UNIVERSITE PAUL SABATIER – TOULOUSE III
FACULTE DE MEDECINE

ANNÉE 2014 N°2014 TOU3 1041

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de médecine de Toulouse
Le 18 juin 2014, par
Samah CHAABAN
Née le 30 mai 1984 à Kherbet Slim (99)

"Rendre la parole pour mieux soigner "

EVALUATION DE LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES SUR L'UTILISATION D'INTERPRETE PROFESSIONNEL FACE A UN PATIENT NON FRANCOPHONE OU UTILISATEUR ELEMENTAIRE DE LA LANGUE FRANCAISE A TOULOUSE

Directrices de thèse :
Madame la Docteure Bénédicte GAUDILLIERE
Madame la Docteure Virginie MAINCION

JURY

Monsieur le PROFESSEUR Thierry LANG	Président
Monsieur le PROFESSEUR Pierre DELOBEL	Assesseur
Monsieur le PROFESSEUR Jean Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le DOCTEUR Serge BISMUTH	Assesseur
Madame Denise PAMBOUC	Membre invitée
Madame la DOCTEURE Bénédicte GAUDILLIERE	Membre invitée
Monsieur le DOCTEUR Pierre RAZONGLES	Membre invité

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS DU JURY

A Monsieur le Professeur Thierry LANG,

Merci d‘avoir accepté de présider le jury de cette thèse, de votre attention sur le sujet, et pour vos réponses à mes nombreux courriels.

A Monsieur le Professeur Pierre DELOBEL,

Merci d‘avoir accepté sans hésiter de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail. Merci de l‘intérêt porter à l‘égard de ce sujet de thèse, ce fut un plaisir d‘avoir pu échanger avant la soutenance.

A Monsieur le Professeur Jean Philippe RAYNAUD,

Merci d‘avoir accepté sans hésiter de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail.
Merci de l‘intérêt porter à l‘égard de ce sujet de thèse, ce fut un plaisir d‘avoir pu échanger avant la soutenance.

A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH,

Merci d‘avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse et d‘avoir participé à ma formation de médecin généraliste.

A Madame Denise PAMBOUC,

Je vous remercie d‘avoir accepté de prendre part à mon jury de thèse et d‘accepter de juger ce travail. Merci de l‘intérêt porter à l‘égard de ce sujet de thèse, ce fut un plaisir d‘avoir pu échanger avant la soutenance.

A Monsieur le Docteur Pierre RAZONGLES,

Merci d‘avoir accepté sans hésiter de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail. Au plaisir de poursuivre nos échanges dans la convivialité et la bonne humeur.

A Mesdames, le Docteure Virginie MAINCION et Bénédicte GAUDILLIERE,

Merci de m‘avoir fait confiance pour mener ce projet de thèse qui me tenait à cœur comme vous le savez, d‘où mes nombreuses interrogations et réflexions. Il y a encore du chemin à faire, et ce fut un plaisir d‘en avoir fait un bout avec vous. L‘enthousiasme est pour moi un moteur incontestable, mais vos attentions à l‘égard de mon parcours, vos encouragements et votre patience ont été indispensable pour lever certains obstacles.

REMERCIEMENTS

Certains us et coutumes sont un plaisir de réitérer pour rappeler qu‘on n‘a pas fait son chemin tout seul.

A Ma Mère

[illegible]

Et A Mon Père

A Mes Sœurs, Sabine et Céline, « Deux valent mieux qu'une »: celui qui a écrit cela connaissait bien mes sœurs !

A Mes oncles (Hussein et Ahmad NEHME),

حكينا وما سلمنا
رضينا الرب وبحكم
بيرجع ما الغالي بس
تشبع رح ما عينينا
بكينا العمر طول لو

A Samiha, à mes cousins NEHME du Liban, à Essen en passant par Londres. Khalo Nabil (et son «petit docteur»), Khalo Rafic, et Hassan. A la Famille MANSOUR du plus petit au plus grand !

ن نسى لا نحن معاك أسعى وأنا ع بدي يا اسعى

A tous les soignants et non soignants que j‘ai croisé et qui m‘ont permis d‘avancer en soins primaires grâce à nos échanges ! De Rodez, à Villefranche de Rouergue, à Arcueil, au Kremlin Bicêtre, en passant par Houmine El Fawqa, Toulouse ou Ziguinchor !

A La Case de Santé. Ce n‘est pas sur les bancs d‘école qu‘on nous parle de centre de santé communautaire, et pourtant, on y apprend plus qu‘un métier ! De l‘EBM, à l‘indépendance, en passant par l‘importance de la clinique sans oublier l‘indispensable alliance médico-sociale, tout cela dans la convivialité et avec les usagers ! Merci à toute l‘équipe, ce fut un tournant dans mon parcours de «jeune médecin» tant sur le fond que sur la forme. Un lieu de réflexion, d‘échanges en soins primaires et au-delà ! Cette thèse est le fruit du temps passé ensemble sur le terrain, avec les usagers ! J‘ai appris à avancer ensemble, dans la rigueur, la joie et la bonne humeur. J‘espère encore faire un long chemin avec vous…. Et peu importe les obstacles, il n‘y a pas de problème, il n‘y a que des solutions !

A Charles Hambourg, un médecin et une personne avec de belles qualités humaines ! Tu m‘as beaucoup appris en soins primaires et avec plaisir ! Primum non nocere… je crois que c‘est un mot d‘ordre ! Au-delà de la médecine, il y a une qualité, qui m‘a réconcilié avec l‘enseignement, c‘est l‘échange et le partage le plus horizontal possible, partir de l‘autre et pas de soi, avec une note d‘enthousiasme ! Des qualités, qui a mon sens, sont exceptionnelles dans beaucoup de domaines, tant la pédagogie que la médecine ! Merci ! Bonne route à toi, que la médecine s‘inscrive ou pas sur celle-ci !

GIPSI
GROUPE D'INTERNES POUR LA SANTÉ DES IMMIGRÉS

Au Groupe d‘Internes Pour la Santé des Immigrés. Bravo pour votre enthousiasme, et votre envie d‘aller vers d‘autres modèles de soin. Merci pour les moments passés ensemble ! Vous avez réussi à allier convivialité, bonne humeur et rigueur, de par votre curiosité et vos convictions ! Le GIPSI, ce n‘est pas de la blague ! Que de réflexions et d‘échanges en soins primaires ! Il était une fois le GIPSI, des chemins qui se croisent, mais où tracent-ils ou elles leur route ?

