Plurilinguisme et santé à Mayotte

Interprétariat et médiation sociale lors des consultations médicales

Foued LAROUSSI

Université de Rouen Normandie, France

Résumé : Le texte tente de questionner la relation triangulaire médecin-patient-interprète, ce dernier n'étant pas uniquement un traducteur mais aussi un médiateur culturel. Il s'agit d'identifier les freins à cette communication et de questionner les préjugés, les stéréotypes et les attentes qui jalonnent cette relation triangulaire. Il analyse aussi les référents culturels de ces trois acteurs impliqués ainsi que leurs représentations de la relation soignant-soigné, de la santé, de la maladie, de la mort, etc., l'objectif étant d'améliorer l'accès aux services de santé et aux soins dispensés aux Mahorais.

Mots-clés : Mayotte ; santé ; interprétariat ; plurilinguisme ; langues premières

1 Introduction

Mayotte est française depuis le 25 avril 1841, période durant laquelle elle a connu des statuts différents : colonie française, collectivité territoriale et collectivité départementale. Mais depuis le 31 mars 2011, elle est le 101^{e} Département français et le 5^{e} d'Outre-mer. Située dans l'océan Indien, entre Madagascar et le Canal de Mozambique, avec une superficie de 375km^{2}, Mayotte est la plus petite île française. En 2017, elle compte 256.000 habitants[1]. Géographiquement, elle fait partie de l'archipel des Comores, composé outre Mayotte, des trois îles, Anjouan, Grande Comore et Mohéli.

Mayotte est le département le plus pauvre de France : 84% de la population vit sous le seuil de pauvreté. Avec une immigration massive en provenance des îles comoriennes voisines, une natalité galopante et un manque d'investissement de la Métropole, l'île hippocampe connaît une situation socio-économique très difficile. Les récents mou-

[1] Statistiques de l'INSEE, 2017

vements sociaux du mois de mars 2018 (grève générale, manifestations et blocage de l'axe routier principal de l'île) sont des témoignages de la situation explosive de l'île.

2 Mayotte, une île pluriculturelle et plurilingue

L'histoire de Mayotte est riche de rencontres et d'apports extérieurs : c'est entre autres un lieu où se sont brassées des populations africaines, orientales et occidentales. C'est l'histoire de la rencontre des Bantu de l'Afrique de l'Est, des Chiraziens musulmans originaires de la péninsule arabique et des Malgaches qui l'a profondément influencée.

Sur le plan culturel, Mayotte est à la fois africaine (bantu), malgache, arabo-musulmane, créole et française. Les Mahorais sont de confession musulmane et/ou de croyances animistes.

La biomédecine telle que conçue en France métropolitaine est moins importante à Mayotte que la médecine traditionnelle, pratiquée par des maîtres guérisseurs qui sont les *fundi*. Ceux-ci pratiquent une thérapie comprenant différents remèdes à base de plantes et de potions magiques. Influencés par la culture négro-africaine, les Mahorais croient aux « djinns », des esprits pouvant posséder l'être humain et lui faire soit du bien, soit du mal. On fait appel à ces esprits pour prodiguer des prescriptions médicamenteuses en vue de conjurer le sort. Le « magico-religieux [écrit Hélène Migerel (2000[2])] est un système de croyances dont on attend la disparition de ses conflits personnels, interpersonnels, réels ou supposés, présents et futurs avec comme finalité le bonheur et la satisfaction de ses désirs ». Il est question donc d'un contexte culturel qui fait cohabiter une biomédecine et une médecine traditionnelle d'inspiration différente ; celle-ci par l'intermédiaire du « magico-religieux » répond à des questions auxquelles la biomédecine ne peut répondre. Le maître-guérisseur connait bien la culture ethnique du patient et l'utilise comme levier thérapeutique. Partant, toute réflexion sur les systèmes de soin à Mayotte qui n'intègre pas ces éléments interculturels risque de passer à côté du but recherché.

Sur le plan linguistique, le plurilinguisme de Mayotte est à l'image de son histoire. Sur ce petit espace insulaire, coexistent plusieurs langues : deux principales langues vernaculaires, le shimaore, langue bantu et le kibushi, langue malgache, une langue sémitique, l'arabe, enseignée à l'école coranique et utilisée comme langue liturgique, trois langues comoriennes : le shindzouani (parlé à Anjouan), le shingazidja (parlé à la Grande Comore), le *shimwali* (parlé à Mohéli) et le créole réunionnais.

Toutes ces langues cohabitent avec le français, langue officielle, langue de l'administration et de l'école.

D'inspiration jacobine visant l'unicité de la nation française, la politique linguistique de la France à Mayotte entretient délibérément une fausse idée selon laquelle le développement cognitif de l'enfant se fait « normalement » dans un contexte de monolinguisme. Malheureusement, l'idée du déficit de l'enfant bilingue est encore véhiculée par certains acteurs du système éducatif fondé sur l'unilinguisme alimenté par une politique éducative puriste qui s'effraie de la diversité linguistique. Or les recherches

[2]Citée par Julie Eygun-Audap, p. 12.

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

scientifiques sur le plurilinguisme, notamment (Cummins, Jim (1979 ; 2007, 2016), Erfurt Jïrgen (2016), Garcia Ofelia (2009), Garcia, Ofelia & Wei, Li (2014), Hélot, Christine & Erfurt, Jürgen (2016), Laroussi, Foued (2014 ; 2016, 2016a), Laroussi Foued & Liénard, Fabien (2013), Launey, Michel (2011)) ont non seulement largement démontré la fausseté de ces affirmations mais affirmé aussi que le plurilinguisme est source d'enrichissement.

