Les déterminants du recours liés aux patients se basent sur l'hypothèse selon laquelle les patients insatisfaits pour une erreur de diagnostic, un conflit, une complication suite au problème de langue porteraient plainte. Ce qui peut motiver les professionnels dans le futur à recourir à l'interprète professionnel. Aussi, lorsqu'il y a plusieurs demandes, les institutions mettent sur pied des stratégies pour y répondre.

Les professionnels interrogés ont dit ne pas avoir eu connaissance de plaintes déposées pour erreur de diagnostics ou complications, suite aux problèmes de langue. Pour eux, les patients sont plutôt satisfaits du fait qu'ils arrivent à se faire comprendre malgré tout. Dans l'institution 2, ils reconnaissent qu'il y a souvent des comportements inadéquats (agressivité) des patients qui ne parviennent pas à se faire comprendre mais cela n'a jamais conduit à un dépôt de plainte. Au contraire, les patients sont contents d'avoir pu communiquer malgré la barrière linguistique.

« Ils sont souvent un peu agressif... ils s'énervent un peu parce qu'on ne les comprend pas mais euh ça n'aboutit pas à une plainte » (Professionnel institution 2)

« Ils sont contents qu'on ait pu se débrouiller » (Professionnels institution 3)

Les responsables pensent que si la demande est forte alors les institutions pourraient réagir

« Plus il y a des besoins, plus on va s'intéresser au problème » (Responsable institution 3)

« Plus on a de demandes, plus ça poserait de problème que pour ne pas y répondre... je veux dire le médecin doit pouvoir comprendre son patient... » (Responsable institution 1)

2.1.3 Déterminants organisationnels du recours à l'IP

Cette partie s'adresse plus aux responsables du recours à l'interprétariat professionnel. Ici nous aimerions savoir quelle est la politique de l'hôpital quant à la qualité des soins des patients migrants non francophones. Nous aimerions aussi savoir si les moyens (financiers, matériels, humains...) dont ils disposent facilitent le recours à l'interprète, et aussi le point de vue de ces responsables sur la disponibilité du service.

Dans l'institution 2 ils prennent en charge tout le monde, indépendamment de leur origine, de leurs convictions philosophiques ou religieuses ou encore de leur condition sociale c'est la politique de la maison. C'est un hôpital de proximité avec un public multiculturel et pas très favorisé socio-économique ment. Ils mettent donc tous les moyens en œuvre pour satisfaire leurs patients

« On prend en charge tout le monde, on est connu pour ça » (Responsable institution 2)

▪ Moyens financiers, matériels...

Les trois hôpitaux reconnaissent avoir une aide importante dans leur fonctionnement avec l'enveloppe budgétaire du ministère. Même si dans l'institution le service s'est mis sur pied avec le financement du ministère, ils disent que sans cette enveloppe la mise sur pied du service de médiation interculturelle aurait été difficile.

« Les hôpitaux aujourd'hui c'est comme toutes les institutions, les aspects financiers sont fort mis en avant aussi ... ça va de soi, s'il y a les moyens pour le faire on le fera mieux que si on n'en avait pas. Si on n'avait pas de budget on nous dirait il faut faire autre chose, ça prend beaucoup de temps etc...aujourd'hui comme on a quand même un petit budget, ça nous permet de justifier l'activité qu'on fait aussi, si on a les moyens on peut facilement investir que si on n'avait pas les moyens » (Responsable institution 4)

« Sans ce budget là je pense que ce serait tout à fait différent, c'est une grosse aide il faut le dire » (Responsable institution 1 et 2)

▪ Les objectifs de l'hôpital intègrent-ils les PMNAL ?

Même si dans les institutions 1 et 4 les professionnels disent que c'est pas clairement dit dans les objectifs qu'ils intègrent la qualité des soins des patients migrants qui ont une barrière linguistique, ils reconnaissent que leur hôpital est sensible à cette problématique. Ils rajoutent aussi qu'en plus du budget il faut une **volonté institutionnelle** de résoudre ce problème car malgré le financement du SPF il faut aussi les infrastructures qui peuvent être coûteuses pour l'hôpital, comme les locaux, l'achat des ordinateurs pour développer le système hangout ; développer le wifi suppose du travail en plus pour les informaticiens, l'achat du matériel... faire des bureaux pour les interprètes engendre des frais de fonctionnement (locaux, techniciennes de surface). Mais le fait d'avoir le budget donne déjà une motivation non seulement à l'institution mais aussi au personnel qui a déjà d'autres missions et pourrait facilement se décourager s'il n'y avait pas cette aide.

- **Disponibilité du service selon les responsables chargé d'organiser le recours à l'IP**

Pour ce qui est de la disponibilité du service dans l'institution 4, ils ont mis plus d'affiches au niveau des consultations, ils reconnaissent qu'ils ne rencontrent pas toujours les demandes à cause de la disponibilité des interprètes.

Les institutions 1 et 2 pensent que le service est disponible et fort sollicité, d'où le développement du système hangout. Ils disent qu'ils sont débordés et pour cela, n'arrivent pas à répondre à toutes les demandes d'où la nécessité de développer la vidéo conférence. Dans l'institution 1, ils disent qu'il y a toujours la possibilité de s'améliorer.

Pour se faire connaître, les institutions 1 et 2 utilisent la même technique, Flyers, passage dans les services, au niveau des consultations, du dispatching pour expliquer qui ils sont, ce qu'ils font comment les joindre. Affiche dans l'hôpital, dans les services, rencontre avec les nouveaux engagés tous les 6 mois (institution 1) et tous les ans pour l'institution 2 lors de la journée accueil que l'hôpital organise pour les nouveaux. Sur les brochures aussi et le site internet la médiation interculturelle y est expliquée.

IV.6.3. Déterminants externes

Le déterminant externe est compris ici comme l'environnement en général du patient. Met-on en place un service d'interprétariat parce qu'on est situé dans une zone fort exposée à la migration ? ou le fait-on pour respecter le droit du patient ? Cette partie devrait donner un aperçu chiffré de l'exposition à la migration.

▪ Facteur géographique

Les institutions 1 et 2 étant au cœur de Bruxelles, reçoivent plus de patients migrants que les institutions 3 et 4. Malheureusement aucun de ces hôpitaux de Bruxelles ne nous a donné des chiffres exacts sur le nombre de patients qu'ils reçoivent.