Une pensée aux ami-e-s de Grenoble et de Marseille qui vont au bout de leurs convictions, malgré les obstacles, bravo !

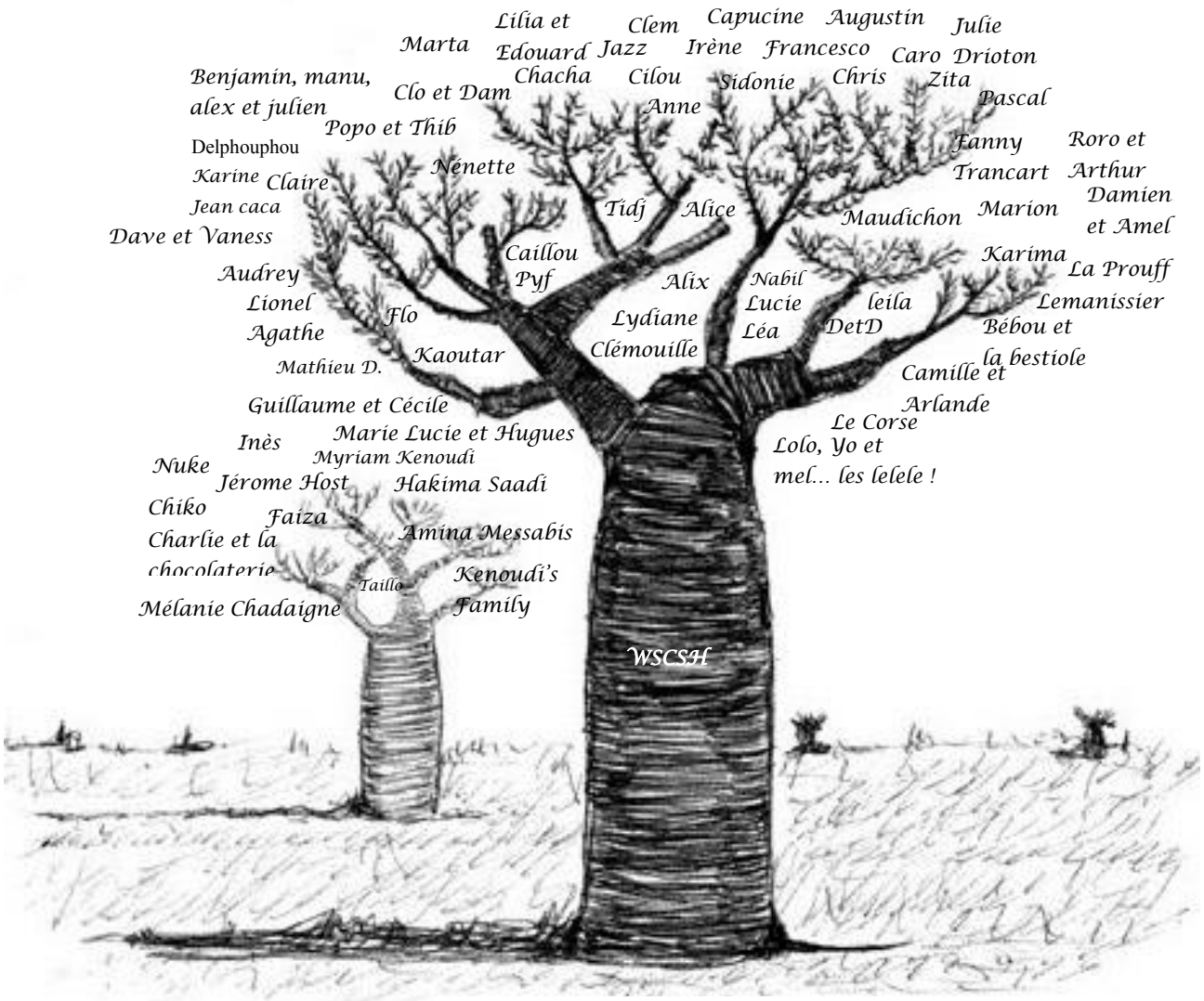
Finalement, *"La vraie justice, c'est peut-être ça : être capable de dire merci à ceux qui vous ont fait du bien et de ne pas lécher la main de ceux qui vous ont nui." Bernard Werber.*

Pour comprendre un système ….il faut s'en extraire (BW)

L'enseignement obligatoire semble miner la volonté personnelle d'apprendre. Ivan Illich

Le seul apprentissage qu'influence réellement le comportement d'un individu est celui qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie. Carl Rogers

Qui veut faire quelque chose trouve un moyen, qui ne veut rien faire trouve une excuse (prov.arabe)



Les obstacles cèdent à force d'enthousiasme (CH)

Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même… (BW)

Comprendre, c'est perdre un peu de soi pour gagner un peu de l'autre, accueillir l'inconnu pour se dégager du connu. » A. Mucchielli

DECLARATION PUBLIQUE D.INTERETS

Je soussignée, CHAABAN Samah, née le 30/04/1984, doctorante en médecine générale et auteure de cette thèse déclare avoir bénéficié pendant mon cursus universitaire : des repas financés par des laboratoires, des cadeaux type stylos, blocs-notes, sacoches etc. (liste non exhaustive). Je précise que je serai incapable de citer tel ou tel laboratoire comme financeur de tel ou tel avantage.

Je n'ai à ce jour et depuis plus d'un an aucun contact avec les représentants de l'industrie pharmaceutique. Je n'entretiens aucun lien d'intérêt de près ou de loin avec les entreprises produisant, développant ou commercialisant les produits de santé.[1]

[1] L'article L 4113-13 du code de la santé publique fait obligation aux membres des professions médicales qui s'expriment sur les produits de santé de faire une déclaration de leurs liens avec les entreprises, établissements et organismes qui les produisent ou les exploitent ou les conseillent.

LISTE DES CONTRIBUTEURS

A l'issue de la rédaction de ce travail, je suis convaincue que la thèse est loin d'être un travail solitaire. En effet, je n'aurais jamais pu réaliser ce travail doctoral sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifestés à l'égard du sujet m'ont permis de progresser dans ce travail.