Cette politique linguistique, qui érige le monolinguisme en idéal et refuse d'introduire l'enseignement des langues vernaculaires de Mayotte à l'école, a-t-elle eu des répercussions négatives sur le secteur sanitaire aussi ? Dans ce contexte, quelle sera l'importance de la maîtrise du français pour accéder aux soins sans passer par des intermédiaires, en l'occurrence des interprètes ? Quels effets négatifs aura la barrière linguistique sur la qualité des soins prodigués aux patients consultant dans les structures de santé à Mayotte.

3 Le contexte sanitaire

Huit ans après la mise en place de la départementalisation, « l'île de Mayotte est toujours le plus grand désert médical du pays[3] ». Il s'agit d'une situation sanitaire déplorable. Selon le rapport de la Cour des Comptes, *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République* (juin 2014[4] », la « dramatique singularité de Mayotte » est caractérisée par trois chiffres : « 16000 clandestins examinés, 1000 noyades et 3000 enfants à la rue[5] ». Le rapport pointe une situation instable à cause d'un manque flagrant de professionnels permanents : plus de la moitié des postes hospitaliers sont occupés par des remplaçants surtout en gynécologie obstétrique, néonatalogie et pédiatrie. Il s'agit donc d'un secteur sanitaire très instable. Les difficultés socioéconomiques de Mayotte, l'insécurité, le coût cher de la vie, son éloignement par rapport à la métropole, etc. la rendent très peu attractive et, par conséquent, n'encouragent pas les professionnels de la santé à s'y installer durablement.

Selon l'Agence Régionale de la Santé[6] (ARS), Mayotte compte 40 spécialités médicales et chirurgicales pour 100.000 habitants contre 181 en métropole. L'écrasante majorité de ces spécialistes sont des pédiatres, à savoir 17 sur les 22 médecins spécialistes exerçant dans l'île. Celle-ci ne compte qu'un seul cardiologue, un seul gastro-entérologue et aucun dermatologue.

Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) est un établissement public réunissant *13 dispensaires,* répartis sur l'île, et prodiguant les soins primaires de proximité et menant des actions de prévention, *un hôpital central et 5 centres de référence*, appelés encore dispensaires :

[3] https://www.la-croix.com/Sciences/Sante/Mayotte-plus-grand-desert-medical-francais-2016-06-29-

[4] https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140612_rapport_thematique_sante_outre_mer.pdf

[5] Ces propos visent les Comoriens qui tentent d'arriver à Mayotte dans des embarcations de fortune, appelées kwassa kwassa. Malheureusement nombreux sont ceux qui n'atteignent pas les rivages de Mayotte et meurent noyés. Quant aux enfants dans la rue, il s'agit des mineurs isolés suite à l'expulsion de leurs parents vers la république des Comores.

[6] https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Propal_rapport_act_ars2015_BD.pdf

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

- le dispensaire de Kahani (Hôpital référence, Centre)
- le dispensaire de Dzaoudzi (Hôpital référence, Petite Terre)
- le dispensaire de M'Ramadoudou (Hôpital référence, Sud)
- le dispensaire de Dzoumogne (Hôpital référence, Nord)
- le dispensaire Jacaranda (Hôpital référence de Mamoudzou)

Ces dispensaires assurent une permanence médicale traitant les problèmes d'urgence, des consultations de médecine générale et spécialisée et disposent de lits d'obstétrique et de médecine. Le site principal de Mamoudzou regroupe l'essentiel du plateau technique, assure les consultations spécialisées, les hospitalisations, les actes chirurgicaux et plus de la moitié des accouchements de l'île.

Être professionnel de la santé à Mayotte, c'est exercer dans un système sanitaire très différent de celui de la métropole, la population soignée étant plus jeune qu'en métropole, presque la moitié a moins de 18 ans. Les enfants sont affiliés à la sécurité sociale en qualité « d'ayant droit » d'un parent français ou étranger en situation régulière et résidant à Mayotte. Les enfants de parents sans papiers, mineurs isolés, sont sans protection sociale : 75% des enfants n'ont pas de sécurité sociale. Les patients non affiliés à la sécurité sociale et/ou en situation irrégulière (près de 1/3 de la population) doivent payer un forfait de 10€, valable une semaine, pour une consultation de médecine générale et de 300€pour une consultation chez un spécialiste.

3.1 La relation triangulaire ou « l'impossible » médiation

Les structures de santé à Mayotte sont des lieux où cohabitent trois acteurs principaux, le patient, le médecin et l'interprète.

Les médecins exerçant à Mayotte sont généralement des *mzungu* (métropolitains, blancs) qui, dans la plupart des cas, ne comprennent pas les langues vernaculaires parlées par la majorité de leurs patients. Ils sont à Mayotte pour une courte durée ne dépassant pas dans le cas extrême deux ans. À cause de cette barrière linguistique, les médecins rencontrent des difficultés pour établir leur diagnostic et mettre en place toutes les stratégies nécessaires à une bonne compréhension du traitement à entreprendre. Comment peuvent-ils pallier les difficultés d'ordre interculturel ? La méconnaissance de l'autre dans la relation soignant-soigné à Mayotte est à l'origine de multiples difficultés : malentendus, manque de confiance, rupture de suivi, sentiments de frustration de la part du personnel soignant, etc.

L'identification des freins à la communication entre le patient et le médecin devient, par conséquent, essentielle si l'on veut lutter autant que possible contre les préjugés et les stéréotypes qui jalonnent cette relation. Il y a une nécessaire prise en compte des référents culturels de l'autre et ses représentations de la relation soignant-soigné, de la santé, de la maladie, de la mort, etc.