Dans l'institution 4, les professionnels trouvent qu'ils sont moins confrontés à la migration parce qu'ils sont situés en zone rurale

«... on draine quand même une population qui n'est pas des immigrés...on est dans un endroit favorisé et privilégié par rapport à d'autres régions je trouve» (Responsable institution 3)

« On a un passage de 6291 patients en 2017 qui sont passés en dehors de l'union européenne, ça ne veut pas dire que sur ces 6291 que ce sont des gens qui ne connaissent pas tous la langue française mais en tout cas il y a quand même déjà pas mal de passage. Alors en 2017, on a organisé 382 séances d'interprétation. C'est pas énorme mais c'est déjà quelque chose... il faut savoir que nous au niveau de notre population, population étrangère, ils viennent de la croix rouge ou de FEDASIL, des centres d'accueil, donc ce sont déjà des personnes qui sont un peu encadré aussi et donc c'est un autre profil de patients que ceux qui arrivent via les urgences et qu'on ne connaît pas toujours » (Responsable institution 3)

Dans l'institution 4, on a aussi moins de migrants ne parlant pas la langue

«... Ça fait un an que je travaille en diabéto, les patients qui ne parlaient pas du tout, j'en ai connu trois ; sur l'année nous recevons environ 3000 patients plus ou moins moi j'en connais... fin je n'ai pas vu les 3000 patients mais euh...maintenant je ne connais pas tous les patients...» (Professionnel institution 4)

L'institution 1 estime à 60% le nombre de patients étrangers fréquentant le service de diabétologie mais ça ne veut pas dire que tous ne savent pas le français

«plus de 60% n'ont pas le français comme langue maternelle, mais ça ne veut pas dire qu'ils ne connaissent pas le français, mais il y a quand même une bonne partie qui ne maîtrise pas du tout ; par contre il y a deux catégories de personnes :des gens avec un très bon niveau de base qui travaillent à la commission européenne et qui ne connaissent pas le français ; ils parlent allemand, suédois, et qui connaissent aussi l'anglais et des gens qui ont un faible

niveau de base et qui ont comme langue maternelle arabe, turc, pakistanais et ne connaissent pas le français. »

Dans l'institution 2, les professionnels estiment entre 30 à 50% des patients de diabétologie ne parlent pas du tout le français.

▪ Poids des injonctions légales

En ce qui concerne les injonctions légales tous sont unanimes sur le fait qu'il n'y a rien d'obligatoire dans le fait de mettre sur pied un service d'interprétariat ; cela se fait en fonction de la demande

« Plus vous avez des besoins plus les institutions vont se dire ça devient incontournable à un moment donné, ça cause trop de problèmes que pour ne pas agir » (Professionnel institution 2).

❖ Stratégies utilisées en l'absence de l'interprète professionnel

Ces stratégies sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3: Stratégie de prise en charge des PMNAL par les professionnels de santé

Hôpitaux	Stratégies	Avantages	inconvénients
Institution 1	-Famille (préférence des filles au fils) préférée à l'IP -liste de personnel (quelques fois) -langue tierce (pour ceux qui ont un bon niveau d'étude)	- Disponible, utile pour connaître les habitudes de vie du patient -disponible	-Mauvaise traduction (résumé ou allonge la traduction)
Institution 2	-Famille (toujours) -Interprète de l'institution (rare) - Firme externe (rare)	-disponible -confidentialité ?	- disponibilité (occupé dans une autre consultation, absent ce jour-là pour

	- membre de l'équipe (plus souvent) -vidéoconférence (jamais utilisée)	- disponible, multilingue	- congé, maladie), non concordance des agendas (pas toujours disponible à la date et à l'heure voulue)... -Problème de wifi -Pas sûr d'avoir une bonne communication
Institution 3	-famille/ parent relais (toujours) -langue tierce (plus souvent) -membre de l'équipe (souvent) -images, gestes (très souvent) -mode d'emploi des injecteurs et des appareils à glycémie (souvent) -liste de personnel (rare) -IP en face à face du (SeTIS, croix rouge, Fédasil) (rare) - utilisation des sites de traduction	-permet de ne pas dépendre de quelqu'un -multilingue -rétablit le dialogue - disponible en plusieurs langues	- ne traduit pas toujours tout -ne connaît pas toujours le langage médical

	recommandés par des associations mondiales (rare). - téléphonie (rare) -vidéoconférence (rare)	-utile pour les urgences	- ne convient pas pour les cas psy, coût -bug dû à une mauvaise connexion
Institution 4	-liste du personnel, collègue (plurilingue) (très souvent) ami/entourage/famille (toujours) -gestes (très souvent) -interprète du SeTIS, de Fédasil (rare) -utilisation d'une langue tierce (souvent)	-pas de coût, disponible -connait l'hygiène de vie du patient, impliqué dans le traitement -rétablit le dialogue	-ne traduit pas toujours tout -coût

Nous constatons que : diverses stratégies sont utilisées et la plus utilisée est la famille. Par ordre de préférence, nous avons :

- Stratégie 1 : la plus utilisée : la famille

Les professionnels de santé de toutes les institutions ont toujours recours à des interprètes informels (famille, ami, collègues de service), il arrive qu'ils travaillent avec un IP de l'institution ou externe mais cela est rare. La ressource privilégiée par les professionnels de toutes les institutions est l'utilisation de la famille. Généralement, les professionnels demandent au patient de se faire accompagner par quelqu'un qui parle français.

«...je demande toujours à mon patient de se faire accompagner par quelqu'un de la famille... » . (Professionnel santé institution 1).

« Si le patient ne parle pas la langue, on exige toujours qu'il se fasse accompagner par quelqu'un de la famille qui parle la langue » Professionnel2 institution 4.

Les professionnels de santé de l'institution 1 ont une préférence pour les membres de la famille ; en effet, ils préfèrent les filles aux garçons parce que, selon eux, les filles suivent les recommandations et les mettent en pratique tandis que les garçons écoutent les recommandations mais ne les mettent pas en pratique.

« ...je préfère, et mes collègues aussi, les filles aux fils parce qu'on remarque que les fils disent toujours oui oui mais ne font pas ce qu'on a demandé [...] alors que les filles écoutent et mettent en pratiquent » Professionnel de santé institution 1.

Inconvénient : Bien qu'ils utilisent la famille, les professionnels de santé reconnaissent que le message peut être mal traduit. Ils rapportent à cet effet, que parfois ils disent beaucoup de chose et l'accompagnateur dit peu de mots ou vice versa.

- Stratégie 2 : L'utilisation d'une langue tierce parlée par les soignants et les patients migrants, chez les patients ayant un bon niveau d'alphabétisation

Les professionnels de santé de toutes les institutions utilisent une langue tierce lorsque le patient peut la comprendre. En effet, les professionnels de toutes les institutions parlent au moins une langue étrangère et leur équipe est bilingue. Cette langue peut être l'anglais, l'allemand, l'italien...

« Si c'est l'italien, je parle un petit peu, si c'est l'allemand je me débrouille un petit peu, si c'est l'anglais je me débrouille... » Professionnel de santé institution

Dans l'institution 1 les professionnels ont mentionné que ceux qui avaient un bon niveau d'alphabétisation utilisaient généralement l'anglais.

« Nous recevons souvent ici des patients avec un très bon niveau qui travaillent à la commission Européenne, ceux-là causent moins de problème parce qu'ils parlent une autre langue... » (Professionnel institution 1)

- Stratégie 3 : les gestes

Les institutions 3 et 4 utilisent très souvent les gestes aussi.