Groupe de travail

Mélanie CHADAIGNE
Kaoutar BENMOUMENE
Sabine CHAABAN
Lionel KERHUEL
Cyril DELPIERRE
Nicole HAMBOURG

Groupe motivationnel

Hakima SAADI
Amina MESSABIS
Jérôme HOST
Chimigami Bonzaï
Inès BENNANI

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **3**
PARTIE 1 : CONTEXTE **5**
A- La communication entre deux personnes, focus sur la consultation médicale **5**
1- Structure de l'entretien médical proposée par Silverman, Kurtz et Drape 6
2- Les supports de la communication: le verbal et le non verbal 7
2.1. La communication verbale 8
2.2. La communication non verbale 8
3- Difficultés dans la communication médecin-patient 9
3.1. Le médecin surestime les interactions et les informations avec le patient 9
3.2. Des façons d'échanger plus ou moins propices à une bonne communication 9
3.3. Le sens des mots 10
B- L'absence de mots en consultation médicale : l'interprète, un indispensable pour en finir avec les malentendus **11**
1- Influences de la barrière de la langue sur la qualité des soins : revue de la littérature 12
2- Quand l'absence de mots laisse place au « culturalisme », impact sur la consultation médicale ? 14
3- L'interprète professionnel dans le milieu médico-social 17
3.1. Qui est l'interprète professionnel ? 18
3.2. En France, quelles structures proposent un service d'interprétariat dans le milieu médico-social ? 18
3.3. Les avantages de l'interprète professionnel en consultation médicale sont éprouvés dans la littérature 21
C- Etat des lieux en France sur la question de l'interprétariat professionnel en soin primaire **22**
1- Etat des lieux à travers le cadre règlementaire 22
2- Etat des lieux sur la question de l'interprétariat professionnel en médecine générale 24
2.1. Une revue de la littérature centrée sur la pratique hospitalière 24
2.2. Une expérience unique en soins primaires initiée par Migration Santé Alsace 25

PARTIE 2 : L'ENQUETE **27**
MATERIEL ET METHODE **27**
A. DESCRIPTION DE L'ETUDE QUANTITATIVE **27**
B. POPULATION ETUDIEE **29**
1. Critères d'inclusion à l'étude quantitative 29
2. Critères d'exclusion à l'étude quantitative 29
3. Constitution de la base de sondage 29
4. Elaboration du questionnaire 30
4.1. Un pré-test a été réalisé mi-novembre 2013 sur une période de 15 jours 31
4.2. Argumentaires d'élaboration du questionnaire 32
5. Déroulement de l'étude quantitative 32
5.1. Le financement 32
5.2. Durée du travail 32
5.3. Déroulement de l'enquête 33
6. Recueil et analyse statistique 34
6.1. Recueil des données 34
6.2. Analyse statistique 34
6.2.1 Questions fermées 35
6.2.2. Questions ouvertes 35
6.3. Anonymat 38

RESULTATS **39**
A. Caractéristiques démographiques des médecins inclus dans l'étude **40**
B. Caractéristiques des patients NF ou UELF reçus en consultation **42**
1- Proportion de patients NF et UELF reçus en consultation et fréquence de consultation 42
2- Langues rencontrées en consultation en dehors du français 43
3- Raisons amenant les patients NF ou UELF en consultation 44
C. Statut linguistique des médecins généralistes inclus **45**
D. Recours aux interprètes **46**
1. Médecins généralistes ayant recours aux interprètes 49
1.1. Médecins ayant recours à un interprète professionnel 49
1.2. Médecins ayant recours à un interprète informel 51
2. Médecins généralistes n'ayant jamais eu recours à un interprète 51
E. Moyens de communication en l'absence d'interprète **53**
F. Freins à l'utilisation d'interprètes professionnels **54**
1. Freins à l'utilisation d'interprètes professionnels dans la population des médecins généralistes 54
2. Recours à un interprète professionnel si le service est mis à la disposition du médecin généraliste 55
G. Formation des médecins généralistes sur la question de l'interprétariat professionnel **58**
H. Commentaires libres des médecins généralistes participants **59**

PARTIE 3 : DISCUSSION **60**
A. Discussion des résultats **60**
1. Le contexte de travail des médecins 60
2. Patients NF ou UELF : fréquence de consultation et langues parlées 61
3. Statut linguistique des médecins 63
4. Recours aux interprètes 63
4.1. Facteurs pouvant influencer le recours aux interprètes 64
4.2. Médecins ayant recours aux interprètes 64
4.2.1. Interprètes professionnels à Toulouse 64
4.2.2. Interprètes informels, une stratégie à éviter 65
4.2.3. Sur place ou par téléphone 67
4.3. Médecins n'ayant jamais eu recours aux interprètes 67
5. Moyens de communication en l'absence d'interprète 68
6. Freins à l'utilisation d'interprètes professionnels 69
6.1. La méconnaissance des structures proposant ce service 69
6.2. Les difficultés pour la mise en place de ces services 70
6.3. Le coût lié à ces services 71
7. Formation des médecins et des interprètes professionnels 72
8. Commentaires 73
B. Atouts et limites de l'étude **74**
1. Les limites de l'étude 74
2. Atouts de l'étude 75
C. Perspectives sur la question de l'interprétariat professionnel en milieu médico-social et sur la communication dans la relation médecin-patient **76**
1. Développer des travaux de recherches 76
2. Développer la Formation 78

CONCLUSION **80**
BIBLIOGRAPHIE **83**
ANNEXES 90

INTRODUCTION

La communication est un pivot dans la relation entre deux individus, et donc dans la relation médecin-patient. Etymologiquement, le terme communication vient du latin «communicare» qui signifie «mettre en commun». La communication est donc le processus de mise en commun d'informations, dont l'objectif principal est de faire passer un message et de créer une relation de dialogue. Carl Rogers[2], psychologue clinicien, illustre bien cette relation de dialogue: *« Tout être est une île, au sens le plus réel du mot, et il ne peut construire un pont pour communiquer avec d'autres îles que s'il est prêt à être lui-même et s'il lui est permis de l'être.»* [1]. La communication est basée sur l'échange entre un émetteur et un récepteur qui sont deux humains complexes, insérés dans un contexte, à un instant donné, dans un lieu, dans le cadre d'une situation spécifique. Ils entrent en relation et interagissent avec leur individualité, leur sensibilité, leurs attentes, leur implication émotionnelle, autant de facteurs qui peuvent la parasiter. Ce qui est bien illustré par Bernard Werber [3]: *« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... »* [2]. Toutes ces complexités se retrouvent dans la consultation médicale et peuvent être une source de malentendus.

