

L'importance de la concordance linguistique dans les soins médicaux : le cas des patients francophones au Ghana

Yedoupape Koku Lare and Sewoenam Chachu

Volume 26, Number 2, Summer 2023

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1109298ar>

DOI: <https://doi.org/10.37213/cjal.2023.32850>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

University of New Brunswick

ISSN

1920-1818 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lare, Y. & Chachu, S. (2023). L'importance de la concordance linguistique dans les soins médicaux : le cas des patients francophones au Ghana. *Canadian Journal of Applied Linguistics / Revue canadienne de linguistique appliquée*, 26(2), 109–130. <https://doi.org/10.37213/cjal.2023.32850>

Article abstract

This article presents the importance of language concordance on healthcare received by Francophone patients in Ghanaian health centres. To do this, we present the effects of language barriers on patient management and the communication strategies used by the said patients. Based on results of interviews of 25 Francophone students (out of 32) who had visited health centres in Ghana, we discover that communication difficulties can have negative effects on healthcare access. Such effects include delayed consultation, extra cost due to poor diagnosis, and the risk of serious medical errors which could lead to the loss of life. To fill the communication gaps during medical consultations, most of the respondents resort to strategies such as using gestures and ad hoc interpreters. We suggest some recommendations for better management of minority language speakers in the Ghana healthcare system.

© Yedoupape Koku Lare, Sewoenam Chachu, 2023



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

L'importance de la concordance linguistique dans les soins médicaux : le cas des patients francophones au Ghana

Yedoupape Koku Lare
University of Ghana

Sewoenam Chachu
University of Ghana

Résumé

Cet article présente l'importance de la concordance linguistique sur les soins médicaux que reçoivent les patients francophones dans les centres de santé ghanéens. Pour ce faire, nous présentons les effets des barrières linguistiques sur la prise en charge des patients francophones et les stratégies de communication utilisées par ceux-ci. En nous basant sur les résultats des entretiens de 25 étudiants francophones (d'entre 32) qui ont accédé aux centres de santé ghanéens, nous découvrons que les difficultés de communication peuvent avoir des effets négatifs sur l'accès aux soins tels que la prolongation de la durée des consultations, des dépenses supplémentaires à cause des mauvais diagnostics et le risque d'erreurs graves pouvant leur coûter la vie. Pour combler les lacunes de la communication lors des consultations médicales, la plupart des répondants recourent à des stratégies telles que l'utilisation des gestes et des interprètes *ad hoc*. Nous proposons quelques recommandations pour une meilleure prise en compte des minorités linguistiques dans le système de santé au Ghana.

Abstract

This article presents the importance of language concordance on healthcare received by Francophone patients in Ghanaian health centres. To do this, we present the effects of language barriers on patient management and the communication strategies used by the said patients. Based on results of interviews of 25 Francophone students (out of 32) who had visited health centres in Ghana, we discover that communication difficulties can have negative effects on healthcare access. Such effects include delayed consultation, extra cost due to poor diagnosis, and the risk of serious medical errors which could lead to the loss of life. To fill the communication gaps during medical consultations, most of the respondents resort to strategies such as using gestures and *ad hoc* interpreters. We suggest some recommendations for better management of minority language speakers in the Ghana healthcare system.

L'importance de la concordance linguistique dans les soins médicaux : le cas des patients francophones au Ghana

Introduction

Selon la Déclaration universelle des droits de l'homme, « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». La santé est un droit universel dont toute personne doit jouir, peu importe l'origine, la race, la nationalité, etc. Avec la facilité de mobilité, beaucoup de personnes se retrouvent dans des endroits où ils sont étrangers et où la langue ou les langues parlées ne leur sont pas familières. Ces personnes ont besoin, quelquefois, d'accéder aux soins médicaux. C'est là que les enjeux de la concordance linguistique se jouent parce que, lorsqu'il est question de la santé, il est indispensable que les interlocuteurs (le patient et le personnel soignant) se comprennent bien (Beacco et coll., 2017) ; il devient donc impossible de négliger le rôle important que joue la langue dans l'accès aux soins médicaux. Cet article a pour visée principale d'identifier les effets des barrières linguistiques sur la qualité des soins médicaux que les patients francophones reçoivent dans les centres de santé ghanéens étant donné que la langue française a un statut minoritaire au Ghana. Nous explorons aussi les stratégies adoptées lors des interactions entre les patients francophones et le personnel médical en présence des barrières linguistiques. Pour atteindre les objectifs de cette recherche, nous émettons les deux hypothèses suivantes : premièrement, la prise en charge des patients francophones se heurte à quelques difficultés qui ont des effets négatifs sur la qualité des soins qu'ils reçoivent. Deuxièmement, à cause de leur incapacité à s'exprimer couramment en anglais ou en d'autres langues ghanéennes, quelques patients francophones utilisent d'autres stratégies pour communiquer dans les centres de santé ghanéens. Nous espérons que cet article contribuera à une meilleure prise en compte des expériences des groupes qui parlent des langues minoritaires au Ghana (les patients francophones dans ce cas), afin de contribuer à l'amélioration des conditions de leur prise en charge sanitaire.

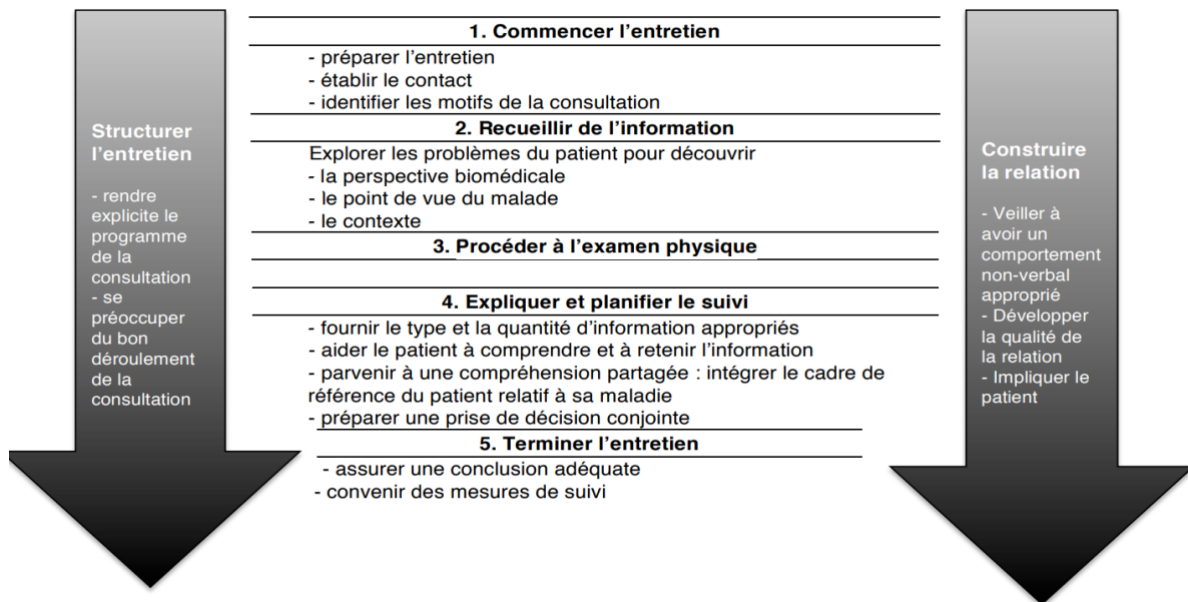
La communication et l'accès aux soins

La communication professionnelle dans le domaine de la santé est décrite comme une représentation de la communication personnelle par Richard et coll. (2010). Il s'agit des échanges verbaux ou par d'autres moyens - les gestes, l'écrit, l'utilisation des outils technologiques - entre les acteurs concernés. Ces acteurs sont les membres du personnel de la santé, les patients et leurs proches et le public général. Cette communication professionnelle joue deux rôles principaux, notamment l'échange d'informations et le développement d'une relation entre les interlocuteurs. Selon Richard et coll. (2010), cette communication est réussie si les interlocuteurs montrent premièrement une maîtrise d'un répertoire de comportements communicationnels. Deuxièmement, les parties doivent montrer une capacité d'adaptation aux différents interlocuteurs ou contextes et, troisièmement, il faut démontrer la capacité d'atteindre ses objectifs professionnels et relationnels tout en assurant une compatibilité avec les objectifs et les besoins de son/ses interlocuteur/s.