« ...on travaille beaucoup avec les gestes, en montrant... » (Professionnel institution 3)

« ...Les gestes ça marche bien aussi... » (Professionnel institution 4)

- Stratégie 4 : utilisation d'un collègue bilingue

Les professionnels de toutes les institutions utilisent leurs collègues pour prendre en charge les PMNAL. En effet, les professionnels dans les institutions sont bilingues ainsi que leurs collègues

« *Si le patient parle Italien, je cours après une secrétaire qui elle parle italien...* »
(Professionnel institution 4)

« *...Dans l'équipe on est toutes bilingues... on se dit qu'on ne va pas dépendre de quelqu'un...* » (Professionnels institutions 3 et 2)

- Stratégie 5 : la vidéoconférence et la téléphonie

Dans les institutions 1 et 2 avec des services de médiation interculturelle, les professionnels n'utilisent pas la vidéoconférence ni la téléphonie. Les professionnels de l'institution 2 disent avoir des appréhensions quant à l'utilisation de la vidéoconférence.

« *Je ne l'ai jamais fait mais suis sceptique, suis pas sûr que la communication se fasse correctement* » (professionnel institution 2).

- Inconvénient : les appréhensions des professionnels de l'institution 2 viennent de la qualité de la communication.

- Stratégies 6 : mode d'emploi des appareils à glycémies et injecteurs à glycémies

Les professionnels de l'institution 3 utilisent souvent les modes d'emploi des appareils à glycémies qui sont disponibles en plusieurs langues

« *Les modes d'emploi des appareils à glycémies sont en plusieurs langues aussi...* »
(Professionnel institution 3)

- Stratégie 7 : traduction des documents

Les professionnels de l'institution 4 ont déjà eu recours à des associations pour faire traduire des documents.

IV.7. Discussion

Dans cette partie, les données seront interprétées et discutées. Nous essayerons de leur donner un sens sur la base des quatre niveaux d'analyses décrit plus haut : celui des professionnels, des patients, de l'organisation et de l'environnement en général. Un rapprochement sera fait avec la littérature.

IV.7.1. Déterminants du recours à l'IP liés aux professionnels

Les résultats ici font ressortir trois sous catégories : les stratégies utilisées avec ses avantages et ses inconvénients, la perception qu'ont les professionnels sur l'utilité du service, les réticences à l'utilisation du service.

a) Les stratégies utilisées pour répondre au besoin d'interprétariat

- ✓ **Peu de recours aux interprètes professionnels**

Plusieurs stratégies sont utilisées dans les différentes institutions allant de l'interprète non professionnel (famille, ami, collègue) à l'interprète professionnel. L'interprète professionnel est utilisé en dernier recours. Les stratégies les plus utilisées par les professionnels de santé sont le recours à la famille et le système dit de « débrouille » c'est-à-dire utilisation de geste, langue tierce, collègue. Ce même constat a été relevé dans une étude américaine, faite par Schenker Y. et *al*(2011), chez des patients espagnols et chinois hospitalisés et parlant peu anglais. En effet, cette étude a montré que malgré les recommandations sur l'utilisation d'un interprète professionnel, les professionnels avaient recours aux membres de famille (pour les médecins) et à la « débrouillardise » pour les infirmières.

Il en est ressorti que les infirmières « se débrouillaient » sans interprète parce qu'elles considèrent la communication comme moins prioritaire par rapport au nombre de tâches qu'elles doivent accomplir chez le patient. Aussi, les infirmières passent d'une tâche à l'autre et peuvent rarement retarder les soins pour attendre un interprète. Effectivement, les professionnels de l'institution 1 ont dit avoir tellement de choses à faire que faire appel à un interprète. Une autre explication est que les patients ne savent pas qu'ils ont le droit de demander un interprète.

Par ailleurs, le recours à l'interprétariat professionnel dans le soin relève des recommandations de bonnes pratiques. Il n'y a pas de dispositions prévues par le code pénal en cas de non recours à l'interprète formel dans le soin.

De ce fait, la réalité du terrain apparaît très éloignée des bonnes pratiques espérées. De plus la sous-estimation de l'importance de l'interprète professionnel, la crainte du coût ou les habitudes routinières poussent les professionnels à se contenter de solution de débrouillardise ou d'interprète informel (Tabouri, 2009). Pourtant, l'interprétariat ne se limite pas à une simple traduction mot à mot, faut pouvoir donner du sens aux dires et aussi au non-dit (vision culturelle). En outre, les interprètes informels sont très souvent à l'origine des contresens : traduction erronées, omission de certaines questions ou réponses par méconnaissance, par difficulté à trouver le mot en sa langue, ou simplement parce qu'ils trouvent les dires du patient embarrassant. En effet, comment traduire pour une parente qui nous agace parce qu'elle parle trop souvent de ces petites douleurs, que les consultations sont fréquentes ou parce que le regard du médecin porte la marque d'un jugement (agacement, découragement) ? (Jung, 2012). Comment dire au médecin devant son enfant qu'on a mal ?

Où parler de ses problèmes gynécologiques devant son mari ou un membre de l'entourage ? Comment poser des questions plus intimes devant la technicienne de surface qu'on ne connaît pas et qui traduit, ou devant un parent relais pris dans la salle d'attente ? Dans ce sens, le recours à un interprète non professionnel ne permet pas au patient de poser plus de questions pour avoir des éclaircissements, de donner un consentement réellement libre et éclairé, du fait de la non neutralité de l'interprète, de respecter la confidentialité et le secret médical. L'éthique médicale et la qualité de l'information sont donc compromises (Tabouri, 2009). Tout ceci nous amène à nous poser des questions sur la qualité des soins prodigués aux patients.

b) Les barrières du recours à l'IP

✓ **Manque de confiance du patient vis-à-vis de l'interprète**

Il peut arriver que le patient migrant soit intrigué par la personne en plus qui fait partie de la consultation ou du soin, et n'ose pas exprimer ses craintes. Dans l'étude faite par Rosenberg sur la communication médecin-patient en soins primaires avec un interprète, la perception des médecins à l'égard des interprètes professionnels et familiaux a été recueillie. Les résultats ont montré que certains patients préfèrent un membre de leur famille ou un ami proche aux interprètes professionnels parce qu'ils les trouvent fiables et utiles. Ces préférences sont basées sur des valeurs culturelles (l'interprète peut être issu de la même communauté que celle du patient et le patient craint alors que ses problèmes de santé soient divulgués.). Cependant, les médecins ont trouvé difficile de travailler avec un membre de la famille plutôt qu'avec l'interprète professionnel car bien qu'impliqué dans le traitement et considéré comme « soignant du patient », le membre de la famille ne traduit pas tout, il filtre l'information pour ne pas effrayer le patient, répond à la place du patient sans traduire, impose son agenda et pas celui du patient. Ce qui prive le patient de son autonomie. Pour les sujets tabous et/ou sensibles (sexualité, fertilité, les abus...) les médecins préféraient les interprètes professionnels car avec le membre de la famille, il fallait non seulement tenir compte de ses sentiments, mais aussi, réfléchir à l'impact de la question. Les médecins ont aussi remarqué qu'une fois que la relation s'établit entre l'interprète et le patient, une relation de confiance se crée et favorise l'alliance thérapeutique. (Rosenberg et al., 2007). Présenter d'entrée de jeu l'interprète, son rôle et les règles de déontologie auxquelles il est soumis contribuent à diminuer les appréhensions.