Il y a des situations pour lesquelles les mots sont absents, notamment quand le médecin et le patient n'ont pas de langue commune. Dans ce cas, se pose la question des répercussions sur le soin. A vrai dire un simple rappel au bon sens devrait répondre à cette question, celui-ci faisant trop souvent défaut, la littérature scientifique interdisciplinaire a montré qu'on ne peut pas se passer de mots pour expliquer ses maux. L'absence de mots impacte sur la qualité, l'accès aux soins augmente le nombre d'examens paracliniques, de traitements inutiles et le risque d'erreurs médicales [3-8]. Comment peut-on pallier cet obstacle ? L'interprète professionnel est incontournable pour en finir avec les malentendus [9], son rôle va être de

---

[2] Carl Rogers (né en 1902 à Oak Park, Illinois - mort en 1987 à La Jolla, Californie) est un psychologue humaniste nord-américain. Il a surtout œuvré dans le champ de la psychologie clinique, la relation d'aide (*counselling*) et l'éducation. Sa méthode, l'Approche centrée sur la personne (ACP), met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non-jugement). C'est une élaboration de ce qu'il a d'abord appelé la non directivité, également connue aujourd'hui sous le terme de *Counseling rogerien*. Une étude publiée en 2002 dans la *Review of General Psychology* a classé Rogers parmi les six plus importants psychologues cliniciens du XXe siècle, deuxième derrière Sigmund Freud.

[3] Bernard Werber : né le 18 septembre 1961 à Toulouse, est un écrivain français. Il est principalement connu pour sa *trilogie des Fourmis*.

retranscrire la parole du patient, et d'assurer la confidentialité. Cette profession est peu connue et peu développée dans le secteur médical, mais reste considérée comme plus utile dans le cadre de soins hospitaliers [3,5,7]. Pourtant, la communication est aussi importante en santé de premier recours. La médecine générale a-t-elle recours aux interprètes professionnels ? Nous avons retrouvé peu de travaux de thèse sur la question en soin primaire ; cependant à Strasbourg, l'association Migration Santé Alsace[4] [10], a mis à la disposition des médecins généralistes, des interprètes professionnels. Qu'en est-il à Toulouse ? Nous sommes partis de l'hypothèse qu'il y aurait à Toulouse des médecins généralistes confrontés à des difficultés de communication face à des patients non francophones (NF) ou dits « utilisateurs élémentaires » de la langue française (UELF)[5]. Quelle est la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprètes professionnels à Toulouse face aux patients NF ou UELF ? Quel sont les freins à l'utilisation des services d'interprétariat en soins primaires ? La formation des médecins généralistes aborde-t-elle cette question? Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive transversale déclarative par téléphone sur l'ensemble de la population de médecins généralistes installés à Toulouse et recevant des patients NF ou UELF. Nous présenterons dans un premier temps les différentes étapes de l'étude, puis les résultats qui seront discutés à partir de la littérature.

[4] Migration Santé Alsace : Créée en 1975, Migrations Santé Alsace a pour objet de promouvoir la santé des populations migrantes et de leurs familles ; elle favorise leur accès aux dispositifs, aux droits et aux soins en matière de santé.
[5] Ce référer à l'ANNEXE 1 : DEFINITIONS

PARTIE 1 - CONTEXTE

Pour mieux comprendre le sujet de la thèse, il nous semble important d'avoir une approche plus globale sur la communication en médecine et en soins primaires, au-delà de la spécificité que pourrait comporter la question du « patient migrant ». C'est à travers une revue de la littérature scientifique pluridisciplinaire sur la question de la communication, des interprètes en milieu médical, et avec un regard sur l'aspect juridique sur les droits des patients que nous allons aborder cette question. La communication est une science très peu transmise lors de la formation des médecins généralistes [11]. Et pourtant, dans le « colloque singulier et asymétrique » [12] avec son patient, le médecin généraliste doit en connaître certaines notions. Ces concepts prennent tout leur sens lorsque le médecin et le patient ne partagent pas une langue commune, pouvant amener à des malentendus influant sur la qualité des soins, et ayant un impact sur les droits des patients. Un interprète de qualité est donc indispensable pour répondre au manque de mots. Nous ferons aussi un état des lieux sur la question des services d'interprétariat dans le milieu médico-social en France, notamment en soins primaires.

A- La communication entre deux personnes, focus sur la consultation médicale

La communication s'inscrit parmi les 11 caractéristiques définissant la médecine générale énoncées par l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), *« la médecine de famille utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* » [13]. Elle est un élément central dans la pratique clinique et fait partie des composantes essentielles de la compétence clinique du médecin. Une bonne communication n'est pas facultative, elle aide à produire des consultations plus efficaces, adéquates, pertinentes et satisfaisantes, tant pour le patient que le soignant [14]. Elle favorise une approche négociée des problèmes entre le médecin et le patient, et permet de faire le lien entre une médecine fondée sur les preuves (Evidence based medicine) et une médecine centrée sur l'individu.

Dans un travail sur la communication et son enseignement, des médecins canadiens ont retenu la définition suivante : "La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle. Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange,

verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé. La communication en médecine comporte essentiellement deux fonctions : l'échange d'informations, et le développement d'une relation" [15].

1- Structure de l'entretien médical proposée par Silverman, Kurtz et Draper [16]

L'entretien médical a fait l'objet de nombreuses études et sa structure a été codifiée. Divers auteurs et surtout l'approche en communication de Silverman, Kurtz et Draper (cf figure 1) présentée en suivant, ont donné un descriptif détaillé de la structure de l'entretien médical [14,16].