Les patients, quant à eux, sont mahorais, comoriens, malgaches, africains et, occasionnellement, des métropolitains. Nombre de patients comoriens sont dans une situation irrégulière à Mayotte et par conséquent dans une situation sociale défavorisée : n'étant pas affiliés au régime de la sécurité sociale, ils ont besoin d'une prise en charge des frais de leur consultation. Outre leurs difficultés d'ordre socio-économique, la plupart

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

d'entre eux ne sont pas francophones et ne parlent pas le français. Ils ont donc besoin de passer par un interprète pour pouvoir être examinés par un médecin.

Les interprètes jouent un rôle majeur dans cette relation triangulaire. Il s'agit de personnel paramédical, généralement des aides-soignantes. En dispensaire, à chaque médecin est rattaché un interprète mais ce n'est pas le cas au service hospitalier, c'est le personnel parlant les langues locales qui assure cette fonction à la demande du médecin *mzungu*. Dans le contrat d'embauche des aides-soignantes, shimaorophones ou kibushiphones, par le CHM, l'interprétariat figure tacitement comme un devoir qu'elles doivent accomplir. Elles ne sont pas formées pour ce métier et font ce travail en plus de leur travail habituel.

Quel est précisément le travail quotidien de ces aides-soignantes lesquelles devaient, normalement, jouer le rôle de médiation entre les patients et les médecins ? Étant issues de la communauté mahoraise, elles sont théoriquement plus sensibles à la transculturalité et à la diversité sociale, mais, dans les faits, les choses ne se passent pas comme on peut l'imaginer. L'une d'entre elles, exerçant dans un centre hospitalier, décrit ses tâches quotidiennes comme suit :

> « Je fais les ouvertures de dossier, je leur explique [aux patientes], je leur donne les rendez-vous, par rapport à la contraception je leur explique comment il faut s'y prendre, prendre les rendez-vous dès le 9e mois parfois j'appelle des anesthésistes tout ça […] Je fais la traduction, on fait plus interprète, ouais […] j'ouvre les dossiers, j'enregistre, j'explique, j'oriente, c'est plus dans le social que dans le médical. »

Dans le cas qui nous préoccupe, les rapports entre l'aide-soignante (interprète) et le patient ne sont pas fondés sur une relation de confiance mais de suspicion. Les patients mahorais, comoriens, etc., ne maîtrisant pas suffisamment, voire pas du tout le français, reprochent aux interprètes leur manque de soutien, voire leur absence d'engagement en tant que médiateurs sociaux. Rappelons que le rôle de l'interprète, dans une situation de consultation médicale, ne consiste pas simplement à traduire les propos du médecin francophone en langue mahoraise mais de jouer son rôle en tant que médiateur social. Les rapports des Mahorais à la santé, à la maladie, à la mort, au corps, aux médicaments, etc. n'étant pas les mêmes que ceux des médecins occidentaux, lesquels, parfois, livrent de façon directe, voire brutale un diagnostic qui peut se révéler dramatique pour le patient, les interprètes jouent-ils « correctement » leur rôle ? La réponse à cette question sera donnée ultérieurement. Mais pour l'instant, signalons que cette situation engendre difficultés et blocages. Certains patients refusent de collaborer avec les interprètes et s'autocensurent surtout lorsque l'interprète habite le même village que le patient, Mayotte étant un petit territoire insulaire, cette situation peut être très fréquente. Par ailleurs, lorsque l'interprète, traduisant les propos du médecin, annonce une mauvaise nouvelle (une fin de vie, une maladie grave, une décision de non prise en charge des frais médicaux, etc.), le patient doute de la sincérité de l'interprète et le soupçonne d'inventer lui-même ces paroles qu'il refuse d'attribuer au médecin, seul, à ses yeux, en mesure de faire le bon diagnostic et d'annoncer la bonne ou la mauvaise nouvelle. Ce manque de confiance envers

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

les interprètes les met dans une position sociale très indélicate d'autant plus qu'ils font ce travail d'interprétariat sans formation et en sus de leurs tâches habituelles quotidiennes.

Pour comprendre les tâches quotidiennes des aides-soignantes-interprètes, voici en quels termes l'une d'entre elles raconte ce qu'elle fait :

> « Elle [l'aide-soignante] change de casquette, elle annonce une fin de vie, et on a beau leur dire moi je ne répète que ce que le médecin m'a dit, les patients vont dire c'est lui, les frontières entre dedans dehors sont poreuses, […] c'est quand même la moindre des choses de demander au traducteur si il vient du même village ou pas […] enfin voilà ce changement de casquette… c'est même une souffrance c'est une vraie souffrance. »

Comme on peut le constater à travers ce témoignage, les interprètes vivent un véritable cas de stress et de souffrance dans le travail. Selon Barbara Sester (2014[7]), le migrant comorien étant dans la plupart des cas considéré comme une *persona non grata* à Mayotte, la politique officielle de lutte contre l'immigration clandestine est relayée par toutes les institutions. Partant du constat selon lequel 70% des femmes qui accouchent à Mayotte sont comoriennes, le secteur sanitaire n'échappe pas à ce climat délétère. Les Mahorais pensent que les structures de santé regorgent à cause de ces migrants comoriens, ce qui pousse des aides-soignantes-interprètes à se livrer parfois à des traductions erronées dans le but de discréditer le patient comorien afin qu'il se voie refuser la prise en charge de ses soins. Par ailleurs, s'il est très difficile de vérifier la véracité de tels propos, relevant strictement de déclarations, ils en disent long sur les rapports très conflictuels entre patients et interprètes en milieu sanitaire à Mayotte.