Le patient peut aussi appréhender l'interprète s'il est d'une ethnie en guerre avec la sienne ou simplement de sexe opposé (problème lié à la culture). Parfois, les patients désirent un interprète qui parle une certaine langue mais ne veulent pas qu'ils viennent d'un certain pays (Gerrish et al., 2004). L'attitude du soignant (de nouveau, faire les présentations et expliquer le rôle de l'interprète) peut aider à passer au-dessus de cette crainte.

✓ **L'implication des familles dans le traitement du diabète**

Les professionnels des institutions¹ et ² ont souligné l'importance d'introduire un membre de la famille dans le traitement du patient diabétique comme une cause du non recours au service d'interprétariat. L'éducation thérapeutique du diabète de type 2 est axée sur l'alimentation et l'exercice physique. Manger sainement peut s'avérer difficile quand on n'a pas le soutien familial. De même la prise en charge de la maladie au quotidien peut paraître écrasante. Les facteurs tels que la famille, les réseaux sociaux et les croyances culturelles peuvent influencer la perception, l'adaptation et le comportement de prise en charge de la maladie par le patient (Kadirvelu et al., 2012). Le soutien social offre du réconfort et diminue le stress. Dans ce sens, le soutien social peut offrir des stratégies d'adaptation et de la structure dans les routines quotidiennes, permettant au patient de faire face aux événements stressants, suivre le régime de traitement en période de stress et réduire la probabilité de stress conduisant à une mauvaise santé. De plus les familles sont généralement inquiètes face aux symptômes de la maladie (hypoglycémie, hyperglycémie).

c) Perception des professionnels sur le service d'interprétariat (disponibilité, plus-value)

Les professionnels des institutions ayant un service de médiation interculturelle et/ou de coordination interculturelle ont mentionné l'indisponibilité des interprètes comme un frein à l'utilisation de leur service. Dans l'institution 4 les professionnels ont rapporté que les moyens financiers étaient la cause du non recours au service dans l'hôpital. L'étude menée par Hudelson & Vilpert (2009) en Suisse, montre que sur un échantillon de 1500 personnes, 34% des répondants ont déjà utilisés des interprètes professionnels mais cela dépend des services. Cependant, les contraintes de temps et de disponibilité sont des motifs de sous-utilisation des interprètes professionnels. La même étude mentionne que la pression de l'hôpital pour limiter les coûts n'aide en rien à faire appel aux interprètes professionnels. (Hudelson & Vilpert 2009). Dans le même sens, l'étude quantitative de Bischoff & Hudelson (2009), menée en Suisse a ressorti que les interprètes professionnels ne sont utilisés qu'en l'absence d'autres options disponibles et cela à cause des coûts et des difficultés de planning.

Pour des interprètes externes (SeTIS) il faut réserver à l'avance. Ce qui n'est pas pratique pour les cas urgents ou qui doivent être rapidement planifiés.

Par ailleurs, le problème de langue est détecté au moment de la prise en charge du patient par le professionnel. En effet, soit les patients avec un problème de langue demandent à une tierce personne de prendre des rendez-vous pour eux pour des consultations et cette dernière ne le signale toujours pas, soit ils arrivent en urgence. Dans ces cas il n'est pas toujours évident de faire venir l'interprète. Dans les institutions 1 et 2 les interprètes sont fort sollicités d'où la difficulté d'intervenir au moment où le cas se présente. Pour pallier ces problèmes, ces institutions ont développé le système de téléphonie et de vidéoconférence. Ces systèmes sont un moyen rapide et pratique pour accéder à un éventail d'interprètes de langue différentes. Cependant, une formation est nécessaire sur la manière de les utiliser, le moment opportun et la manière de structurer ses questions (Thom 2008). De plus, ces méthodes ne sont pas toujours adaptées pour certaines disciplines comme la psychiatrie, ni pour des sujets sensibles (violence conjugale, protection des enfants) qui nécessitent la présence physique d'un interprète. Avec le système de téléphonie, le professionnel, le patient et l'interprète ne se voient pas et la dimension du non verbal (langage du corps, expressions faciales) n'est pas prise en compte. Une bonne connexion wifi ainsi que le matériel informatique sont indispensables pour l'utilisation de la vidéoconférence.

Certains professionnels ont jugé que les patients devaient eux-mêmes, trouver une solution pour pallier leur problème de langue estimant que ce n'était pas leur rôle de courir après les interprètes pour ces patients-là. Ceci pose une question éthique. En fait, cela montre que les professionnels ne sont pas formés à la communication interculturelle ou alors le message n'est pas passé et de ce fait, ils n'ont pas réellement conscience de l'impact de la barrière linguistique sur la qualité des soins. De plus, penser de la sorte revient à nier le droit du patient et le principe éthique d'équité en santé.

En effet, selon l'étude de Hudelson et Vilpert (2009), un très faible pourcentage (9%) des répondants avaient reçu une formation sur la manière d'utiliser un interprète qualifié et les avantages de travailler avec lui. 12,1% doivent appeler un interprète professionnel seulement en dernier recours et apprennent à utiliser des interprètes non qualifiés pour traduire. 64,7% des répondants ont dit n'avoir reçu aucune information sur la communication avec des patients de langue étrangère.

Pour pallier au problème de disponibilité pour les langues rares ou de prise en charge en situation d'urgence, les responsables recommandent la téléphonie et la vidéoconférence qui

ont l'avantage d'avoir un interprète de suite avec un grand choix de langues. Dans son étude sur l'utilisation d'interprètes par des médecins chez les patients hospitalisés avec une connaissance limitée de l'anglais et son impact sur les résultats des patients, Lopez et al (2015) recommande l'utilisation de la téléphonie et de la vidéoconférence en milieu hospitalier, car les interprètes ne sont pas toujours disponibles 24/24h.

IV.7.2. Déterminants du recours à l'IP liés aux patients

Les responsables disent ne pas être au courant des plaintes déposées pour erreur médicale dû à un problème de langue ou pour mauvaise compréhension ; peut-être que les patients ne sont pas au courant qu'ils peuvent porter plainte ou simplement de l'existence de ce service. En effet les PMNAL n'ont pas connaissance du fonctionnement du système du pays d'accueil. Leur faible statut entraîne une faible capacité à défendre leurs droits.