- Débuter l'entretien : phase de rencontre soignant-patient. Elle se compose de plusieurs phases. La phase sociale qui est un échange verbal ayant pour objectif de mettre à l'aise le patient et de créer une relation initiale. La phase de programmation permet de structurer le déroulement de la consultation avec les objectifs du patient et de planifier la consultation dans le temps.
- Recueillir l'information : cette phase de recueil permet au patient d'exprimer :
  - ⇨ Ses attentes par rapport à ce qui devrait être fait pour solutionner son problème.
  - ⇨ Son vécu, ce qui comprend ses idées, perceptions ou représentation par le patient de son problème.
  - ⇨ L'impact du problème sur sa vie ou la modification dans le fonctionnement quotidien.
  - ⇨ Les symptômes, en précisant la localisation, la qualité, la sévérité, la chronologie, le contexte d'apparition, facteurs déclenchants et aggravants, les autres signes ou symptômes associés

Tout au long de l'entrevue, pour explorer les perspectives du patient, le soignant utilise différentes techniques [17-18] :

- ⇨ La facilitation : encouragement, silence, la répétition des derniers mots prononcés, l'écoute attentive.
- ⇨ Les questions ouvertes : pas de limitation ni de conditionnement préalable du contenu de la réponse du patient
- ⇨ Les questions fermées : utilisé lorsque le soignant a besoin de précision, les réponses attendues sont de type « oui », « non ».

⇨ La reformulation : restitution par le soignant et le patient des dires de chacun. Cela permet de s‘assurer de la compréhension juste des mots entendus. Cela permet de renforcer la relation soignant-soigné en s‘appuyant sur la compréhension, l‘acceptation, le non jugement et le partage.

- Expliquer et négocier : transmettre une information en lien avec le problème de santé et le besoin du patient. Une fois l‘information transmise, une négociation s‘en suit, aboutissant à une décision basée sur un accord mutuel (par exemple : mise en place d‘un traitement).
- Conclure l‘entretien : synthèse et plan de soin pour la suite.

La place des mots n‘est pas facultative, ils structurent tous les temps de l‘entretien médical. Il y a deux formes de communication : la communication verbale et non verbale [19-20]. Elles se retrouvent à chaque temps de l‘entretien.

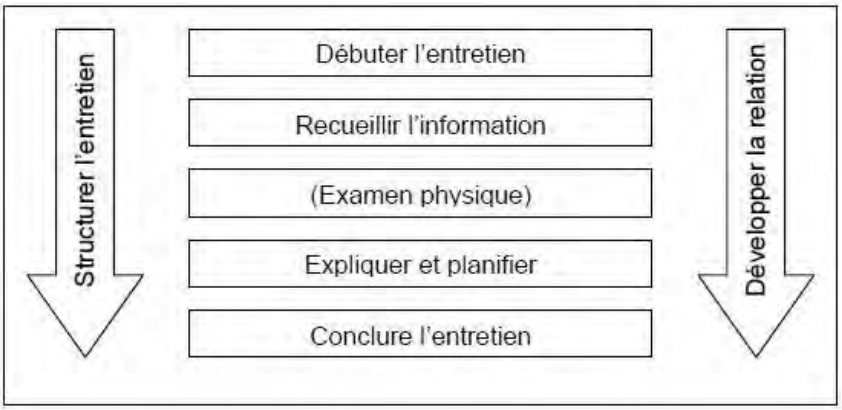


Figure 1. La structure de l'entretien d'après Silverman, Kurtz & Draper (Editions Radcliff, 2005)

2- Les supports de la communication: le verbal et le non verbal

La communication a des supports variés : elle est verbale et non verbale. Elles s‘intègrent dans des théories de la communication complexe (dimension d‘empathie, d‘authenticité, de considération positive)[6] que l‘on peut retrouver dans le travail de Carl Rogers [1,21].

[6] Trois dimensions rogériennes de la communication décrites par Carl Rogers

2.1. La communication verbale

La communication verbale ou orale est la communication exprimée par la parole. Elle est faite de signes linguistiques qui constituent le langage : mots, phrases qui permettent d‘exprimer à l‘autre des idées, des pensées, de lui faire passer un message, d‘entrer en relation avec lui. On parle d‘un message « codé » qui part d‘un émetteur et va vers un récepteur. La façon d‘encoder comme de décoder le message dépend de l‘émetteur comme du récepteur et du contexte. En effet, il s‘agit de deux humains complexes, insérés dans un contexte, à un instant donné, dans un lieu, dans le cadre d'une situation spécifique. Ils entrent en relation et interagissent avec leur individualité, leur sensibilité, leurs attentes, leur implication émotionnelle, autant de facteurs qui peuvent moduler la réception de l‘information émise par l‘autre. [22]

2.2. La communication non verbale

La communication non verbale se définit par le fait d‘envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole. Tout est communication, bien au-delà des mots, pour Watzlawick, psychiatre américain spécialisé sur la question de la communication, *«On ne peut pas ne pas communiquer (...). Que l'on se taise ou que l'on parle, tout est communication. Nos gestes, notre posture, nos mimiques, notre façon d'être, notre façon de dire, notre façon de ne pas dire, toutes ces choses " parlent " à notre récepteur »* [23]. Ainsi il semblerait que seulement 30% du message passe par son contenu (les mots), le reste étant de l‘ordre du non-verbal [19]. La manière de dire le message est aussi importante que son contenu : les mots des patients et des soignants. L‘attitude, les silences, les gestes, le regard, le ton de la voix, l‘expression du visage, l‘utilisation de l‘espace et de la distance entre le soignant et le patient contribuent à la communication patient-médecin et vont être interprétés par le récepteur [19].
En l‘absence de parole, cette communication non verbale peut être encore plus expressive que les mots, mais ne suffit pas à les remplacer et laisse place à une communication basée sur l‘interprétation [24].

3- Difficultés dans la communication médecin-patient

Bien au-delà des mots, il y a des particularités dans la communication médecin-patient qui peuvent être un obstacle dans cette relation.

3.1. Le médecin surestime les interactions et les informations avec le patient

Le regard que les médecins portent sur leur façon de communiquer est biaisé. Ils surestiment très fréquemment la quantité d'informations ainsi que la qualité de l'information qu'ils partagent avec leurs patients, tout en sous-estimant le désir des patients d'avoir de l'information. Ceci a été mis en évidence par la sociologue Fainzang dans son ouvrage *La relation médecins-malades : Information et mensonge* [25]. Elle rapporte ainsi que les médecins ont l'impression de tout dire : *"on ne leur cache rien"*. En fait l'information donnée par le médecin ne correspond pas forcément aux attentes du patient : par exemple, le médecin donne un diagnostic là où le patient attend un pronostic. Dans les cas où une information n'est pas donnée, les médecins justifient cette attitude en expliquant que le malade ne veut pas savoir, ou qu'il le juge incapable d'assumer l'information. L'analyse de ces situations a montré qu'en réalité le choix par le médecin d'informer tel ou tel patient repose sur une construction sociale. Ainsi les médecins donnent plus d'explications à ceux qu'ils jugent, souvent inconsciemment, de classes socio-économiques supérieures [14,20].