Malgré l'évolution de la médecine marquée par l'avancement de la technologie et le développement de différents appareils sophistiqués pour faire les examens cliniques, la communication entre le patient et le personnel soignant demeure indispensable pour un traitement médical réussi. Considérons les étapes d'un processus de prise en charge présenté par Silverman et coll. (2010) qui comprennent le commencement d'un entretien, le recueil des informations, l'examen physique, l'explication et la planification du suivi et finalement la terminaison de l'entretien (Figure 1).

Figure 1

La schématisation des étapes d'une consultation médicale (Silverman et coll., 2010, p. 50)



- Le commencement de l'entretien comprend l'établissement du contact et l'identification des motifs de la consultation. Dans le contexte médical, cela correspond à l'accueil et à la prise des informations personnelles du patient.
- Le recueil des informations renvoie à la partie de la consultation au cours de laquelle le patient fournit des informations sur ce dont il souffre tout en répondant aux questions du personnel de santé.
- L'examen physique ou clinique est l'identification des signes physiques d'une maladie à partir de l'inspection (l'observation du patient), la palpitation (la recherche des pouls périphériques), la percussion (frapper les parties du corps du patient pour savoir l'état de ses organes intérieurs), et l'auscultation (l'écoute des battements cardio-vasculaires). Cet examen permet de localiser les parties infectées du patient et augmente la probabilité de réussir le traitement médical.
- L'explication et la planification de suivi comprennent une discussion du diagnostic et se caractérisent par l'interprétation des résultats du diagnostic au patient. Pendant cette étape, le patient peut poser des questions sur son état de santé. Cette étape comprend aussi la prescription du traitement qui englobe les recommandations et l'ordonnance d'un personnel de santé à un patient après un examen médical. Cela

inclut les produits pharmaceutiques que le patient doit acquérir, ainsi que les obligations et les dispositions à prendre (Petcu et Rosculet, 2017).

- La terminaison de l'entretien renvoie à la fin du processus de prise en charge. Cette étape implique principalement la prise de rendez-vous pour une prochaine visite du patient au cas où les choses n'iraient toujours pas bien après un temps donné.

À part l'examen physique, nous pouvons admettre qu'il est impossible de se passer de la communication entre patient et personnel de santé dans les autres étapes, étant donné que la communication et la compréhension mutuelle forment la base d'un traitement médical réussi (Beacco et coll., 2017). La flèche à droite dénote le développement de la qualité de la relation entre le personnel de santé et le patient. Cependant, ceci pourrait être difficile, voire impossible, si les interlocuteurs n'arrivent pas à se comprendre à cause des barrières linguistiques et culturelles (Bowen, 2001). D'ailleurs, Bowen (2001) et de Moissac et Bowen (2017) indiquent que les barrières linguistiques peuvent avoir des effets négatifs sur la prise en charge médicale, y compris le non-respect de la confidentialité ou l'obtention du consentement éclairé pour les interventions médicales ainsi que l'évitement des soins.

En effet, des recherches antérieures démontrent l'importance de la langue à l'accès aux soins et comment les immigrés qui sont des minorités linguistiques pourraient avoir des difficultés à accéder aux soins sanitaires ou à avoir une prise en charge satisfaisante. Ce phénomène est global et on peut présenter des exemples des immigrés népalais au Japon (Shakya et coll., 2018), des immigrés en Malaisie (Loganathan et coll., 2019), les réfugiés et d'autres immigrés au Canada (Falconer et Quesnel-Vallée, 2014; Floyd et Sakellariou, 2017; Ourhou, 2020), ceux de la Suisse (Bischoff et Denhaerynck 2010; Maillefer et coll., 2019) ainsi que les études en Inde sur les barrières linguistiques et leurs effets sur les soins sanitaires (Narayan, 2013). Quelques problèmes identifiés comprennent la communication difficile lors de la prise en charge, un système de santé relativement complexe, le sentiment d'être traité différemment ou avec mépris, et le manque ou l'inefficacité de l'interprétariat. (Bowen, 2001; Falconer et Quesnel-Vallée, 2014; Maillefer et coll., 2019).

En effet, beaucoup d'études sur la migration des Africains s'attardent sur les aspects économique et sociodémographique. Nous partageons l'avis de Falconer et Quesnel-Vallée (2014, p. 512) qui postulent que « peu d'études s'attardent cependant à la capacité fonctionnelle que représentent les aptitudes linguistiques et à leur effet sur l'accès aux soins et à la santé ». C'est pour combler ces lacunes dans la recherche sur la concordance en anglais, la langue officielle du Ghana, ainsi que dans les langues locales ghanéennes. Dans la section suivante, nous présentons la situation sociolinguistique du Ghana et la place linguistique et ses effets sur les soins de santé que nous nous intéressons aux immigrés francophones au Ghana, précisément ceux qui sont incapables de s'exprimer couramment des immigrés francophones dans la vie sociale au Ghana.

Les immigrés francophones au Ghana

Le Ghana, pays anglophone situé en Afrique de l'Ouest, est entouré de pays francophones, notamment le Togo à l'est, la Côte d'Ivoire à l'ouest et le Burkina Faso au nord. Cette position géographique ouvre le Ghana à une forte immigration francophone. L'immigration est un phénomène mondial qui existe depuis toujours. Selon les statistiques de l'Organisation des Nations Unies (ONU, 2019), en 2019, le nombre de migrants sur le plan mondial était d'environ 272 millions de personnes, soit 51 millions de plus qu'en 2010. Notons qu'environ 31 % de l'ensemble des migrants internationaux sont en Asie, 30 % en

Europe, 26 % sur les continents américains, 10 % en Afrique et 3 % en Océanie. Le Ghana connaît une stabilité politique depuis 1972 (Brawand, 2000). Sur le plan économique, il est aussi reconnu comme l'un des pays africains en voie de développement, occupant la onzième (11^e) position parmi les 47 pays de la sous-région d'Afrique subsaharienne. Ces éléments sont des facteurs pouvant attirer beaucoup d'immigrés d'Afrique ainsi que de gens vers le Ghana.

Le Ghana compte environ 375,000 immigrés et parmi ces immigrés, plus de 225,797 sont francophones (GSS, 2012). Ces derniers sont de la France et de la sous-région africaine, notamment du Togo, du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Niger, de la Guinée et du Cameroun.

Ces francophones immigreront au Ghana pour des raisons différentes. Selon Aryeetey (2018), l'immigration des francophones au Ghana est liée à quatre facteurs dont nous traiterons dans les sections suivantes.

Le facteur économique

Le facteur économique s'explique par l'immigration des personnes dans un pays étranger pour rechercher une vie meilleure ou de l'emploi, soit administratif soit artisanal, à cause de la situation économique insatisfaisante de leurs pays d'origine. Selon les recherches, le Ghana a connu la présence des travailleurs immigrés depuis les années soixante (OECD/ILO], 2018).