IV.7.3. Déterminants organisationnels du recours à l'IP

Elle comprend les facilitateurs de la mise sur pied d'un service d'interprétariat dans une institution de soins. Ce sont les ressources internes (infrastructures, liste de personnel, perception des dirigeants et responsables sur l'utilité du service) et externes (subsides, interprètes externes, réseau/partenariat)

a) Les ressources

Les institutions 1, 2, 3 reçoivent le financement du ministère et ont reconnu que cela était l'un des points clés pour la mise sur pied d'un service d'interprétariat. Le deuxième point clé est la sensibilité des dirigeants de l'institution à la question des patients vulnérables. Ces deux conditions réunies, facilitent la prise en compte des besoins et des demandes des populations migrantes même si l'objectif des institutions n'inclut pas cette population. De plus, la volonté institutionnelle est tout aussi importante parce qu'elle implique que les institutions fournissent les infrastructures telles que les locaux, les ordinateurs, téléphones, qu'elles développent la connexion wifi pour l'utilisation de la vidéoconférence.

Le budget du ministère n'a plus augmenté depuis quelques années. De ce fait le financement de la vidéoconférence est préconisé à la place des interprètes en face à face. Or la vidéoconférence n'est pas toujours indiquée pour le cas des sujets sensibles (violences conjugales) et en psychiatrie.

b) Perception des responsables de l'organisation du recours à l'interprète sur le service d'interprétariat

Les responsables des institutions 1, 2, 3 mettent différents moyens en œuvre pour promouvoir l'utilisation de leur service.

Ces responsables n'ont pas la même perception que les professionnels quant à l'utilisation de leur service. Ils trouvent que leur service est débordé. Cependant, ils reconnaissent que la non rencontre des besoins et demandes, peut être un frein pour l'utilisation future de leur service. Ils notent aussi des appréhensions quant à l'utilisation de leur service en ce qui concerne la vidéoconférence surtout en psychiatrie et aussi à cause de la mauvaise connexion et, disent qu'une fois que les professionnels passent au-dessus de ces appréhensions ils sont redemandeurs du service et ne peuvent plus s'en passer. Ce qui confirme l'étude de Hudelson & Vilpert (2009) dans laquelle les services où l'utilisation d'interprètes professionnels était encouragée, près de la moitié des participants à l'étude étaient d'avis que l'hôpital devait fournir systématiquement un interprète professionnel pour les patients de langue étrangère. Les mêmes participants ont utilisé deux fois plus souvent un interprète professionnel pour communiquer.

Les institutions 1 et 2 ont des similitudes sur les procédures de sensibilisation du personnel quant au recours à leur service.

- Elles ont obtenu le soutien de la direction pour se faire connaître
- Elles ont recensé les langues couramment parlées
- Elles ont rencontré les nouveaux engagés tous les ans (pour l'institution 2) ou deux fois par an pour l'institution 1 pour sensibiliser le personnel soignant sur l'utilité de leur service, ou, quand, comment et pourquoi entrer en contact avec eux.
- Les cartes de visites sont distribuées dans les services ainsi que des flyers affichés (dans l'institution 2 ces flyers ont des photos des différents médiateurs interprètes avec en dessous les langues parlées mais malheureusement ces informations sont écrites uniquement en néerlandais et en français)
- Dans l'institution 3, les affiches sont mises au niveau des consultations. Ce qui peut expliquer pourquoi le personnel des services d'hospitalisation font rarement recours à leur service. Ils devraient mettre des affiches dans tout l'hôpital, sensibiliser de manière continue le personnel soignant et administratif.

En comparaison aux recommandations de Gauthier pour la professionnalisation d'un service, nous pouvons dire que globalement les institutions 1,2, essayent de se rapprocher de ces recommandations mais il y a encore des efforts à faire.

c) Les critères de professionnalisation du service d'interprétariat

Il n'existe dans aucune institution des pratiques de collecte de variable linguistiques et culturelles. Par contre, pour continuer à recevoir des subsides, les institutions 1,2 ,3 doivent faire un rapport sur 1 an contenant le nombre de passage de patients migrants non UE, les langues les plus récurrentes, le nombre d'interventions effectué auprès de cette population. Ces informations peuvent aider à créer une base de données qui pourra servir dans les recherches. Pourtant sur le terrain, nous n'avons pas pu obtenir ces informations des institutions 1 et 2. En effet :

- Pour les 3 institutions un responsable est nommé. Ils sont appelés coordinateur interculturel, ils se chargent de faire la sensibilisation pour faire connaître leur service
- Les institutions 1 et 2 ayant des médiateurs interculturels, ces derniers vont une fois par an au ministère pour des formations, ils échangent sur des cas difficiles et reçoivent des pistes pour s'améliorer.
- Concernant les procédures comme dit plus haut les soignants ne se sont pas plaints de la procédure pour entrer en contact avec le service mais plutôt de la difficulté à s'accorder sur les agendas. Néanmoins il n'ya pas de protocole expliquant quand comment et pourquoi entrer en contact avec le service d'interprète. Ce qui peut expliquer pourquoi les soignants ne le font pas systématiquement. On peut imaginer qu'ils ne voient pas l'intérêt de le faire parce qu'ils ne connaissent pas exactement l'implication de l'utilisation des interprètes non professionnels

d) Implication des communautés

Des efforts doivent être fournis dans ce domaine car aucune institution n'a un sigle du service d'interprétariat, ils n'ont pas traduit les documents telles que les brochures dans les langues récurrentes. Sur leur site les informations ne sont pas dans la langue des minorités ethniques

e) Évaluation

Le personnel du service d'interprétariat participe à des échanges au ministère pour parler des cas difficiles, il n'ya pas d'enquête de satisfaction du patient par rapport au service. Parfois, Un briefing est fait par les professionnels de santé au responsable du service ou entre interprètes et professionnels mais cela n'est pas systématique pour des raisons de temps.

IV.7.4. Déterminants du recours à l'IP lié à l'environnement

La condition pour obtenir les subsides du SPF est d'avoir eu dans son institution un nombre précis de passage de patients hors UE. Pour cette raison, les institutions 3 et 4 n'ont pas un service de médiation interculturelle. Les institutions 1 et 2 sont fort exposées à la migration de par leur situation géographique. Nous n'avons malheureusement pas de chiffre pour l'institution 1 et l'institution 2 n'a pas de chiffre récent ; en 2014, ils ont eu 27% de patients non UE en polyclinique (hôpital de jour). En hospitalisation, 32% de patients non UE, venant pour la plupart du Maroc (49%) ; Congo (16%), Guinée (9%), Brésil (6%), Cambodge, Algérie (4%), Pakistan, Rwanda, Albanie, Turquie (3%). Par contre, l'institution 3 a reçu en 2017 en polyclinique 6291 patients hors UE et 349 patients en hospitalisation, le nombre de prestation en interprétariat pour 2017 est de 382.

N'ayant pas de chiffre de toutes les institutions il est difficile de faire une comparaison, néanmoins, de par la situation géographique, nous savons que 31% de personnes d'origine étrangère vivent à Bruxelles contre 9% en Wallonie, nous pouvons dire que le service d'interprétariat se met en place en fonction de l'exposition à la migration. Lorsqu'il y a une forte demande, l'institution s'adapte et met en place des outils afin de promouvoir les soins de qualité.

Le respect des droits du patient, notamment le droit à une information claire dans la langue comprise par le patient afin qu'il puisse donner son consentement libre et éclairé, ne semble pas être une source de motivation majeure de la mise sur pied du service d'interprétariat.