3.2. Des façons d'échanger plus ou moins propices à une bonne communication

Les médecins utilisent de façon prédominante le style interactif : ils dominent les échanges, posent les questions et interrompent assez précocément les patients dans leurs explications des raisons pour lesquelles ils consultent. Des études sur l'entretien médical montrent que le médecin interrompt souvent son patient après une durée moyenne d'expression de celui-ci de 22 secondes, alors que la durée spontanée moyenne est de 92 secondes [26-27].Ce style, marqué par le modèle biomédical, peut entraver une communication efficace car le patient n'a alors pas forcément la place d'exprimer ce qui l'angoisse, le sens qu'il donne à ce qui lui arrive. La réponse du médecin risque donc d'être inappropriée [28]: ce dernier peut passer du temps à donner des informations qui ne sont pas celles dont le patient a besoin. Une écoute

active, avec le respect des silences, permettent de ne pas parasiter la communication médecin-patient.

3.3. Le sens des mots

Les mots n'ont pas la même signification pour chacun, ce qui est entendu par le récepteur dépend de chaque individu en lien avec son histoire. Cicourel, sociologue américain qui a travaillé sur l'interaction médecin-patient, parle de cette communication contrariée, il met en évidence l'immense difficulté des médecins et des patients à communiquer. Pour lui, *"les langages adoptés d'un côté comme de l'autre sont révélateurs non seulement des différences de statut qui caractérisent telle ou telle stratification sociale, mais également des codes (ou registre linguistique) qui différencient les connaissances de base des participants, les croyances liées à la maladie et à ses causes"* [29]. D'un côté, les médecins ne comprennent pas pourquoi les patients arrêtent d'eux-mêmes un traitement, ne viennent pas à des rendez-vous, ne révèlent pas des éléments importants de leur santé ; de l'autre, les patients ont l'impression que le médecin n'est pas réceptif à leur point de vue, ne donne pas suffisamment d'informations. Il est ainsi frappant de constater qu'à la fois les médecins ont le sentiment de faire des efforts pour donner le plus d'informations possibles tandis que les patients se considèrent comme insuffisamment informés. Ce phénomène est expliqué par la sociologue Fainzang, elle l'appelle le décalage cognitif [25]: « les questions et les préoccupations des malades sont souvent mal-entendues, mal-comprises et font alors l'objet d'une réponse inappropriée ». Enfin, les mots employés par les uns et les autres ne sont pas porteurs de la même connotation pour l'émetteur et le récepteur. C'est ce que Balint[7] appelle la "confusion des langues", ce concept touche à la communication entre médecin et patient. Il s'agit de malentendus inhérents au langage au sein de la relation soignant-soigné [30] : *"il y a une dangereuse confusion des langues, chacun parlant un langage qui n'est pas compris et qui est apparemment incompréhensible pour l'autre"*. Il donne un exemple marquant et très actuel de ce concept concernant l'expression rassurante du médecin *"il n'y a rien"*. Elle résonne pour le patient comme "mon mal ne semble pas justifié et pourtant ma souffrance est bien réelle". La confusion des langues est parfois liée au seul mot manquant. Le médecin exprime sincèrement la non gravité du trouble sans terminer sa phrase (il n'y a rien… de grave), quand le patient lui, n'entend que la négation de son trouble. Il est intéressant d'attirer l'attention sur l'importance du choix des mots. Avoir conscience de ce concept est fondamental, sans quoi la

[7] Balint : psychiatre et psychanalyste hongrois. Il travaille sur des outils de réflexion sur la relation médecin-malade (groupe balint)

relation médecin-malade risque d'être souvent exposée à des incompréhensions, sources de souffrance pour les deux parties et d'échec de prise en charge. [31]

Pour conclure cette présentation non exhaustive sur la communication médecin-patient, selon Cicourel la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignés et soignants. La communication, si essentielle soit-elle, reste encore trop souvent absente de programmes de formation des futurs médecins. Plusieurs barrières à cet apprentissage existent, la plus importante étant la croyance que savoir communiquer est une compétence déjà acquise ou innée [12]. Pour illustrer cela, il ne viendrait pas à l'idée du médecin d'envoyer un étudiant réaliser une ponction lombaire sans s'être préalablement assuré qu'il a déjà pratiqué cette technique sous observation. Paradoxalement, il y a des étudiants qui réalisent des entretiens avec les patients en vue de remplir leur dossier et cela sans que ces étudiants n'aient jamais été observés et accompagnés pour s'assurer que leur technique est adéquate. Pourtant, comme nous venons de le voir, la communication entre médecin et patient est complexe, et implique différents aspects dans une relation entre deux individus. La place des mots est primordiale tant sur la manière dont ils sont retranscris que sur le choix.

Cette complexité est manifeste en l'absence de communication verbale, notamment, lorsque le médecin et le patient n'ont pas de langue commune.

B- L'absence de mots en consultation médicale : l'interprète, un indispensable pour en finir avec les malentendus

Comme nous venons de le voir, la communication n'est pas facultative dans une consultation et relève de concepts nécessitant la maîtrise de la base des sciences de la communication, ou toutefois une prise de conscience de la communication en médecine, sous tous ses aspects. Il arrive que le patient et le médecin ne parlent pas la même langue, notamment lorsque le patient est migrant[8], exilé[9] ou simplement de passage. Le niveau linguistique reste à différencier, il y a les patients non francophones (NF), qui ne parlent pas du tout le français, et les patients qui le parlent difficilement. Pour les patients qui parlent difficilement le français, il y a des nuances, celles-ci ne sont pas retrouvées dans la littérature.