Le facteur éducatif

Le facteur éducatif se définit par le déplacement des francophones (souvent des jeunes) au Ghana pour poursuivre leurs études universitaires ou pour apprendre l'anglais. Selon les estimations du service d'immigration ghanéen indiquées par Asare (2012, p. 7), les étudiants représentent une proportion importante des immigrés au Ghana. Il souligne qu'en 2007, 8,5% des permis de séjour ont été accordés à des étudiants. Aussi, près de 25% des immigrés et des titulaires de permis de séjour viennent des pays de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO).

Le facteur familial

Le facteur familial se résume au fait que quelques francophones viennent au Ghana parce que leur époux, leur épouse ou leurs parents ont décidé de se déplacer ou dans d'autres cas, sont affectés par leurs institutions pour venir travailler au Ghana. Ces derniers n'ont de choix que de se déplacer avec leurs familles. D'autres ont des proches au Ghana, qui viennent souvent pour leur rendre visite, pour passer des vacances, des week-ends et parfois s'installer avec eux.

Le facteur politique

Le facteur politique est lié à la recherche de refuge par quelques francophones à cause des problèmes politiques qui existent dans leur pays d'origine. Nous avons par exemple le cas des réfugiés togolais et ivoiriens. Au début de l'année 2006, à la suite de

violences politiques qui ont suivi les élections présidentielles de 2005 au Togo, le Ghana comptait près de 14,000 réfugiés togolais (Frontani et coll., 2009).

Selon les estimations de Thibeault (2014) publiées sur le site officiel de l'Organisation internationale de la Francophonie, le Ghana comptait plus 1,331,200 locuteurs de français en 2010. Pendant leur séjour au Ghana, ces francophones ont parfois besoin de soins médicaux, vu que la bonne santé reste un besoin primordial dans la vie d'un être humain. Ceux qui visitent des centres de santé ont des difficultés de communication à cause de la présence des barrières linguistiques. Cette étude tente donc d'identifier les effets barrières linguistiques et les stratégies de communication utilisées par les patients francophones dans les centres de santé ghanéens.

Méthodologie

Cette recherche est basée sur une approche qualitative caractérisée par une collecte de données au moyen des entretiens semi-dirigés. Nous avons sélectionné 5 instituts de langue que nous savons être fréquentés par des apprenants francophones visant à améliorer leur niveau en anglais. Après avoir obtenu la permission des autorités des instituts de langue visités, nous avons interviewé 32 étudiants francophones, dont 15 hommes et 17 femmes, par le biais de l'échantillonnage raisonné et la participation volontaire. Les critères de sélection de ces participants sont les suivants : être au Ghana pour moins d'un an et d'avoir eu à accéder aux soins médicaux depuis leur arrivée au Ghana. Ces répondants viennent de 7 pays francophones à savoir le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée Conakry, le Mali, la République Démocratique du Congo (RDC) et le Togo. Parmi les répondants, 7 n'ont pas eu de difficultés de communication parce qu'ils avaient un niveau en anglais d'au moins B1 du Cadre européen commun de référence (CECR). 25 de ces répondants ont éprouvé des difficultés lors de la consultation médicale et nous estimons leur niveau de français aux niveaux A1-A2 du CECR parce qu'ils ont répondu lors des entretiens qu'ils se considéraient au niveau débutant en ce qui concerne leur compétence linguistique en anglais. Nous analysons et présentons les données de ces 25 répondants dont 13 sont des femmes et 12 sont des hommes, âgés de 17 à 45 ans. 16 sont au Ghana pour continuer leurs études et 9 y sont pour des raisons professionnelles. Les entretiens ont eu lieu entre février et avril 2019 et les entretiens étaient en personne. Chaque entretien a duré environ 20 minutes. Nous avons fait des enregistrements audios lors des séances d'interviews qui ont été ensuite transcrits et analysés thématiquement. Le guide d'entretien (voir échantillon en annexe) était divisé en cinq parties sous les thèmes suivants : 1. Les informations personnelles, 2. Le répertoire linguistique des répondants, 3. Les stratégies de communication et les perceptions de l'utilisation des différentes langues dans les centres de santé, 4. La perception de la communication sur les questions liées à la santé, 5. Les ajustements culturels et linguistiques dans la communication en matière de santé.

Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'autorisation éthique pour le projet auprès du *College of Humanities Ethical Clearance Committee* à l'Université du Ghana (ECH 001/18-19). Pour cet aspect de la recherche, les instituts de langue impliqués ont donné leur consentement écrit et les participants aux entretiens ont donné leur consentement verbal pour nous permettre de les interviewer et d'enregistrer les entretiens.

Les effets des barrières linguistiques

Nous présentons, dans cette section, les effets des barrières linguistiques sur les soins médicaux que les patients francophones reçoivent dans les centres hospitaliers ghanéens. À la suite de nos entretiens, nous avons dégagé les effets des barrières linguistiques suivants :

1. La rétention d'informations pertinentes en présence d'un interprète
 2. Le manque d'échange d'informations
 3. Le manque de confiance en l'efficacité des soins
 4. La longue durée de prise en charge et les dépenses supplémentaires
- Nous discutons de ces effets dans les sections suivantes.

Rétention d'informations pertinentes en présence d'un interprète

Selon les données recueillies, quelques répondants ont dû recourir aux services d'un interprète *ad hoc*. C'étaient souvent leurs amis ou les membres de leur famille qui les accompagnaient aux centres de santé.

À la question de savoir si nos répondants étaient à l'aise d'exprimer leurs problèmes de santé à travers un interprète, nous avons eu les réactions suivantes :

R 4 : « ...je me sentais un peu inférieur pour communiquer à travers quelqu'un. Directement c'est mieux que ça soit à travers quelqu'un... »

R 8 : « Je ne me sens pas à l'aise de m'exprimer à travers une autre personne. »

R 21 : « C'est un peu gênant de parler à travers un intermédiaire, surtout avec des problèmes intimes. »

R 22 : « Là ça devient difficile parce que ce n'est pas toutes les informations que je peux donner. »

Les réactions recueillies montrent que les répondants ne sont pas à l'aise de s'exprimer à travers un interprète. Le répondant 22, par exemple, a exprimé clairement qu'il ne pourrait pas fournir toutes les informations en présence d'un interprète. Cette rétention d'informations de la part des patients pourrait avoir des effets négatifs pouvant affecter la réussite des soins médicaux. Ces données confirment le postulat de Bowen (2015) selon qui le fait de recourir aux services des interprètes informels pendant un processus de prise en charge met en péril le droit à la confidentialité des patients. Il est probable que ces derniers retiennent volontairement quelques informations importantes pour leur prise en charge à cause de la présence d'un interprète. Bowen a également soulevé ce problème de confidentialité en postulant que le recours à un interprète qui n'a pas suivi une formation sur l'éthique professionnelle met à risque la confidentialité et peut causer de graves conséquences. Cette assertion de Bowen est pertinente pour notre étude, car aucun de nos répondants n'a utilisé un interprète professionnel, ce qui peut mettre à risque leur confidentialité.