Outre les difficultés signalées précédemment, selon l'étude de Julie Eygun-Audap (2015)[8], la barrière linguistique a d'autres répercussions négatives sur l'accès aux services de santé et aux soins dispensés. Elle énumère entre autres les effets suivants :

- retard du recours au soin ;
- diminution de la compréhension et du respect du traitement ;
- augmentation du risque d'hospitalisation et de l'iatrogénie ;
- non-respect des normes éthiques de prestation de soins par les professionnels de santé ;
- non-respect de la confidentialité et du consentement libre et éclairé ;
- insatisfaction du patient par rapport aux soins fournis ;
- exclusion de certains groupes ethniques de la recherche biomédicale ;
- augmentation du coût de soins de santé.

Julie Eygun-Audap (2015) souligne également que les patients se plaignent de cette situation et déplorent les difficultés suivantes :

[7] *Cristallisation de l'altérité dans l'espace de santé à Mayotte*, Mémoire de Master II, Université Paris VII, Diderot

[8] *Caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant en dispensaire à Mayotte. Analyse d'une prise en charge en contexte interculturel. Thèse* soutenue à l'université de Bordeaux, sous la direction d'Elise Sagnes, 2015.

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

- ils n'arrivent pas à s'exprimer comme il faut devant le médecin ;
- ils ne sont pas à l'aise en présence de l'interprète ;
- ils doutent du respect du secret médical par l'interprète : « Le traducteur ne dit pas exactement ce que j'ai dit » ;
- certains ne connaissent pas les variétés comoriennes.

Face au déficit de la médiation sociale et interculturelle, certains patients ont compris les enjeux de cette insuffisance ; ils suggèrent même la mise en place de formations destinées aux interprètes pour les sensibiliser au « respect du patient », à « l'écoute » et à « la politesse ». Par ailleurs, pour éviter des erreurs de diagnostic ou des mauvaises inscriptions, d'autres patients se demandent pourquoi le Centre Hospitalier de Mayotte ne pas fait appel à des interprètes professionnels. Comme on peut le constater, l'interprétariat dans les structures de santé à Mayotte constitue un besoin vital dont les médecins, métropolitains, francophones ne peuvent se passer pour exercer leur métier. Le rôle de l'interprète, traduisant du français en langues locales, est majeur. Ce dernier est censé accompagner le médecin lors de la consultation médicale pour, entre autres jouer son rôle de médiateur, c'est-à-dire tenter autant que faire se peut d'atténuer les malentendus d'origine interculturelle, favoriser les liens entre le médecin métropolitain et le patient mahorais, accompagner les patients dans leur souffrance en leur expliquant les démarches à entreprendre, les prises en charge, l'explication du diagnostic donné par le médecin, etc. Mais dans la mesure où la situation semble exiger nombreux interprètes qui, faut-il le rappeler, sont d'abord des personnels qui n'ont pas été recrutés pour faire prioritairement ce travail, ne peuvent donc accomplir ces tâches en sus de leur travail habituel sans que cela ait parfois des répercussions négatives sur la qualité de la consultation médicale de manière générale. Nombre de spécialistes plaident, donc, pour le recours à des interprètes professionnels.

3.2 L'hôpital à Mayotte, un lieu peu « hospitalier »

Avant d'aborder cette problématique à proprement parler, faut-il rappeler que le mot « hôpital » dérive du latin *hospitalis*, « lieu hospitalier où on reçoit les hôtes ». Ce dernier devrait donc accueillir tout patient indépendamment de son origine, son âge, son sexe, sa langue, son statut professionnel, social ou administratif. La qualité de l'accueil des patients au sein des structures de santé doit demeurer le seul critère conditionnant la qualité des soins. Tout acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient ; cet impératif est même inscrit dans la Charte des droits de la personne hospitalisée. Doit-on rappeler que cela relève, aussi et d'abord, de la médiation sociale ?

Toutefois, il n'en est rien à Mayotte où il existe des inégalités frappantes d'accès aux soins résultant pour la plupart d'inégalités sociales, économiques et structurelles. Dans ce texte, l'accent sera mis particulièrement sur les inégalités liées à la non-maîtrise de la langue officielle de Mayotte, le français. Mais avant d'aborder les questions d'ordre linguistique, soulignons que, dans le secteur de la santé, les postes de responsabilité sont réservés aux Métropolitains, les postes d'aides-soignants, d'agents de service hospitalier et d'agents administratifs sont tenus par des Français d'origine mahoraise. Mais de manière générale, plus on monte dans la hiérarchie et dans les spécialisations, plus les professionnels sont métropolitains. C'est une division du travail de la santé par

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

genre et par ethnicité comme le décrit M. Cognet (2010). Pour développer le secteur et combler le manque criant de professionnels de santé, notamment depuis la mise en place de la départementalisation, l'État a fait venir des professionnels de la santé, médecins, infirmiers, sages-femmes etc., de métropole sans faire l'effort de former des professionnels locaux. De plus, Mayotte, comme la plupart des départements français d'Outre-mer, souffre du turn-over des professionnels métropolitains qui, généralement, ne restent pas plus de deux ans à Mayotte puis retournent en métropole. Il en résulte que les structures de santé voient cohabiter des employés locaux permanents et des employés métropolitains temporaires, ce qui oblige les Mahorais à changer continuellement leurs manières de faire et à revoir leurs relations professionnelles dans le but de s'adapter aux Métropolitains tout en intégrant leur « manière de faire à la française ». Quant aux professionnels nouvellement arrivés, ils doivent, eux aussi, s'adapter à un contexte socioculturel différent et à un secteur médical sous tension et contraintes et fonctionnant avec des coutumes et traditions différentes non sans conséquences sur les rapports aux soins. Ces acteurs du secteur sanitaire se retrouvent donc au sein d'un même espace professionnel avec des rapports à la maladie, à la mort, au corps et à la médecine très différents. Adoptant une approche postcoloniale, Emmanuel Blanchard (2007) parle, à ce propos, de rapports sociaux asymétriques et inégaux entre ces deux catégories. Il souligne que l'importation générale du modèle métropolitain passe aussi par celle de la médecine, l'objectif étant la « consolidation d'un statut colonial. »