Limites de l'étude

Cette étude a plusieurs limites. D'abord notre manque d'expérience en recherche a eu un effet limitant au début de la recherche, qui a toutefois diminué au fur et à mesure que nous avançons. Les contraintes de temps et de disponibilité des professionnels n'ont pas permis de faire un focus groupe, ce qui aurait probablement généré d'autres matériaux intéressants à la compréhension du sujet.

Les professionnels ayant été interrogés sur leur lieu de travail avaient des contraintes de temps et ne pouvaient pas s'attarder plus longtemps sur ce qu'ils avaient à dire. En effet certains professionnels avaient plus de choses à dire mais après un certain temps, ils étaient sollicités pour vaquer à leurs occupations.

La taille limitée de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats à d'autres institutions. De même, nous avons interrogé des institutions fortement exposées à la migration et faiblement exposées, nous n'avons pas d'institution intermédiaire.

La sensibilité du sujet a aussi pu influencer la réponse des participants. C'est le cas de la peur d'être jugé sur leurs pratiques quotidiennes.

Les résultats ont montré qu'une des raisons de la réticence à l'utilisation de l'IP est la disponibilité de ce dernier. Il serait intéressant d'avoir l'avis des interprètes sur la question.

Il aurait aussi été intéressant d'avoir l'avis des patients sur la perception du service d'interprétariat.

Les médecins aussi n'ont pas pu participer à l'enquête faute de temps.

Cette analyse n'est pas définitive, mais elle donne des pistes pour mettre en place un service d'interprétariat qui réponde aux besoins des PMNAL et donne aussi des outils pour mieux prendre en charge cette population dans le respect de l'égalité, de l'équité et de l'éthique médicale.

CONCLUSION GENERALE

De la revue de la littérature, il en est ressorti que les barrières linguistiques ont un impact sur la santé des patients migrants. En effet, les migrants avec une barrière linguistique ne participent pas aux programmes de promotion et de prévention de la santé, ont un accès limité aux soins de santé de par leur statut précaire, leur situation socioéconomique. Une mauvaise communication entre le patient migrant et le soignant affecte l'accès aux ressources médicales (soins préventifs), la qualité des soins, la satisfaction du patient et du personnel soignant ont des incidences sur la santé des migrants, qui peuvent être graves. D'où l'importance de trouver un moyen pour se comprendre. De ce fait, les institutions de soins adoptent diverses stratégies.

Cette recherche a permis d'identifier les stratégies mises en place par les hôpitaux généraux pour faire face au problème de langue des patients migrants ne parlant pas la langue du soignant et porteur de maladie chronique (diabète de type 2) en l'absence d'IP ainsi que les déterminants qui favorisent le recours à l'interprète professionnel.

Malgré une évaluation favorable des interprètes professionnels, dans la pratique les soignants ne font pas appel à leur service de manière systématique. En effet, ils utilisent des moyens informels allant de la débrouille au recours à un interprète professionnel. La stratégie la plus prisée étant le recours à la famille pour son implication dans le traitement du patient migrant diabétique. Cependant, même s'ils utilisent la famille, les soignants ont reconnu que la traduction avec ces derniers ne se faisaient pas toujours de manière fiable.

Concernant l'équilibre du diabète et l'adhérence au traitement, les avis étaient mitigés, certaines institutions ont trouvé que le problème de langue avait un impact sur la prise en charge des patients, l'éducation thérapeutique et sur l'adhérence au traitement tandis que les autres ne trouvaient pas de différences entre les patients parlant leur langue et ceux qui ne parlaient pas la langue.

Cependant, la littérature montre que le meilleur moyen de pallier aux problèmes de langue des patients migrants est l'utilisation d'un interprète professionnel

Les barrières à l'utilisation du service d'interprétariat sont la non concordance des agendas interprète-soignant, l'indisponibilité des IP en situation d'urgence, l'indisponibilité de l'interprète parlant une langue sollicitée et rare, la non perception de la plus-value du service.

Toutefois, ils n'ont pas constaté de différence entre les patients ne parlant pas leur langue et ceux qui parlent leur langue.

L'hypothèse concernant le déterminant du recours à l'IP lié au patient révèle des comportements agressifs des patients envers les soignants mais sans aboutir à des plaintes.

L'hypothèse concernant les déterminants liés à l'organisation révèle que les moyens financiers ainsi qu'une volonté institutionnelle sont nécessaires à la mise en place du service d'interprétariat et pas le fait que ce soit inscrit dans la charte de l'hôpital.

L'hypothèse concernant les déterminants liés à l'environnement révèle que plus on est exposé à la migration plus on a recours au service d'interprétariat. Les institutions ne tiennent malheureusement pas compte des injonctions légales (loi sur le droit du patient), des recommandations de bonnes pratiques.

Des études sur l'impact des barrières linguistiques sur la santé, la qualité des soins et la sécurité des patients devraient être entreprises.

RECOMMANDATIONS

A l'issu de ce travail, nous pouvons émettre quelques pistes de solution pour avoir un service d'interprétariat qui réponde aux besoins des PMNAL :

Recommandations générales :

- ✓ Identifier les PMNAL (pour cela former le personnel de l'institution à identifier les PMNAL) et mentionner dans les dossiers des patients le problème de langue afin d'avoir une base de données qui peut être utilisée dans les recherches
- ✓ Faire une charte de l'interprétariat : à quel type d'interprète faire appel et pour quels problèmes ? Quand faut-il demander un interprète professionnel, quand se faire aider par la famille, quand appeler un collègue ?
- ✓ Définir et appliquer des normes hospitalières pour une utilisation appropriée des IP
- ✓ Effectuer plus de recherche sur l'impact de l'utilisation d'un interprète sur les erreurs et les coûts
- ✓ Mettre au point des stratégies visant à encourager la communication des recherches sur l'accès linguistique, à destination des décideurs et des planificateurs des services de santé
- ✓ Traduire des documents telles les brochures dans les langues récurrentes de l'hôpital
- ✓ Inclure les minorités ethniques en prenant leur avis sur le service afin d'effectuer des améliorations futures.