Le manque d'échange d'informations

Lors de nos entretiens, certains répondants ont mentionné le problème de manque d'échange d'informations en ces termes :

R 5 : « ...je ne suis pas trop satisfait par la quantité et la qualité des informations parce que c'est vrai qu'on s'exprime en anglais, mais je ne suis pas très à l'aise dans cette

langue. Si c'était ma langue, je vais aller plus loin, j'allais poser plus des questions. Là, je suis limitée. »

R 7 : « *C'est la deuxième fois que je viens ici. Je n'ai jamais posé de questions à personne et on ne me dit rien. »*

R 8 : « *Le médecin n'a pas pu expliquer comment on doit prendre le médicament. »*

R 13 : « *...elle m'a prescrit les médicaments, je ne comprenais pas, donc je voulais qu'elle m'explique s'il y a des effets secondaires... Mais, personnellement, elle ne m'a pas trop rassuré parce c'était des médicaments que je ne connais pas et je ne sais pas si effectivement ça peut résoudre le problème. »*

Le manque d'échange d'informations est l'incapacité des patients de fournir des informations utiles et compréhensibles, de poser des questions et de recevoir des explications auprès du personnel de santé au cours de la prise en charge à cause des barrières linguistiques. L'échange d'informations s'avère important lors de la consultation médicale, car le personnel de santé se base principalement sur les renseignements fournis par les patients pour faire des diagnostics initiaux avant de procéder aux tests (si nécessaire) pour confirmer ou infirmer leurs diagnostics et pour procéder au traitement. Pour cette raison, tout ce qui compromet la qualité de la communication entre le patient et le personnel de santé peut nuire à la qualité de la prise en charge.

Les réactions ci-dessus présentent des cas de manque d'échange d'informations entre le personnel de santé et les patients. Ces répondants ont exprimé leur incapacité à poser des questions et à recevoir les informations qu'ils voudraient avoir lors de leur prise en charge à cause des barrières linguistiques. Cela peut avoir des implications graves sur la santé de ces répondants, car selon Fournier et Kerzanet (2007), la communication entre le personnel de santé et le patient améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques, la qualité de vie des patients, et la satisfaction des patients ainsi que celle du personnel de santé. Ces quatre facteurs susmentionnés sont très importants pour la réussite d'un processus de prise en charge. Par exemple, si la maladie d'un patient est causée par une mauvaise habitude, le personnel de santé ne sera pas capable de l'en informer et de le conseiller sur un meilleur mode de vie et la maladie pourrait persister malgré le traitement.

Le répondant 8 par exemple a exprimé l'incapacité du médecin de lui expliquer la posologie des médicaments qu'on lui a donnés. Cela pourrait entraîner une surdose ou la peur de prendre ses médicaments. Comme l'indique l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (2023), avant toute prescription de médicament, le patient doit fournir certaines informations pour éviter toutes réactions d'allergies. Il devient alors important de prendre en compte l'échange d'informations entre le patient et le professionnel de santé, car l'ignorance de cette étape peut mettre la vie du patient en danger.

Longue durée de prise en charge et dépenses supplémentaires

Lors de nos entretiens, quelques répondants se sont plaints de la longue durée de prise en charge et du fait qu'ils doivent souvent faire des dépenses supplémentaires à cause des barrières linguistiques. Ils se sont exprimés à ce sujet en ces termes :

R 4 : « *...parfois on prend du temps à détecter ce que nous avons comme maladie, on peut prendre deux jours, trois jours pour détecter ce que nous avons... on dépense plus qu'au pays. »*

R 5 : « j'ai eu un problème de gastroentérite... j'ai fait à l'hôpital pratiquement 10 jours. Dans mon pays, ce problème, je l'ai souvent, je fais 2 jours, je sors. »

R 6 : « ...quand j'ai fini les examens, je suis venu voir deux médecins, donc ils ont failli me faire payer encore sous forme de consultation ...c'était un samedi, on était obligé de reporter ça sur lundi... il a essayé tant mieux que mal pour expliquer alors j'étais obligé de prendre tous les rapports, scanner et les envoyer au pays pour qu'on essaie de m'interpréter ça en français. »

Les réactions précédentes présentent d'une façon ou d'une autre des situations de prolongation de temps de prise en charge à cause des barrières linguistiques. Dans le cas du répondant 5, il s'agit d'une prolongation de durée d'hospitalisation de deux (2) à dix (10) jours. Cette situation peut être causée par des problèmes de communication, car le répondant a dit avoir souvent le même problème de santé dans son pays d'origine et en cas d'hospitalisation, cela ne dure pas plus que deux (2) jours. Pour le répondant 6, c'est un cas de difficulté d'interprétation des résultats des examens médicaux. Une interprétation qui pourrait prendre quelques minutes a pris trois (3) jours à cause des problèmes de communication. Au regard des deux cas (répondant 5 et 6), nous pouvons remarquer que les dépenses supplémentaires sont inévitables. Le répondant 5 aurait à dépenser plus pour la longue durée d'hospitalisation et le répondant 6 aurait à faire de même pendant les démarches pour l'interprétation de ses résultats d'examen médicaux.

La longue durée de prise en charge est souvent caractérisée par une perte de temps associée à des dépenses supplémentaires à cause des problèmes de communication. Cette longue durée de prise en charge peut prendre des heures, voire des jours. Dans le cas de la plupart de nos répondants, c'est souvent avant la prise en charge (le temps de chercher un interprète), au cours de la prise en charge (le temps de se faire comprendre et de faire plusieurs examens médicaux) et après la prise en charge (le temps de l'explication des résultats des examens médicaux). D'autres études ont aussi montré que la présence des barrières linguistiques occasionne de longues durées de prestation des soins de santé. En tenant compte des situations précédentes, nous pouvons attester que dans le cas d'immigrants francophones au Ghana, les barrières linguistiques peuvent influencer la durée d'une prise en charge médicale. Betancourt (2006) reconnaît ce fait en affirmant que les problèmes de communication peuvent contribuer à l'augmentation de la durée de séjour d'une hospitalisation de même que les délais d'attente d'un rendez-vous et l'accès à des services à l'urgence des hôpitaux. En plus de la durée prolongée de la consultation, s'ajoutent des dépenses supplémentaires puisque les problèmes de communication ont des effets non seulement sur la qualité et l'accès aux soins, mais aussi sur les coûts du traitement médical (Mondoux, 2010). Nous voulons signaler aussi que selon les données recueillies, ce n'est pas le fait d'être immigrant, venant d'un autre pays et donc ayant une culture différente ou une méconnaissance des services de santé du Ghana qui sont à l'origine des difficultés rencontrées par ces répondants. Ceci est prouvé par le fait que pour les migrants qui ont un niveau plus ou moins avancé en anglais, il n'y a pas eu de difficulté pour accéder aux services médicaux.

Le manque de confiance en l'efficacité des soins

Sur la base des données que nous avons recueillies, nous avons constaté que face aux problèmes de communication, le manque de confiance ou d'assurance en l'efficacité des soins est l'un des effets des barrières linguistiques. Ce manque de confiance est ressenti

par les acteurs (le patient et le personnel de santé) lors d'une prise en charge et se présente quand le patient doute de la compréhension du personnel de santé ou vice versa, ou s'il y a l'incertitude par rapport à la prestation de la personne qui sert d'interprète. Le répondant 7 par exemple a fait signe de doute lors de sa prise en charge lorsqu'il affirme : « *Au cours du traitement, j'ai tout dit, mais je ne sais pas si le traducteur a tout traduit* ». Comme effet, après la consultation, il a dû visiter un autre hôpital à cause de l'échec de sa première prise en charge. Le cas du répondant 6 est un exemple similaire. À cause du manque de confiance, il a dû scanner les résultats de ses examens médicaux, puis les a envoyés dans son pays d'origine pour l'interprétation.

En bref, nous avons constaté que les barrières linguistiques ont pour effet le manque d'assurance en l'efficacité de la prise en charge des patients. Cela peut nuire à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Les effets évoqués ci-dessus ne sont pas uniques aux migrants francophones au Ghana. Ces problèmes sont partagés par des patients parlant des langues minoritaires ou qui se trouvent dans des endroits où leurs langues ne sont pas parlées. Des recherches antérieures présentent le cas des minorités francophones au Canada (Mossiac & Bowen, 2017; Drolet et coll. 2017), et des locuteurs des Catalans en Espagne (Ibáñez Ferreté & Mestres i Farré, 2021). Dans ces situations aussi, les locuteurs de langue minoritaire éprouvent des difficultés de communication lors des consultations. La différence serait le fait que dans ces cas, le français et le catalan sont des langues des pays respectifs mais avec des statuts différents selon la région où l'on se trouve.