L'interprétariat est un besoin quasi systématique dans les services et les structures de santé à Mayotte. Il forme la pierre angulaire des rapports sociaux entre les trois catégories. Cette fonction est centrale dans le soin, puisqu'elle fait le lien entre le médecin et le patient. Mais ce lien social, cette relation intermédiaire, ce travail interculturel sont considérés comme des tâches difficiles, de par les spécificités du territoire. Il y a des difficultés d'ordre technique et culturel, car les personnes ne sont ni formées à l'interprétariat ni à la médiation interculturelle. Par exemple, on peut mentionner les différences dans l'expression et la verbalisation de certaines douleurs et symptômes entre le français et le shimaore ou le kibushi sans que ces différences ne soient prises en compte. À titre d'exemple, plusieurs soignants expliquent que les maux de têtes peuvent être exprimés de plusieurs manières différentes, y compris par des gestes culturellement signifiants mais dont les nuances n'ont pas forcément les mêmes équivalents en français. De même que la notion de temps diffère d'une culture à l'autre ; la notion de temporalité n'est pas la même dans la culture mahoraise à base arabo-islamo-bantu et dans la culture française, voire européenne. Le médecin métropolitain, non familiarisé avec la culture mahoraise, aura des difficultés à saisir convenablement la durée des symptômes. Encore une fois, c'est dans de tels contextes que le rôle des aides-soignantes-interprètes s'avère vital en tant que médiatrices sociales et interculturelles.

Par ailleurs, Mayotte étant une petite île, les Mahorais ont coutume de dire que tout se sait dans cette île et, par conséquent, rien ne reste à l'intérieur des structures de santé : « *Les murs ont des oreilles, les personnes ont peur […] effet petit village effet petite île, radio cocotier* ». Ce problème de confidentialité et de secret médical se pose avec plus d'acuité lorsque l'aide-soignante habite dans le même village que le patient. Cela explique en partie le refus de certains patients de collaborer avec les

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

aides-soignantes-interprètes lors des consultations médicales. Ils peuvent s'autocensurer. Par ailleurs, certains patients rapportent que des aides-soignantes refusent de traduire parfois surtout lorsqu'il s'agit de patients comoriens en situation irrégulière. La relation entre les aides-soignantes-interprètes et les patients souffre d'un manque de confiance, ceux-ci soupçonnant celles-là de ne pas dire la vérité, autrement dit, de ne pas traduire fidèlement les propos des patients ou des médecins soignants, voire d'inventer elles-mêmes les mauvaises nouvelles et les décisions qui leur sont défavorables et les attribuer aux médecins, seuls, aux yeux des patients, détenteurs du bon diagnostic et des décisions médicales appropriées.

Julie Eygun-Audap (2015 : 85), qui a enquêté auprès de plus de 250 patients, rapporte que la plupart de ses témoins sont très sceptiques vis-à-vis de la sincérité des propos tenus par les interprètes :

> Les traducteurs parfois disent n'importe quoi. En général, ils ne traduisent pas vraiment ce qu'on dit. On dit 3 ou 4 choses, ils résument en 1 mot […] Le traducteur, c'est pas une solution, il dira ce qu'il pense, c'est pas la vérité. C'est juste pour s'en sortir et faire son travail. » (Patient n° 8). « Je travaille à la PMI de l'Abattoir et je vois bien comment ça se passe. Ça me désole de voir que les filles ne disent pas la même chose que ce que la personne dit. » (Patient n° 25). Un autre patient regrette qu'il ne parle pas le français : « Ce serait bien que je puisse bien comprendre le français. Ça se passerait mieux. C'est gênant que je ne puisse pas bien m'exprimer. C'est difficile car c'est pas moi-même qui m'explique. Je suis pas assuré que le traducteur traduise bien. » (Patient n° 93). Quant au patient n° 55, il a très bien résumé la problématique de la barrière linguistique et ses conséquences quant à l'accès aux soins : « On va pas se comprendre, on va pas être bien soigné. On comprend pas les mêmes langues. Les étrangers sont mal accueillis. On se fait pas comprendre. On est pas bien vu, pas bien entendu. On vit dans la souffrance. Je n'arrive même pas à avoir de l'argent pour acheter du savon. La langue est un frein.

La barrière linguistique ne satisfait donc aucun des trois acteurs de la relation triangulaire, médecin, patient et interprète : les patients doutent de la fiabilité de la traduction assurée, les interprètes sont constamment stressés, fatigués, voire énervés et les médecins sont frustrés car ils se voient plutôt comme des « vétérinaires » et non comme des médecins au sens propre du terme.