- ✓ Faire évaluer son service par des enquêtes de satisfaction patients, professionnels et par un évaluateur externe

Recommandations spécifiques au mémoire :

- ✓ Augmenter la disponibilité des IP
- ✓ Sensibiliser les soignants sur l'importance d'utiliser les interprètes professionnels
- ✓ Apprendre à travailler avec les interprètes (faire des séminaires pour les soignants pour leur enseigner comment travailler avec un interprète) car s'il est certain qu'on ne peut faire appel à un interprète pour les visites journalières, il est important que le patient comprenne ce qui se passe à chaque fois que cela est nécessaire.
- ✓ Informer les patients de leur droit à l'utilisation d'interprète
- ✓ Faire recours à des innovations pour améliorer l'accès à des interprètes professionnels. (Téléphonie, Vidéoconférence) en fonction des spécialités. L'utilisation de la vidéoconférence et la téléphonie aiderait à résoudre le problème de disponibilité en situation d'urgence et pour les langues rares.
- ✓ Identifier/détecter d'éventuelles difficultés de langue dès le début de la prise en charge (lors de la prise de RDV, organiser le recours à l'interprète)

REFERENCES

I. Ouvrages et revues littéraires

1. Aujoulat, I. (2010). Méthodologie de recherche, approche qualitative ESP 2253 A, Université Catholique de Louvain, Ecole de Santé Publique.
2. Baraldi, C. and Gavioli, L. 2007. "Dialogue interpreting as intercultural mediation. An analysis in healthcare multicultural settings". *Dialogue and culture*, Edited by: Grein, M. and Weigand, E. 155–175.
3. Bennett IM, C. J. (2009). The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults. *Annals of Family Medicine*. 7(3), pp. 204-211.
4. Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K.A. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155 2, 97-107.
5. Bischoff, A. & Grossmann, F. (2007) Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren? Schweizerisches Ärztezeitung, 88(3): 102-105.
6. Bischoff, A. &. ((2010). Access to Healthcare Interpreter Services: Where Are We and Where Do We Need to Go? . *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(7), pp. 2838–2844.
7. Boivin, I., Leanza, Y. et Rosenberg, E. (2012). Représentations et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu. *Alterstice*, 2(2), 35-46.
8. Bowen, S. (2015). Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Rapport final .*Société santé en français*. 62p.
9. Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 91(2) ,131-140.
10. Bustillos, D. (2009). Limited english proficiency and disparities in clinical research. *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 37(1), 28-37.

11. Catherine Jung, conférence Nationale sur « l'interprétariat médical et social professionnel », *Migrations Santé Alsace*, 14 Novembre 2012-ENA Strasbourg. Thème: qu'est-ce qu'un « bon interprète » dans une consultation de médecine ?
12. COGNEAU, Joël, LEHR-DRYLEWICZ, Anne-Marie, BACHIMONT, Janine, et al., (2007). Écarts entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2: Les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. *La Presse médicale*, vol. 36, no 5, p. 764-770.
13. Dahlgren G, Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
14. Dauvrin, M. et al. (2011). Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe. *Rapport EUGATE pour la Belgique*.
15. DeCamp, L. R., Choi, H., & Davis, M. M. (2011). Medical home disparities for latino children by parental language of interview. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(4), 1151-1166.
16. Choi, S., Lee, J. A., & Rush, E. (2011). Ethnic and language disparities in diabetes care among california residents. *Ethnicity & Disease*, 21(2), 183-189.
17. De Gioia, M. (2016). Médiation et droits linguistiques : une mise en relation. *Ela. Études de linguistique appliquée*, 181, (1), 11-22.
18. Delizee Anne (2015) "Emergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone", *humanOrg*, Institut de recherche en développement humain et des organisations, Université de Mons.
19. Delizee Anne, Bruwier Nicolas, De Brouwer Simon, Di Mattia Michel, Meziane Abdel, Rillof Pascal. (2015). "L'interprétariat en milieu social : une expertise en péril" in *Cahiers Internationaux de Symbolisme*, 140-141-142, 57-64.
20. Detz, A., Mangione, C. M., Nunez de Jaimes, F., Noguera, C., Morales, L. S., Tseng, C. H., & Moreno, G. (2014). Language concordance, interpersonal care, and diabetes self-care in rural latino patients. *Journal of General Internal Medicine*, 29(12), 1650-1656.
21. Deslauriers J.-P., (1987). L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*. Vol 5(2) :145-152.
22. Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International journal for quality in health care*, 19(2), 60-67.

23. Downs, C. A., & Faulkner, M. S. (2015). Toxic stress, inflammation and symptomatology of chronic complications in diabetes. *World Journal of Diabetes*, 6(4), 554–565.
24. Fang, C. Y., Boden, G., Siu, P. T., & Tseng, M. (2015). Stressful life events are associated with insulin resistance among Chinese immigrant women in the United States. *Preventive Medicine Reports*, 2, 563–567
25. Fatahi, N., Hellström, M., Skott, C., & Mattsson, B. (2008). General practitioners' views on consultations with interpreters: a triad situation with complex issues. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 40-45.
26. Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, E. M., Adler, N., Moffet, H. H., Schenker, Y., Karter, A. J. (2011). Language barriers, physician-patient language concordance, and glycemic control among insured latinos with diabetes: The diabetes study of northern california (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 170-176.
27. Gadon, M., Balch, G. et Jacobs, E. (2007). Caring for patients with limited english proficiency: The perspectives of small group practitioners. *Journal of General Internal Medicine*, 22(suppl 2), 341-346.
28. Gallagher, R. A., Porter, S., Monuteaux, M. C., & Stack, A. M. (2013). Unscheduled return visits to the emergency department: The impact of language. *Pediatric Emergency Care*, 29(5), 579-583.
29. GAUTHIER, Hubert et REID, Marc-André. (2012) Compétences linguistiques et qualité de services, Argumentaire pour des services de soins de santé en français de qualité, Rapport pour le compte du Conseil communauté en santé du Manitoba, 46 pages.
30. Gerrish K1, Chau R, Sobowale A, Birks E.(2004) . Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health Soc Care Community*. 12(5):407-13.
31. Hacker, K., Choi, Y. S., Trebino, L., Hicks, L., Friedman, E., Blanchfield, B., & Gazelle, G. S. (2012). Exploring the impact of language services on utilization and clinical outcomes for diabetics. *Plos One*, 7(6)
32. Hsieh, E. (2010). Provider–interpreter collaboration in bilingual health care: competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 154-159.

33. Hsieh, E., Ju, H., & Kong, H. (2010). Dimensions of Trust: The Tensions and Challenges in Provider-Interpreter Trust. *Qualitative Health Research*, 20(2), 170–181.
34. Hudelson P. et Vipert S. (2009). Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Services Research*; 9:187.
35. Imbert, G. (2008). Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications. *Santé Publique*, vol. 20, (2), 113-124.
36. J.C. Philips, A.J. Scheen (2010). Inertie clinique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2 : quelles solutions proposer ? *Rev Med Liège* 65 (5-6): 318-325.
37. Jacobs, E.A., Diamond, L.C., & Stevak, L. (2010). The importance of teaching clinicians when and how to work with interpreters. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 149-153.
38. Joan Muela Ribera, Susanna Hausmann-Muela, Koen Peeters Grietens & Elizabeth Toomer, (2008). Is the use of interpreters in medical consultations justified? *A critical review of the literature*, 52p
39. Kadirvelu, A., Sadasivan, S., & Ng, S. H. (2012). Social support in type II diabetes care: a case of too little, too late. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 5, 407–417.
40. Karliner, L. S., Kim, S. E., Meltzer, D. O., & Auerbach, A. D. (2010). Influence of language barriers on outcomes of hospital care for general medicine inpatients. *Journal of Hospital Medicine: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine*, 5(5), 276-282.
41. Lebrun, L. A. (2012). Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in canada and the united states. *Social Science and Medicine*, 74(7), 1062-1072
42. Levesque, J., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B. & Gagné, V. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, (4), 251-265.
43. Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J., & Reed, G. (2012). Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1294-1299.