Les stratégies de communication

Dans cette section, nous discutons des stratégies de communication adoptées par les patients francophones pour combler les lacunes des barrières linguistiques. Nous présentons ci-dessous les supports et les canaux de communication que les répondants indiquent qu'ils utilisent face aux barrières linguistiques. Les stratégies principales sont les suivantes : i. l'utilisation de l'anglais, ii. l'utilisation de la technologie, iii. le langage gestuel, iv. l'écriture, et v. le recours à un interprète. Dans les sections suivantes, nous allons présenter nos données relatives à ces stratégies.

L'utilisation de l'anglais

Au cours de nos entretiens, sept (7) de nos répondants, soit 28%, ont dit avoir essayé d'utiliser l'anglais pour communiquer avec le personnel de santé avant de se référer à d'autres moyens de communication en cas d'incompréhension. Voici quelques-unes des réponses que nous avons reçues à la question de savoir comment ils se sont exprimés dans les centres de santé :

R 5 : « *À l'hôpital, j'ai parlé anglais parce que je comprenais un peu... Mais, je ne suis pas trop satisfait par la quantité et la qualité des informations parce que c'est vrai qu'on s'exprime en anglais, mais je ne suis pas très à l'aise dans cette langue.* »

R 6 : « *À l'hôpital, j'ai bredouillé en anglais... J'ai essayé de me faire comprendre en anglais...* »

R 12 : « *À l'hôpital, j'étais obligé de parler l'anglais. Ce n'était pas facile puisque'il fallait que j'explique de quoi je souffre... le docteur avait eu du mal à comprendre, son assistant aussi essayait de l'aider à comprendre.* »

Notons que pour tous ces cas, malgré les efforts fournis par les patients pour se faire comprendre en anglais, il y a toujours eu des difficultés de compréhension. Le répondant 5 par exemple a déclaré son manque de satisfaction de la qualité et de la quantité des informations qu'il a reçues. Ce répondant souhaiterait avoir plus d'informations de la part du personnel de santé, mais il est limité par son incapacité de s'exprimer en anglais. Aussi, le répondant 12 a exprimé cette difficulté de compréhension lorsqu'il affirme que le médecin n'arrivait pas à le comprendre.

Dans l'optique des situations précédentes, il devient évident qu'avoir un peu de connaissance dans la langue de communication utilisée au cours d'une consultation n'est pas suffisant. Pour une prise en charge réussie, il est nécessaire que le patient et le personnel de santé soient compétents dans la langue dans laquelle ils communiquent pendant la consultation.

L'utilisation de la technologie

L'évolution de la technologie a eu des impacts sur tous les domaines de la vie humaine, y compris le domaine de la traduction. La traduction automatisée est devenue possible grâce à l'émergence de l'informatique. À partir des différents logiciels et applications disponibles sur Internet, l'on peut traduire des textes d'une langue à une autre en utilisant un téléphone, une tablette ou un ordinateur. Dans le cadre de notre travail, l'utilisation de la technologie est caractérisée par l'usage du téléphone portable par le patient pour traduire ce qu'il veut exprimer ou par le fait de montrer des photos sur le téléphone pour indiquer le produit pharmaceutique que le patient veut acheter. Au cours de nos interviews, à la question de savoir comment nos répondants ont communiqué avec le personnel de santé, trois (3), soit 12% des répondants ont affirmé avoir utilisé leurs téléphones pour traduire. Les réponses sont les suivantes :

R 1 : « *Je ne comprenais pas très bien anglais. J'avais mon téléphone. Il y a le dico dedans. Je traduisais les mots pour lui parler.* »

R 11 : « *J'ai cherché le nom du médicament sur mon téléphone avant d'aller.* »

R 18 : « *... j'ai pris mon téléphone et j'ai fait la traduction sur Google.* »

Quand nous prenons le répondant 18 par exemple, cela a apparemment marché pour lui, car après, il a dit : « *Automatiquement, ils m'ont compris et ils m'ont montré des médicaments puis j'ai acheté.* ». Mais il est question de savoir si cette stratégie pourra être efficace dans des hôpitaux où le patient est censé donner plus de détails pour faire savoir ce dont il souffre. Nous pouvons dire que chercher des mots, des expressions et des phrases simples pourrait marcher, mais il peut y avoir des difficultés lorsque le patient doit s'exprimer avec plus de détails, et dans une situation où le patient est en douleur ou en détresse trop grave pour être capable d'utiliser son téléphone pour faire la traduction.

Concernant la situation du répondant 11, le fait de chercher le nom des produits sur Internet avant d'aller à la pharmacie ne limite pas les risques. La raison est que, même si les pharmaciens pouvaient leur donner des médicaments, il pourrait y avoir des problèmes de communication en ce qui concerne la posologie. Ceci pourrait poser un danger à ces patients francophones s'ils ne prennent pas les médicaments comme il le faut.

En outre, il est important de noter que la traduction automatique ou la traduction générée à partir des logiciels a des limites. Tout d'abord, une connexion Internet est requise pour pouvoir utiliser ces applications. Alors le patient ne sera pas capable de les utiliser dans le cas où il n'y a pas de connexion Internet. Google Translate par exemple traduit

souvent littéralement ou mot à mot les textes et les expressions, ce qui peut causer des erreurs graves.

Le langage gestuel

Le langage gestuel est un moyen de communication non verbale. Il est caractérisé par le transfert d'un message à travers des mouvements précis des parties du corps sous la forme des signes ou des mimes sans faire recours à la parole ou aux mots. À la question de savoir comment nos répondants se sont fait comprendre face aux difficultés de communication, sept (7) répondants, soit 28%, ont dit avoir combiné le peu de mots anglais qu'ils ont acquis avec des gestes. Nous avons eu des réponses comme :

R 4 : « *Par des gestuelles ou en touchant les parties du corps qui sont affectées.* »

R 9 : « *Je lui ai montré mon cou.* »

R 10 : « *Oui, j'ai utilisé des gestes et ils ont compris.* »

R 11 : « *Par les gestes, les étapes... elle a compris.* »

R14 : « *...elle m'a demandé de faire des signes. J'ai fait ça et elle a compris. Mais elle ne comprenait pas tout parce que ce n'est pas l'anglais, elle a fait des efforts.* »

R17 : « *On explique par des signes... Par exemple, si on a mal au ventre on met la main sur le ventre, si on a mal à la tête on met la main sur la tête et ils savent de quoi il s'agit. Mais quand c'est un peu trop approfondi, c'est difficile pour nous de pouvoir interpréter.* »

R22 : « *Oui, bon j'ai montré la partie qui me donne du mal...toutes les parties qui me donnent du mal... Et le médecin a dit ok...* »

Face à ces réponses, la question qui se pose est si le langage gestuel peut servir d'outil de communication efficace dans le domaine de la santé. Force est d'admettre que l'interprétation du langage gestuel présente des complexités, car tous les gestes ne seront pas faciles à interpréter. De même, les patients ne seront pas capables de communiquer tous leurs maux par des gestes. C'est ce que les répondants 4 et 17 voulaient exprimer en affirmant que ce ne sont pas toutes les maladies que l'on peut interpréter par des gestes. Il est important de souligner que les gestes seuls ne pourraient pas être suffisants pour bien diagnostiquer. Comme exemple, prenons l'ostéomyélite hématogène, une infection osseuse caractérisée par la douleur dans les os. Il sera très compliqué, voire impossible, d'exprimer une douleur osseuse par des gestes. Aussi, quelqu'un qui souffre d'un simple mal de tête pourrait désigner la tête. De la même manière, quelqu'un qui souffre d'une migraine pourrait aussi désigner la tête, mais l'intensité et la régularité des douleurs ne pourraient pas être diagnostiquées dans ce cas et il y a le risque de ne pas donner le bon traitement parce que le problème a été mal diagnostiqué. Un dernier exemple est quelqu'un qui touche le ventre pour indiquer une douleur. Cela pourrait être une femme qui a des maux de ventre associés aux règles, ou une personne qui a une indigestion, ou même quelqu'un avec un problème plus grave.