La relation entre les aides-soignantes-interprètes et les patients est donc complexe, une complexité se traduisant souvent, pour l'interprète, par le refus de traduire et, pour le patient, par l'autocensure. Une psychologue métropolitaine ayant exercé dans différents services à Mayotte y voit une souffrance pour le personnel soignant. Elle signale le cas d'une aide-soignante exerçant au service d'oncologie, qui faisait ce travail d'interprétariat sans avoir reçu de formation préalable et ayant un niveau moyen en français. Fatiguée physiquement, elle a été en arrêt de maladie deux fois en six mois d'exercice de son métier. On est donc dans un contexte de suspicion réciproque qui ne facilite guère ni le travail des médecins ni celui des interprètes.

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

Comme on peut le constater, l'interprétariat dans les structures médicales à Mayotte est une source de violence pour le personnel aide-soignant. Cependant, si l'on inscrit ces faits dans le cadre de l'analyse des rapports de domination, on comprendra aisément que la langue constitue un enjeu dans les stratégies mises en place par les acteurs. Elle peut faire l'objet d'inconfort et être en même temps un outil de domination et de mise à l'écart, puisque, les interprètes se retrouvent dans le rôle de médiateurs, rôle qu'ils ne peuvent amplement assumer car ils n'ont jamais été formés pour assumer une telle tâche et, d'autre part, compte tenu du contexte politique, économique et social de Mayotte (pauvreté, inégalités sociales, immigration clandestine, etc.), ni l'État ni les collectivités départementales n'ont les moyens pour rendre cette médiation possible et efficace.

Les patients non affiliés à la Sécurité Sociale étant tributaires des aides-soignantes pour l'accès aux soins dans un dispensaire, un PMI (Centre de Protection Maternelle et Infantile ou au CHM (Centre Hospitalier de Mayotte), seuls ceux d'entre eux qui maîtrisent le français sont avantagés, ils sont en mesure de contourner les difficultés en interpellant directement un soignant métropolitain sans passer par un interprète. Selon les dires de certains patients, le soignant métropolitain est considéré comme plus compréhensif et plus enclin à la prise en charge de leurs soins que le personnel soignant mahorais, jugé plus sévère notamment vis-à-vis des patients comoriens. Certaines sages-femmes métropolitaines indiquent que des patientes arrivent jusque dans leur service pour solliciter une prise en charge qui leur a été refusée à l'accueil du CHM. Les professionnels métropolitains, médecins ou infirmiers dépendent des aides-soignantes-interprètes. De ce fait, la langue, qui est un enjeu pour l'accès aux soins, revêt une importance considérable dans la qualité de prise en charge. Les professionnels métropolitains ressentent un traitement inégal de la part de leurs collègues mahorais envers des patients migrants sans comprendre ce qui est dit entre eux. Néanmoins, si des aides-soignantes sont « accusées » du refus de traduire les dires des patients sans en expliciter les raisons, il serait trop hâtif d'interpréter chaque refus comme une intention de disqualifier le patient comorien. Ce phénomène reste difficile à appréhender et à cerner à sa juste valeur, car les témoignages des patients sont de l'ordre des déclarations. Il faudra mener des enquêtes fines à l'aide d'observations participantes pour valider ou invalider ce type de déclarations.

Cependant, selon nombre de spécialistes du secteur de la santé en contexte pluriculturel et plurilingue, l'interprétariat professionnel, absent à Mayotte, peut être l'une des solutions à ces problèmes surtout pour ce qui est de l'amélioration de la qualité d'accès aux soins. Cette amélioration intervient à plusieurs niveaux, à savoir que le diagnostic médical est déterminé plus rapidement et donc a un coût moindre (temps d'hospitalisation réduit, analyses ciblées directement), l'orientation du patient vers des spécialistes se fait plus rapidement et la possibilité d'une explication sans biais conduit à une meilleure compréhension de la prévention ou du traitement par le patient.

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

4 Pour quand un interprétariat professionnel dans les structures de santé à Mayotte ?

L'interprétariat professionnel dans les services de santé est un métier. Aziz Tabouri (2009 : 104) souligne qu'il « a ses propres règles de fonctionnement, de formation, d'éthique et de déontologie (neutralité, objectivité, secret professionnel.) » Si l'interprétariat professionnel est bien reconnu et admis dans nombre de secteurs, il demeure méconnu dans le domaine médical. »

En contexte de soins, les enjeux d'une bonne communication entre les patients et le personnel soignant sont d'une importance capitale. Comment un médecin peut-il établir un bon diagnostic et administrer un traitement adéquat à un patient qui ne parle la même langue que lui ? Nombre de médecins métropolitains exerçant à Mayotte m'ont affirmé, lors d'échanges informels avec eux (janvier 2017) à propos de l'exercice de leur métier, qu'ils souhaitent repartir vite en métropole : « nous avons besoin de comprendre et d'échanger avec nos patients ; nous ne sommes pas des vétérinaires », soulignent-ils. Comment peut-il en être autrement alors que la qualité de la communication et de l'échange avec les patients est essentielle pour établir un diagnostic, annoncer une maladie et expliquer les prescriptions d'un traitement ?