[8] Migrant : « personne résidant en France née étrangère dans un pays étranger » Guide du COMEDE 2008 (Comité Médical pour les Exilés)

[9] Exilé : « personne résidant en France et contrainte de vivre hors de son pays d'origine, parfois expulsée, le plus souvent ayant fui la persécution. » Guide du COMEDE 2008 (Comité Médical pour les Exilés)

Pourtant, entre tenir une discussion, parler quelques phrases, quelques mots, ou pas du tout, il y a des différences. Le manque de prise en compte de ces nuances impacte sur la stratégie de communication. Le niveau linguistique orienterait-il le choix du patient ou du médecin sur la présence ou non de l'interprète ? Dans le cas où il n'y a pas d'interprète, car un des deux interlocuteurs ne le juge pas nécessaire, il sera indispensable de prendre le temps de se comprendre mutuellement, notamment par la technique de reformulation, et l'écoute active.

Nous avons choisi d'utiliser le Cadre européen commun de référence pour les langues (CECRL), qui propose des niveaux de compétences des langues apprises. Il est le fruit de plusieurs années de recherche linguistique. Les patients parlant quelques mots de la langue apprise mais ne pouvant pas tenir une discussion sont définis par le terme « utilisateur élémentaire de la langue française » (annexe 1)

La problématique de la langue n'est pas sans conséquence pour le patient, ce que nous aborderons dans un premier temps. Puis nous présenterons l'interprète professionnel. S'il rend la parole au patient et permet d'assurer la confidentialité il a néanmoins des limites à prendre en compte.

1- Influences de la barrière de la langue sur la qualité des soins : revue de la littérature

Comme le souligne le Rapport du Conseil de l'Europe[10] sur les relations interculturelles : « *Les malentendus interculturels se paient cher : en temps, à la fois celui du patient et celui du personnel de santé, en souffrance supplémentaire inutile du patient, en dépenses superflues résultant d'un diagnostic erroné ou d'un traitement inadéquat* » [32]

La problématique de la langue a des répercussions sur le plan médical, nous allons les présenter à partir de deux études.

- Une étude réalisée en 2008 par Parteners for Applied Social Sciences (PASS)[11] financée par le Fond Européen pour les Réfugiés (FER). Elle présente une revue de la littérature sur « Le recours aux interprète dans les consultations médicales est-il justifié ? » [3]. La majorité des articles de recherche font références à des

[10] Le Conseil de l'Europe est une organisation inter-gouvernementale instituée le 5 mai 1949 par le traité de Londres. Elle est la doyenne des organisations européennes, par le biais des normes juridiques dans les domaines de la protection des droits de l'homme, du renforcement de la démocratie et de la prééminence du droit en Europe. C'est une organisation internationale dotée d'une personnalité juridique reconnue en droit international public et qui rassemble 800 millions de ressortissants de 47 États membres.

[11] Partners for Applied Social Sciences (Partenaires pour les sciences sociales appliquées) est une organisation à but non lucratif dédiée à l'amélioration de l'accès des populations vulnérables aux services de santé généraux grâce à l'intégration de la recherche appliquée en sciences sociales dans les projets médicaux, les essais cliniques et les dispositions en matière de santé publique. L'équipe de recherche se compose de spécialistes des sciences sociales, des anthropologues et des épidémiologistes ayant une vaste expérience sur le terrain en Afrique, Asie, Amérique latine et Europe de l'Est.

situations aux Etats Unis, soixante-sept articles et quatre revues ont été sélectionnés pour cette étude

- Une étude de la Direction Générale de la Santé (DGS) publiée en décembre 2012, « Analyse de pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et du diabète », se base sur 46 articles. C'est la seule étude d'envergure sur la question réalisée en France. [33]

Ces deux études ont permis de recenser les répercussions de l'absence de communication verbale sur la qualité des soins.
Nous allons présenter ces répercussions en rappelant la ou les études qui s'y rapportent.

Lorsque les intervenants n'ont pas la même langue et en l'absence d'interprète, les entretiens médicaux relèvent :

- Des investigations diagnostiques incomplètes et inappropriées [34-38]
- Une diminution du nombre de symptômes physiques et mentaux signalés [4, 5, 8, 39-41]
- Un taux plus bas d'interventions préventives [5, 6, 8, 42]
- Un taux plus bas de suivi [34-38,43]
- Une mauvaise observance du traitement [4, 44, 45]
- Une augmentation des traitements inutiles reçus, risque d'erreur de traitement [6, 42, 46-49]
- Une gestion inadéquate des maladies chroniques, apparition de complications occasionnées par celle-ci [44,50]
- Une augmentation du recours aux services des urgences [3, 4, 6]
- Une sous-utilisation des services de santé, en particulier des services psychiatriques et préventifs [6, 48, 51]
- Une augmentation du nombre de consultations répétées et inutiles dans différents centres de soin pour le même problème. [52-53]
- Des risques en termes d'erreurs médicales [49]
- Non-respect des principes de confidentialité ou de consentement éclairé [54]

Au-delà de la consultation médicale, la barrière de la langue a un impact sur l'accès aux soins [3, 4, 6, 55], et participe à creuser les inégalités sociales de santé[12] [56-58]. Selon plusieurs études, les patients ayant des obstacles aux soins liés à la barrière de la langue constituent une population vulnérable [3]. L'Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne (FRA) a édité en 2013 un rapport sur les «Inégalités et discriminations multiples dans l'accès aux soins de santé et la qualité de ces soins». Les migrants interrogés de différents pays de l'Union Européenne ont cité la langue comme étant pour eux l'obstacle le plus lourd qui agissait comme discrimination indirecte [59].

Nous venons de voir l'enjeu sur la qualité de soins et les déterminants de santé que représentent les difficultés de communication de par la barrière de la langue. Il nous semble important d'introduire maintenant la dimension interprétative dans la communication médecin-patient lorsqu'il n'y a pas de langue commune.

2- Quand l'absence de mots laisse place au « culturalisme », impact sur la consultation médicale ?

Comme nous l'avons présenté dans les parties précédentes, la communication entre deux individus implique des interprétations dont les origines sont multifactorielles : l'histoire des personnes, leur individualité, leur sensibilité, leurs attentes, leur implication émotionnelle. Si ces facteurs ne sont pas pris en compte, ces interprétations peuvent être source de malentendus. En effet, entre ce que nous percevons, ce que nous pensons être et finalement ce qui est, il y a probablement des différences. Cela demande une approche qui intègre et accepte l'Autre : *« Comprendre, c'est perdre un peu de soi pour gagner un peu de l'autre, accueillir l'inconnu pour se dégager du connu. » (A. Mucchielli)*[13] [60]. En l'absence de mots, la dimension interprétative de la communication peut permettre de rentrer en contact avec l'Autre. La spécificité « culturelle » est évoquée fréquemment dans la littérature concernant les migrants : la langue, les représentations de la maladie, de la mort, de la sexualité, liée aux références culturelles et religieuses détermineraient l'ensemble des attitudes, connaissances et comportements face aux " choses de la vie ". Pourtant, cela nous amène à réfléchir : ce qui est considéré propre aux patients migrants, n'est-il pas extrapolable à l'ensemble des patients ?