Par ailleurs, le répondant 4 a dit : « *vue que moi-même je suis dans le domaine de la santé, il y a des choses que j'ai comprises et des choses que personnellement j'ai refusé qu'ils me fassent ... je ne suis pas tellement convaincu, mais ils ont fait de leur mieux quand même* ». Dans ce cas, nous pouvons admettre que ce répondant aurait pu subir un mauvais traitement s'il n'était pas lui-même professionnel dans le domaine de la santé. Ceci démontre le danger de se baser sur le langage gestuel comme seul moyen de communication dans le domaine de la santé.

L'écriture

Un seul répondant a eu recours à l'écriture pour communiquer. Face aux difficultés de communication, le répondant 4 a tout d'abord essayé de parler l'anglais accompagné de gestes, mais cela n'a pas marché. À la question de savoir la solution qu'il a trouvée après toutes ses tentatives de se faire comprendre sans succès, il dit : « *Un peu frustré, la plupart du temps, comme mon anglais n'est pas bon, je prends une feuille. Je peux écrire l'anglais. Donc, j'écris ce que je veux... Donc j'essaie et ils arrivent à me comprendre quand même* ».

Nous pouvons voir ici que le patient a essayé de se faire comprendre au personnel médical à partir de l'écrit et cela a marché, mais il reste à savoir si le personnel médical pourrait aussi se faire comprendre au patient par l'écriture vu que ce dernier n'a pas un bon niveau en anglais. Face à une telle situation, la réussite du processus de prise en charge ne pourrait pas être assurée, car pour avoir une prise en charge réussie, il est nécessaire que les deux parties (le patient et le personnel de santé) puissent communiquer et assurer une compréhension mutuelle (Moukrim, 2018). Par conséquent, nous pouvons dire que l'utilisation de l'écriture comme moyen de communication en présence des barrières linguistiques ne garantit pas forcément une prise en charge réussie.

Le recours à un interprète

L'interprétation dans le cadre de notre travail est caractérisée par la communication des idées des patients et du personnel de santé à travers une troisième personne (un interprète) à cause des barrières linguistiques. Comme l'expliquent Ouimet et coll. (2013), nous distinguons deux catégories d'interprètes : formés et non formés. Un interprète formé est un professionnel dans le domaine alors qu'un interprète non formé n'est pas un professionnel, mais une personne qui a une certaine connaissance dans les langues en question (l'anglais et le français dans le cadre de notre recherche). Un membre du personnel de la santé bilingue, un bénévole qui parle la langue requise, un ami ou un membre de la famille du patient sont des exemples d'interprètes non formés.

Au cours de nos entretiens, sept (7) de nos répondants, soit 28% ont recouru à des interprètes (soit leurs amis ou leurs proches, soit un membre du personnel médical ayant une certaine connaissance en français). Notons que pour tous les répondants, aucun interprète professionnel n'est utilisé. À la question de savoir comment ils ont communiqué avec le personnel de santé, nous avons eu des réponses comme :

R 3 : « ...*ma sœur a joué le rôle d'interprète...* »

R 6 : « ...*heureusement pour moi, il y avait quelqu'un pour m'expliquer.* »

R 7 : « ...*je parle et une autre personne me traduit...* »

R 8 : « *Si on nous parle et on ne comprend pas, on appelle quelqu'un et la personne nous parle et c'est plus facile* »

R 19 : « ...*je me suis fait accompagner par des frères et c'est eux qui faisaient l'interprétation.* »

R 23 : « *Mon amie m'a interprétée.* »

Malgré le fait que ces répondants aient eu l'aide des interprètes (non formés), certains d'entre eux ont montré par la suite que cela n'avait pas totalement résolu le problème de communication. Quand nous avons demandé si tout s'était bien passé avec l'aide des interprètes, certains répondants ont donné les réponses suivantes :

R 4 : « ... *directement, c'est mieux qu'à travers une autre personne parce qu'il n'arrive pas à traduire votre pensée* ».

R 7 : « *Au cours de la consultation, j'ai tout dit, mais je ne sais pas si l'interprète a tout interprété.* »

R 19 : « *Comme je ne comprenais pas l'anglais, je ne savais pas s'ils interprétaient exactement ce que je disais.* »

En prenant en considération ces réponses, nous pouvons remarquer l'incertitude de la part des répondants par rapport à ce que les interprètes ont essayé d'interpréter.

Ceci peut causer le doute en ce qui concerne l'efficacité des soins reçus par le patient. Ouimet et coll. (2013) ont justifié ce sentiment de doute de ces répondants en affirmant que les interprètes informels (les employés bilingues, les bénévoles, les amis, les membres de famille) ont plus tendance à commettre des erreurs d'interprétation sérieuses. Ce sentiment de doute explique aussi le cas du répondant 6 qui a dit par la suite : « ... *c'est pourquoi quand j'ai fini les examens, je suis venu voir deux médecins...* ». Ce répondant a consulté deux autres médecins après avoir reçu les résultats de son examen médical parce qu'il n'était pas convaincu des interprétations qu'il avait reçues. Signalons que malgré cette deuxième tentative de comprendre les résultats de son examen médical, ce répondant n'a eu de solution qu'après avoir envoyé ses résultats à un médecin dans son pays d'origine, car il affirme : « ... *alors j'étais obligé de prendre tous les rapports, les scanner et les envoyer au pays pour qu'on essaie de me l'interpréter ça en français.* »

Il est alors nécessaire de reconnaître l'inefficacité de l'utilisation des interprètes non formés lors d'un processus de prise en charge à cause de l'incertitude que ces derniers créent. Cela peut aussi occasionner des erreurs graves pouvant détériorer l'état de santé du patient. Nous avons constaté que les centres hospitaliers ghanéens n'embauchent pas d'interprètes, mais il reste à savoir si l'utilisation des interprètes formés assure la réussite d'un traitement médical. Notons à cet égard que l'utilisation des interprètes formés dans le domaine de la santé est l'approche la plus efficace et comporte le moins de risques (Ouimet et coll., 2013). En effet, en l'absence des interprètes professionnels, il serait préférable de se tourner vers des professionnels de santé qui parlent le français. Malheureusement, à cause du système éducatif du Ghana qui sépare les matières scientifiques des langues, il y a très peu de membres du personnel de la santé qui peuvent s'exprimer en français à un niveau à pouvoir servir d'interprète lors des consultations. Une publication par Chachu (2022) sur l'accès aux soins au Ghana révèle que parmi 5 centres de santé à travers le pays, seul un centre de santé avait embauché des interprètes - et ceci dans leur service de radiologie. Ces interprètes étaient des secrétaires bilingues qui avaient appris sur le tas et qui servaient d'interprètes pendant les consultations au centre de radiologie. Dans les autres centres de santé, sur au moins 30 membres du personnel de la santé, on ne trouvera personne ou il y aura, au maximum, un seul personnel qui pourrait s'exprimer en français. Tout ceci pour démontrer le fait que les centres de santé ghanéens ne sont pas équipés pour la communication avec des patients francophones. C'est pour cela que les membres du personnel de la santé et les patients se sentent obligés de recourir à quelques stratégies de communication lors des consultations.