Pour les patients comoriens en situation irrégulière, aux conditions de précarité sociale et administrative s'ajoutent souvent des conditions d'isolement, d'incompréhension, de xénophobie avec leur lot de stéréotypes et de clichés dont le seul objectif est de jeter le discrédit sur eux. C'est en ce sens que les structures de santé et de soins, en tant que lieu de croisement et d'enchevêtrement de ces dimensions et enjeux, constituent aussi un miroir où apparaissent clairement les capacités de toute la société mahoraise à accueillir, à s'adapter et à se moderniser et surtout à l'État français d'être à la hauteur de l'importance des enjeux. Les Mahorais se sont engagés massivement en faveur de la départementalisation qu'ils ont approuvée majoritairement lors du référendum statutaire de 2009 et ce dans l'espoir de voir leur situation socio-économique s'améliorer et de recevoir des avantages sociaux et financiers. Or ces avantages tardent à venir. Ce que les manifestants de mars 2018 réclament, c'est tout simplement plus d'égalité sociale et un traitement équitable de tous les départements français. De nombreuses voix s'élèvent aujourd'hui pour critiquer la précipitation, le manque de préparation et le tâtonnement avec lesquels le processus de départementalisation a été mis en place. Ni Mayotte ni l'État français n'ont été prêts à cette échéance. Certains avancent même que le gouvernement Sarkozy de l'époque a offert aux Mahorais le statut de département à leur île pour des raisons électoralistes. Pas de chance, Sarkozy n'a pas été réélu en 2012.

Pour revenir à la problématique de l'interprétariat dans les structures de santé, de soins et de prévention, c'est :

> « par méconnaissance de l'existence même de l'interprétariat médico-social, par sous-estimation de son importance ou crainte de son coût, ou tout simplement par habitude routinière, [qu'] on se contente de gestes et d'approximations ou [qu'] on a recours à des "interprètes de fortune" ou informels. » (Aziz Tabouri (2009 : 104-105).

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

Ces derniers sont, dans beaucoup de cas, « à l'origine de contresens graves : traductions incorrectes, omission de certaines questions ou réponses par méconnaissance, par difficulté à traduire le sujet ou parce que celui-ci semble embarrassant. ». Il plaide pour le recours à des interprètes professionnels, « formés au métier de l'interprétariat et aux thématiques médicales, soumis aux règles de la confidentialité, du secret professionnel et de la neutralité », condition *sine qua non* d'un dialogue de qualité entre un soignant et un patient ne parlant pas la même langue. L'éthique médicale s'en trouve garantie, le respect de la confidentialité et du secret médical assuré et l'efficacité thérapeutique renforcée. Aussi le consentement réellement éclairé du patient est primordial à la relation de confiance et au dialogue de qualité entre le patient et le soignant, ce qui permet une intervention médicale de qualité tant au niveau préventif que curatif. Sans doute des interprètes professionnels sont-ils mieux préparés à la transculturalité et à la diversité. Ils peuvent mieux assurer leur rôle de médiateurs sociaux lors de consultations médicales dans un contexte pluriculturel.

À Mayotte, l'absence d'interprètes professionnels dans les structures de santé est tributaire du peu de moyens que l'État met dans ce secteur relativement à ses investissements, dans le même secteur, dans les départements de la Métropole. Néanmoins, il n'est pas sans intérêt de donner un aperçu de ces disparités en question.

4.1 Le secteur de la santé est tributaire des disparités entre Mayotte et sa Métropole

Outre les problèmes évoqués supra, liés au turn-over des professionnels de la santé, au manque de spécialistes parlant les langues locales de Mayotte et au statut social de la plupart des patients fréquentant les structures de santé, le 101^{e} Département français, comparé aux autres départements français de Métropole, souffre d'inégalités sociales influant négativement sur son secteur sanitaire.

À Mayotte, il existe une nette surmortalité par rapport à la Métropole : une mortalité maternelle multipliée par 6 et une mortalité infantile multipliée par 4. Les principales maladies rencontrées sont les maladies infectieuses, le diabète et les maladies respiratoires. Les problèmes des bidonvilles, d'accès à l'eau et d'hygiène entrainent nombre d'épidémies alors que les services de santé sont diminués, avec environ 77 praticiens pour 100.000 habitants.

Le tableau ci-dessous illustre parfaitement les inégalités en termes d'accès aux soins entre des citoyens français de Métropole et de Mayotte :

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

Tab. 1 : Données comparatives Mayotte-Métropole, sources : Données de l'INSEE Mayotte

	Mayotte	Métropole
PIB par an et par habitant (2014)	8603€	32736€
Niveau de vie médian d'un ménage par mois	384€ (pour un Français Mahorais)	1599€
Taux de chômage (2015)	23,7%	10%
Revenu de Solidarité Active (RSA) (2017)		
Un célibataire	268,39€	545,48€
Un couple avec un enfant	483,10€	981,86€
Dépense de santé de l'État par an et par habitant (2016)	900€	3300€
Nombre de médecin pour 100.000 habitants (2016)	82	339
Infirmiers DE (diplômés d'État)	347	1000
Chirurgiens-dentistes	6	64
Masseurs-kinés	33	130
Pharmaciens	28	113
Sages-femmes	240	151
Taux de mortalité	38,9‰	11,8‰
Taux de mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances vivantes)	6,2‰	3,4‰
Espérance de vie (2015)	75,3 ans (H)	79 ans (H)
	77,2 ans (F)	85,1 ans (F)

Jusqu'en 2005, l'accès au soin était gratuit dans les structures publiques. Depuis cette année, un système spécifique de sécurité sociale a été ouvert aux seuls Français et étrangers en situation régulière. Il n'existe pas de Couverture Mutuelle Universelle (CMU), de CMU complémentaire ou d'Aide Médicale d'État (AME) à Mayotte.

Pour les patients non affiliés à la sécurité sociale et/ou en situation irrégulière, il existe un forfait de 10€ que les patients doivent payer pour une consultation en médecine générale et de 300€ pour une consultation chez un spécialiste. Ce forfait de 10€ est valable pour 7 jours de soins et donne accès aux médicaments en pharmacie. Par ailleurs, bien que « l'Ordonnance » du 31 mai 2012 reconnaisse le principe de gratuité des soins dans les établissements publics pour les mineurs et les femmes enceintes en situation de précarité, dans la pratique, ce principe n'est pas appliqué à Mayotte.