44. Lion, K. C., Rafton, S. A., Shafii, J., Brownstein, D., Michel, E., Tolman, M., & Ebel, B. E. (2013). Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. *Hospital Pediatrics*, 3(3), 219-225.
45. López L, Rodriguez F, Huerta D, Soukup J, Hicks L. (2015). Use of Interpreters by Physicians for Hospitalized Limited English Proficient Patients and Its Impact on Patient Outcomes. *Journal of General Internal Medicine.*; 30(6) : 783-789
46. Lorant, V. &. (2010). Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4. *European Journal of Public Health*, 21(2) : 235-240.
47. Lorant, V. V. (2008). Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. *Health and Place*, 14: 678-692.
48. M Buysschaert, S.Sadikot. (2016) Le diabète en Belgique et dans le monde : Quo Vadis ?. *Louvain médical* ; 135(1): 21-22.
49. MALENGREAUX Ségolène & GRENIER Catherine, La décision partagée en consultation de médecine générale, Woluwe-SaintLambert : *RESO*, 2017. 60p
50. Martijn, L., Jacobs, A., Amelink-Verburg, M., Wentzel, R., Buitendijk, S., & Wensing, M. (2013). Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in the netherlands: A case series analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 219-2393-13-219.
51. Meischke, H., Chavez, D., Bradley, S., Rea, T., & Eisenberg, M. (2010). Emergency communications with limited-English-proficiency populations. *Prehospital Emergency Care*, 14(2), pp. 265-271.
52. Moser, A. & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *European journal of general practice*; vol23 (1): 271-273.
53. Pearson, W. S., Ahluwalia, I. B., Ford, E. S., & Mokdad, A. H. (2008). Language preference as a predictor of access to and use of healthcare services among hispanics in the United States. *Ethnicity & Disease*, 18(1), 93-97.
54. Phaneuf, M. (2009). L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture.
55. Sarria-Santamera, Antonio et al. "A Systematic Review of the Use of Health Services by Immigrants and Native Populations." *Public Health Reviews* 37 (2016): 28
56. R.L.Street Jr et al. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counselling*, 74(3): 295 -301.

57. Ramirez, D., Engel, K., & Tang, T. (2008). Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *Journal of Health Care for Poor and Underserved*, 19(2), 352-362.
58. Razzoli, M., McCallum, J., Gurney, A., Engeland, W. C., & Bartolomucci, A. (2015). Chronic stress aggravates glucose intolerance in leptin receptor-deficient (*db/db*) mice. *Genes & Nutrition*, 10(3), 8.
59. Regalbuto, R., Maurer, M. S., Chapel, D., Mendez, J., & Shaffer, J. A. (2014). Joint commission requirements for discharge instructions in patients with heart failure: Is understanding important for preventing readmissions? *Journal of Cardiac Failure*, 20(9), 641-649.
60. Rosenberg, E., Leanza, Y., & Seller, R. (2007). Doctor–patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 286-292.
61. Sabine Mehnert (2015). « Traduire, c’est trahir » ? Pour une mise en question des notions de vérité, de fidélité et d’identité à partir de la traduction », *Trajectoires* [En ligne], 9 | mis en ligne le 15 décembre 2015. <http://journals.openedition.org/trajectoires/1649>
62. Schenker, Y., Fernandez, A., Sudore, R., & Schillinger, D. (2011). Interventions to Improve Patient Comprehension in Informed Consent for Medical and Surgical Procedures: A Systematic Review. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 31(1), 151–173.
63. Schyve, P. M. (2007). Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl 2), 360–361.
64. Sentell, T., Braun, K. L., Davis, J., & Davis, T. (2013). Colorectal cancer screening: Low health literacy and limited english proficiency among asians and whites in california. *Journal of Health Communication*, 18(SUPPL. 1), 242-255.
65. Sloots M, Dekker JH, Pont M, Bartels EA, Geertzen JH, Dekker J. (2010). Reasons of drop-out from rehabilitation in patients of Turkish and Moroccan origin with chronic low back pain in The Netherlands: a qualitative study. *J Rehabil Med*; 42, pp. 566–573.
66. Sorlie, V., & Lopez, R. A. (2011). When language, health literacy, and miscommunication collide: Tremors versus seizures. *Family Medicine*, 43(1), 48-50.

67. Sudore, R. L., Landefeld, C. S., Pérez-Stable, E. J., Bibbins-Domingo, K., Williams, B. A., & Schillinger, D. (2009). Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient–physician communication. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 398–402.
68. Tabouri, A. (2009). L'interprétariat dans le domaine de la santé: Une question aux enjeux souvent ignorés. *Hommes & Migrations*, 1282, (6), 102.
69. Tison, B., et Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures : formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
70. Thom, N., (2008). Using telephone interpreters to communicate with patients. *Nursing Times*, 104(46), 28-9.
71. Vincent Lorant, I. D. (Décembre 2011). *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*. Vincent Lorant, Ilse Derluyn, Marie Dauvrin, Isabelle Coune, Hans Verrept.
72. Wang F, Stewart M, McDermott S, et al. (2012) Migration and diabetes in British Columbia and Quebec: prevalence and health service utilization. *Can J Public Health*; 103:59–64.

II. Sites internet

1. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 12 juillet 2016
<http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/7/55e45d87c/point-vue-hcr-refugie-migrant-mot-juste.html> consulté le 6/11/17.
2. Haute Autorité de santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Octobre 2017. 55 p
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801508/fr/interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-de-competences-formation-et-bonnes-pratiques consulté le 20 JUILLET 2018

3. IDF International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8e edition 2017,
<http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html> consulté le 20/6/2018
4. Myria, centre fédéral migration. La migration en chiffres et en droits 2017 :chap. 2
population et mouvements p23-42.
<http://www.myria.be/fr/publications/la-migration-en-chiffres-et-en-droits-2017>
consulté le 20/6/2018.
5. Myria, la migration en chiffres et en droits, 2016 p.56.
http://www.myria.be/files/MIGRA16_FR_AS.pdf consulté le 20/6/2018.
6. OIM Organisation Internationale pour les Migrants. Termes clés de la migration
<https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration> consulté le 6/6/2018
7. OMS Organisation Mondiale de la Santé. Diabète : faits et chiffres sur le diabète-
infographies. 2016
<http://www.who.int/diabetes/infographic/fr/> consulté le 18/6/2018
8. Osiris. Création d'un service d'interprétariat
https://www.centreosiris.org/IMG/pdf/Projet_service_Interpretariat_Osiris.pdf consulté le 20
juillet 2018
9. ONU. Réfugiés et migrants, définitions
<https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions> consulté le 19/11/17
10. SPF santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Loi du 22
Aout 2002 relative aux droits du patient. 31/03/2016.
<https://www.health.belgium.be/fr/loi-du-22-aout-2002-relative-aux-droits-du-patient>
consulté le 20 juillet 2018