Tableau 1
Récapitulatif des stratégies de communication

Stratégies	Nombre de répondants	Pourcentage	Commentaires
L'utilisation de l'anglais	7	28%	Malgré les efforts fournis par les patients pour se faire comprendre en anglais, il y a toujours eu des difficultés de compréhension.
L'utilisation de la technologie	3	12%	L'utilisation de la technologie pourrait causer des erreurs de traduction.
Le langage gestuel	7	28%	L'utilisation des gestes ne pourrait pas favoriser le diagnostic de l'intensité et la régularité des douleurs.
L'écriture	1	4%	L'utilisation de l'écriture ne garantit pas forcément une prise en charge réussie.
L'interprétation	7	28%	L'utilisation des interprètes non formés est inefficace.

Discussion

Comme le soulignent Ouimet et coll. (2013), les barrières linguistiques dans l'offre de soins et de services de santé se présentent généralement comme un problème de communication entre un professionnel de santé et un patient. La rétention d'informations pertinentes en présence d'un interprète, le premier effet des barrières linguistiques que nous avons mentionné plus haut se résume au fait que les patients ont tendance à retenir volontairement quelques informations importantes pour leur prise en charge, puisqu'ils ne sont pas à l'aise d'exprimer leurs problèmes de santé à travers un intermédiaire. Le manque d'échange d'informations s'explique par le fait que les patients et le personnel de santé sont incapables de communiquer à cause de la présence des barrières linguistiques. Le manque de confiance en l'efficacité des soins s'explique par l'incompréhension entre les patients et le personnel de santé. La longue durée de prise en charge et les dépenses supplémentaires peuvent être expliquées d'une part par le fait qu'en présence des barrières linguistiques, avant la prise en charge, les patients doivent attendre pour qu'on cherche des interprètes ; pendant la prise en charge, ils prennent du temps pour se faire comprendre au personnel de santé et se font passer plusieurs examens médicaux, ce qui peut augmenter le coût de leur prise en charge. Aussi, après la prise en charge, beaucoup de temps est perdu pour leur

expliquer les résultats des examens médicaux à cause des problèmes de communication. D'autre part, à cause des problèmes de communication, la durée de séjour d'hospitalisation des patients peut s'augmenter d'où les dépenses supplémentaires s'imposent.

Par ailleurs, l'utilisation des verbes '*obliger*' et '*se battre*' par plusieurs répondants montre que ce n'était pas de leur volonté de parler l'anglais, mais c'est la situation qui les a obligés. En d'autres termes, cela indique que ce répondant était indirectement forcé de parler l'anglais afin de se faire comprendre. Nous pouvons interpréter ce fait comme une dépendance linguistique puisque la prise en charge de ce dernier pourrait se retarder ou être impossible s'il n'arrivait pas à se faire comprendre en anglais. Ces verbes et expressions montrent en particulier la présence des difficultés de communication lors de la prise en charge des répondants entraînant le manque d'assurance et la dépendance linguistique.

Pour trouver des solutions aux effets néfastes des barrières linguistiques sur la qualité des soins, on pourrait s'inspirer des solutions adoptées dans d'autres pays. Actuellement, l'une des auteurs de cet article est en train de mener une étude sur le terrain pour avoir des données pour faire le plaidoyer pour la mise en place d'un système d'interprétariat par téléphone comme cela se fait dans des pays tels que la France, le Canada, etc. De plus, on pourrait penser à former des interprètes qualifiés ou des médiateurs linguistiques et culturels pour le service de santé au Ghana. Actuellement, il n'y a pas de formation spécifique en interprétariat pour le service public au Ghana, mais l'Université du Ghana vient d'ajouter une matière en interprétariat communautaire à sa formation en traduction. D'ailleurs, à court terme, on pourrait envisager des formations courtes pour des professionnels de santé qui parlent français et qui jouent déjà, de manière informelle, le rôle d'interprète lors des consultations. Finalement, on propose l'introduction des outils bilingues qui sont spécialement conçus pour les consultations cliniques, pour palier le problème.

Conclusion

Cette réflexion sur les effets des barrières linguistiques sur les soins médicaux ainsi que les stratégies de communication adoptées par les patients francophones pour combler ces lacunes nous révèle un besoin de prendre des dispositions pour faciliter la communication entre les membres du personnel soignant et les patients qui sont des minorités linguistiques (dans ce cas, le français). Non seulement les stratégies adoptées ne semblent pas combler les lacunes ou répondre aux difficultés auxquelles font face les patients francophones, mais les effets des barrières linguistiques sur la qualité des soins et les résultats du traitement médical confirment l'importance de la concordance linguistique sur l'accès aux soins médicaux. Il incombe aux décideurs politiques et aux acteurs dans le domaine de la santé de prendre des mesures pour faciliter l'accès aux soins en trouvant des solutions durables aux difficultés de la communication. En sachant que le Ghana est entouré de pays francophones, nous devons nous attendre à avoir beaucoup de patients francophones et les membres du personnel dans les centres de santé doivent être sensibilisés sur l'importance de la communication efficace pour les soins optimaux.

La correspondance devrait être adressée à Yedoupage Koku Lare
Courriel : ykdlare@gmail.com

Remerciements

La recherche qui a abouti à ce travail a été soutenue par la Fondation Andrew Mellon à travers le projet du 'College of Humanities' de l'Université du Ghana intitulé 'Reinvigorating Humanities Research at the University of Ghana - REHURE', ainsi que par le soutien du projet 'Building a New Generation of Academics in Africa (BANGA-Africa)'.

Références

- Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (2023). *Allergies médicamenteuses : réduire les risques d'exposition des personnes allergiques en établissement*. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/allergies-medicamenteuses-reduire-les-risques-dexposition-des-personnes-allergiques-en>
- Aryeetey, K. M. (2018). *Transnational activities and integration processes of Francophone migrants in Accra* [Doctoral dissertation, University of Ghana]. <http://ugspace.ug.edu.gh/handle/123456789/27483>
- Asare, P. (2012). *Labour migration in Ghana*. Friedrich-Ebert-Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/ghana/10511.pdf>
- Beacco, J.-C., Moukrim, S., Krumm, H.-J., Little, D., & Thalgot, P. (2017). Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé. In *The Linguistic Integration of Adult Migrants / L'intégration linguistique des migrants adultes*. <https://doi.org/10.1515/9783110477498-046>
- Betancourt, J. R. (2006). *Improving quality and achieving equity: The role of cultural competence in reducing racial and ethnic disparities in health care*. Commonwealth Fund New York. <http://resource.nlm.nih.gov/101303478>
- Bischoff, A., & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-7. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-10-248>
- Bowen, S. (2015, Août). *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*. Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario <https://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-%C3%89tude-Barri%C3%A8res-linguistiques.pdf>
- Bowen, S. (2001, November). *Language barriers in access to health care*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>
- Brawand, A. (2000). *Ghana : Réformes économiques et démocratisation*. Institut universitaire d'études du développement.
- Chachu, S. (2022). Implications of language barriers for access to healthcare: The case of francophone migrants in Ghana. *Legon Journal of the Humanities*, 32(2), 1-36. <http://doi.org/10.4314/ljh.v32i2.1>
- de Moissac, D., & Bowen, S. (2017). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. *Healthcare management forum*, 30(4), 207–212. <https://doi.org/10.1177/0840470417706378>
- Drolet, M., Bouchard, P., Savard, J., & Laforge, M. J. (2017). Enjeux de l'accessibilité et de l'offre active de services sociaux et de santé au sein de la francophonie canadienne en situation minoritaire. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active. Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, pp. 13-32. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdc0.6>
- Falconer, J., & Quesnel-Vallée, A. (2014). Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. *Recherches sociographiques*, 55(3), 511-529. <https://doi.org/10.7202/1028377ar>
- Floyd, A., & Sakellariou, D. (2017). Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0694-8>

- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé publique*, 19(5), 413-425. <https://doi.org/10.3917/spub.075.0413>
- Frontani, H. G., Silvestri, K., & Brown, A. (2009). Media image and social integration of Liberian and Togolese refugees in Ghana. *Africa Media Review*, 17(1-2), 51-75. <https://doi.org/10.57054/amr.v17i1-2.5179>
- Ghana Statistical Services (GSS). (2012). 2010 population and housing census: Summary report of final results. Ghana Statistical Service. https://statsghana.gov.gh/gssmain/storage/img/marqueeupdater/Census2010_Summary_report_of_final_results.pdf
- Ibáñez Ferreté, Ó. A., & Mestres i Farré, N. (2021). Bilingualism in the health system: The Catalan case. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (15-16), 111-142. <https://doi.org/10.7202/1078479ar>
- Loganathan, T., Rui, D., Ng, C. W., & Pocock, N. S. (2019). Breaking down the barriers: Understanding migrant workers' access to healthcare in Malaysia. *PloS one*, 14(7): e0218669. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218669>
- Maillefer, F., Bovet, É., Jaton, L., Bodenmann, P., & Ninane, F. (2019). Barriers and facilitators to access to healthcare among asylum seekers from Eritrea and Afghanistan in the canton of Vaud, Switzerland. *Recherche en soins infirmier*, 137(2), 26-40. <https://doi.org/10.3917/rsi.137.0026>
- Mondoux, M. (2010). *Communiquer avec des patients de langue étrangère les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins* [Bachelor's Thesis, Haute École de Santé, Fribourg]. SONAR. <https://sonar.ch/hesso/documents/313689>
- Moukrim, S. (2018). *Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé*. <https://doi.org/10.1515/9783110477498-046>
- Narayan, L. (2013). Addressing language barriers to healthcare in India. *National Med J India*, 26(4), 236-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24758452/>
- OECD/ILO. (2018). *How Immigrants Contribute to Ghana's Economy*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264302037-en>
- Organisation des Nations Unies. (2019). *Migrations*. <https://news.un.org/fr/story/2019/09/1051802>
- Organisation for Economic Cooperation and Development/International Labour Organization (OCED/ILO). (2018, June 20). *How Immigrants Contribute to Ghana's Economy*, OECD Publishing., Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264302037-en>
- Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B., & Hemlin, I. (2013, Juillet 19). *Adaptations linguistiques des soins et des services de santé: enjeux et stratégies: La langue, déterminant de l'état de santé et de la qualité des services*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1656>
- Ourhou, A. (2020). *L'accès aux soins de santé mentale à Montréal: la perception des familles immigrantes* [Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito.
- Petcu, D., & Rosculet, V. (2017). Regulations for the prescription of footwear as medical device. *Leather and Footwear Journal*, 17(1), 59-66. <https://doi.org/10.24264/lfj.17.1.8>

- Richard, C., Lussier, M. T., Galarneau, S., & Jamouille, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie médicale*, 11(4), 255-272. <https://doi.org/10.1051/pmed/2011009>
- Silverman, J., Kurtz, S. et Draper, J., (2010). *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Editions Médecine et Hygiène.
- Shakya, P., Tanaka, M., Shibamura, A., & Jimba, M. (2018). Nepalese migrants in Japan: What is holding them back in getting access to healthcare? *PloS one*, 13(9), e0203645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203645>
- Thibeault, E.-N. (2014). *Usage des technologies d'information et de communication en soutien à la diffusion de la langue française : pratiques et compétences des élèves et des enseignants en Moldavie*. [Paper presentation]. Conférence JOCAIR 2014, Université Paris Descartes, Paris, France.

Annexe 1

Guide d'entretien pour les patients francophones

Titre du projet: Comprendre les dynamiques de langues dans l'accès aux soins médicaux parmi les migrants francophones au Ghana.

A. Informations personnelles

1. Age
2. Sexe
3. Pays d'origine/Nationalité
4. Tribu/Groupe ethnique
5. Profession/Commerce
6. Raison de séjour (au Ghana)
7. Durée de séjour (Combien de temps ils ont vécu au Ghana)
8. Avez-vous déjà visité un/des Centre(s) de santé au Ghana? Si oui, lequel ?/lesquels ?
9. Lequel de ces Centres de santé avez-vous visité le plus ? Combien de fois l'avez-vous visité ?

B. Répertoire des langues

1. Combien de langues parlez-vous ? (locale et internationale) – citez les.
2. Quelle(s) langue(s) maîtrisez-vous bien? (la/les langue(s) que vous parlez couramment)
3. Laquelle de ces langues utilisez-vous:
 - a. A l'école ?
 - b. A l'église/ à la Mosquée ?
 - c. Lors des événements sociaux ?
4. Quel est votre niveau en anglais ? (Aucune notion/débutant/intermédiaire/avancé)

C. Stratégies de communication et perceptions de l'utilisation de langue dans les hôpitaux

1. Quelle(s) langue(s) avez-vous parlé avec le personnel de santé lors de votre visite?
2. Avez-vous eu des difficultés en communiquant avec le personnel? Lesquelles?
3. Comment êtes-vous arrivés à expliquer votre problème de santé?
4. Dans quelle(s) langue(s) le personnel de santé a communiqué avec vous?
5. Avez-vous compris tout ce que le personnel de santé a discuté avec vous ?
6. Pensez-vous qu'il y a une différence de communication dans le domaine de la santé entre le personnel de santé ici au Ghana et celui de votre pays ? Expliquez votre réponse.
7. Avez-vous eu l'impression que les professionnels de santé ont compris tout ce que vous leur avez dit?
8. Dans le cas où le professionnel de santé semblait ne pas vous comprendre, qu'avez-vous fait?
9. Dans le cas où le professionnel de santé semblait ne pas vous comprendre, comment vous êtes-vous sentie ?

10. Est-ce que l'hôpital vous a proposé une solution quand il y avait un problème de communication?
11. Dans le cas où vous avez eu un interprète, étiez-vous convaincu que la personne expliquait exactement ce que vous voudriez dire?
12. Comment vous êtes-vous senti quand deviez communiquer à travers une autre personne ?
13. Avez-vous l'impression que la communication a affecté le processus de soin médical? Pourquoi ou pourquoi pas?
14. Pensez-vous qu'on a besoin des interprètes professionnels dans le secteur de la santé? Expliquez votre réponse.

D. Perception de la communication sur les questions liées à la santé

1. Que pensez-vous du system médical au Ghana?
2. Parlez-vous ouvertement au personnel de santé sur les problèmes liés à votre santé? Expliquez votre réponse.
3. Est-ce le personnel de santé pose des questions directes ?
4. Comment vous sentez-vous quand vous devez donner des informations détaillées et confidentielles à l'hôpital?

E. Ajustements culturels et linguistiques dans la communication en matière de la santé

1. Etes-vous satisfait de la quantité et de la qualité d'information que vous recevez des personnels de santé au Ghana ? Expliquez votre réponse.
2. Quelle a été votre impression sur le registre de langue/ langage que le personnel médical a utilisé avec vous? Est-il facile de les comprendre?
3. Est-ce que le personnel de santé a été direct et ouvert dans leur discussion avec vous ? Expliquez votre réponse.
4. Est-ce que les ghanéens parlent aisément des problèmes liés à la santé relativement aux citoyens de votre pays? Expliquez votre réponse.

Merci pour votre temps!