D'après notre connaissance empirique de l'île, le Centre Hospitalier de Mayotte ne recourt pas à des interprètes professionnels à cause du coût financier que cela entraine. Or, selon les spécialistes de la santé, ces affirmations semblent erronées. En effet, Aziz Tabouri (*op. cit.*, p. 106) souligne que le recours à des interprètes professionnels « permet des diagnostics plus rapides et plus appropriés ». Lorsque les questions adéquates

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

et appropriées sont posées et comprises, l'orientation vers les spécialistes se fait de la manière la plus rapide et la plus adaptée.

> « Ces enjeux de santé publique se mesurent aussi d'un point de vue financier. Une information bien comprise limite les diagnostics erronés et permet d'économiser des analyses médicales superflues ou encore de réduire des journées et des nuits d'hospitalisation. Elle permet donc de faire des économies. »

Selon lui, bien que l'on ne dispose pas encore d'une évaluation chiffrée pour la France, des études belges et canadiennes ont montré

> « que le coût 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 service d'interprétariat, et ce principalement en termes de prévention des complications et de réduction de la durée de l'hospitalisation. » (p. 106)

Il ajoute que le recours à un interprète professionnel « 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 plein temps. » Par ailleurs, l'une des études « évalue à 1,8 jour la réduction du temps de séjour à l'hôpital pour un patient maîtrisant mal la langue mais assisté d'un interprète. » (p. 106)

5 Conclusion

L'état de déliquescence du secteur médical à Mayotte est à l'image de la situation générale de l'île, parent pauvre de la France ultramarine et île laissée pour compte.

Mayotte étant une île pluriculturelle et plurilingue, la conception, la vision et la culture de la santé ne sont pas forcément celles des Français métropolitains. En l'absence de médecins enclins à comprendre les enjeux interculturels et leur importance pour un accès aux soins efficace et efficient, le rôle de l'interprétariat français-langues locales reste primordial dans les structures de santé à Mayotte. Cependant pour que cet exercice soit accompli de façon complète et efficace, il ne faut pas que l'interprète passe sous silence l'importance de la médiation interculturelle. Mais pour cela, faut-il encore qu'il y soit bien préparé.

Bibliographie

CUMMINS, J. (1979) : « Linguistic interdependence and educational development of bilingual children », *Review of Educational Research*, 49, The Pennsylvania State University, p. 222-251.

CUMMINS, J. (2007) : « Rethinking Monolingual Instructional Stratigies in Monolingual Classrooms », *The Canadian Journal of Applied Linguistics*, 10, p. 221-240.

CUMMINS, J. (2014) : « L'éducation bilingue : perspectives internationales sur la recherche et les politiques linguistiques éducatives », *L'Éducation bilingue en France. Politiques linguistiques, modèles et pratiques*, Hélot, Christine & Erfurt, Jürgen (dir.), Limoges : Lambert-Lucas, p. 529-544.

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291

ERFURT, J. (2016) : « Le concept de transculturalité : un atout pour le débat sur l'éducation plurilingue. » *L'Éducation bilingue en France. Politiques linguistiques, modèles et pratiques*, Hélot Christine et Erfurt Jürgen (dir.), Limoges : Lambert-Lucas, p. 592-609.

EYGUN-AUDAP, J. (2015) : *Caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant en dispensaire à Mayotte*. Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Bordeaux, UFR des Sciences médicales.

GARCIA, O. & WEI, L. (2014) : *Translanguaging : Language, Bilingualism and Education*, New York : Palgrave Macmillan.

GARCIA, O. (2009) : *Bilingual Education in the 21st century. A Global Perspective, Halden (MA) and Oxford, Wiley and Blackwell.*

HELOT, C. & ERFURT, J. (dir.) (2014) : *L'Éducation bilingue en France. Politiques linguistiques, modèles et pratiques*, Limoges : Lambert-Lucas.

LAROUSSI, F. (2014) : « Diversité linguistique et discours identitaire à Mayotte » Revue *Diversité* « Les espaces ultramarins. Ici et là-bas », n° 178, p. 42-48.

LAROUSSI, F. (2016) : « Pour quand une éducation plurilingue à Mayotte », *L'Éducation bilingue en France. Politiques linguistiques, modèles et pratiques*, Hélot, Christine & Erfurt, Jürgen (dir.), Limoges : Lambert-Lucas, p. 130-144.

LAROUSSI, F. (2016a) : « La transmission des langues et cultures à Mayotte. Enjeux identitaires pour la famille et l'école », R*evue internationale de l'éducation familiale*, 38, Paris : L'Harmattan, p. 27-48.

LAROUSSI, F., LIENARD, F. (2013) (dir.) : *Language Policy, Education and Multilingualism in Mayotte*, Limoges : Lambert-Lucas.

MIGEREL, H. (2000) : *La sorcellerie des autres, une pathologie de l'envoûtement*, Paris : L'Harmattan.

TABOURI, A. (2009) : « L'interprétariat dans le domaine de la santé », *Hommes et migrations, 6 (n° 1282), Paris : Musée de l'histoire de l'immigration, p. 102-106.*

Published in : BADRINATHAN, Vasumathi ; PEJOSKA-BOUCHEREAU, Frosa ; RACINE, Odile ; SZENDE, Thomas (dir.), *Médier entre langues, cultures et identités : enjeux, outils, stratégies / Mediating between languages, cultures, identities : challenges, tools, strategies*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004291, doi : 10.17184/eac.9782813004291