[12] Les inégalités de santé sont définies par l'OMS comme « les différences systématiques et potentiellement évitables concernant un ou plusieurs aspects de la santé à travers des populations ou groupes définis à travers des critères sociaux, économiques, démographiques et géographiques »

[13] Mucchielli Alex : professeur à l'Université Paul Valéry-Montpellier III de 1980 à 2008, et fondateur du département des Sciences de l'Information et de la Communication en 1989.

Pourquoi cette spécificité ? Cette spécificité a-t-elle une influence sur la dimension interprétative de la communication?

Le concept de « culture » est difficile à définir et reste source de débats. Chaque individu n'a pas une culture mais des cultures. Elle est un processus dynamique, toujours en mouvement, même si chacun a l'illusion de percevoir une culture figée, comme sur un mouvement arrêté sur une photo. Elle est la manière dont un groupe social donné apporte des réponses aux questions socio-anthropologiques fondamentales (l'homme et sa place dans les groupes qu'il construit) et s'adapte aux défis que lui pose son environnement (social et naturel) : la relation entre les individus et les sexes, les groupes sociaux, le rapport à l'Autre, la mort, le sens de la vie, la nature, la place occupée par l'homme dans l'univers, etc.
À cette définition de la culture s'oppose une autre que nous qualifierons d'« essentialiste »[14], et qui donne naissance au « culturalisme »[15] : la culture serait une essence portée par chaque groupe et société depuis la nuit des temps jusqu'à aujourd'hui et pour demain. En conséquence cela spécifierait chaque groupe. Cette définition de la culture, quelle que soit son raffinement ou sa relativisation, a servi historiquement à justifier de nombreux processus de domination fondés sur une hiérarchisation des cultures et civilisations. [61]

Un autre courant de l'anthropologie explique « la culture » de façon plus large et plus dynamique, le « relativisme ». C'est un « mouvement de pensée qui traverse les siècles depuis l'Antiquité gréco-romaine, pour désigner un ensemble de doctrines variées qui ont pour point commun de défendre la thèse selon laquelle le sens et la valeur des croyances et des comportements humains n'ont pas de références absolues qui seraient transcendantes »[16]

Didier Fassin[17], anthropologue, et Eric Fassin[18], sociologue nous invite à réfléchir sur le rapport à l'autre, la politique et le soin, à travers une publication « Misère du culturalisme » :

« Il y a quelques années, des médecins français découvrirent l'existence de nombreux cas de saturnisme infantile parmi des petits enfants parisiens. Cette intoxication, qui peut avoir des conséquences graves sur le développement psychomoteur, est due à l'ingestion d'écailles et à l'inhalation de poussières de vieilles peintures contenant du plomb. Les études

[14] Essentialiste : doctrine qui s'attache à l'étude de l'essence — ce qui fait qu'un être est ce qu'il est
[15] Culturalisme : courant de l'anthropologie né aux États-Unis sous l'impulsion principale de Ruth Benedict, Ralph Linton, Abram Kardiner et Cora DuBois. Il s'appuie sur l'observation des sociétés archaïques, les culturalistes mettent en évidence l'influence prépondérante de la culture et des habitudes culturelles d'éducation sur la personnalité de base des individus.
[16] Extrait du Dictionnaire des sciences humaines, 2006
[17] Didier Fassin : professeur de sciences sociales à l'*Institute for Advanced Study* de Princeton, New Jersey et directeur d'études à l'EHESS en Anthropologie politique et morale. Il est directeur de l'Iris, l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Sciences sociales, Politique, Santé)
[18] Eric Fassin : professeur de science politique à l'université Paris VIII - Saint-Denis- Vincennes.

épidémiologiques permirent de montrer que 90% des enfants présentant des formes graves de cette maladie appartenaient à des familles originaires d'Afrique subsaharienne. Les spécialistes invoquèrent alors des causes culturelles : il se trouva en effet des anthropologues pour expliquer qu'en Afrique de l'ouest les femmes manifestaient une appétence pour les matières minérales, appelée géophagie, et que leurs enfants, nombreux et peu surveillés, reproduisaient ces pratiques en suçant les fragments de revêtement mural tombés sur le sol. Un détail troublant fut cependant soulevé par d'autres chercheurs : aux États-Unis, le saturnisme infantile touchait massivement des Africains-Américains installés depuis plusieurs générations et, en Grande-Bretagne, il affectait principalement des Indiens et des Pakistanais. Le seul point commun entre ces différents groupes « culturels » était qu'ils résidaient dans des quartiers pauvres et souffraient de discriminations socio-raciales. De fait, des enquêtes complémentaires établirent qu'en France la fermeture des frontières coïncidant avec l'engorgement du logement social avait conduit les immigrés les plus récents, les plus pauvres et les plus discriminés, en l'occurrence les familles africaines, à défaut d'autre solution, à se loger dans le parc locatif privé le plus vétuste où leurs enfants se contaminaient en respirant les poussières de peintures dégradées d'appartements délabrés que des propriétaires peu scrupuleux leur louaient à prix d'or. L'explication n'était donc pas culturelle : elle était politique. » [19] [62]

Ces notions sont complexes et demanderaient à être développées dans un autre travail. Il serait intéressant d'étudier l'impact de l'approche « culturaliste » dans le soin. Il nous a néanmoins semblé indispensable d'évoquer ces courants anthropologiques pour ouvrir la réflexion. L'existence des représentations des médecins généralistes sur la « culture » est évoquée dans la société française de médecine générale [20][63]. Peu d'études anthropologiques et sociologiques en médecine générale objectivent l'impact de ces représentations sur la prise en charge des patients : surmédicalisation, erreur médicale, sous médicalisation…

Par ailleurs, plusieurs raisons nous ont amené à confronter la « culture » et le « culturalisme » dans le soin. La première est en lien avec la recherche bibliographique, à travers laquelle le patient migrant est très souvent relié au mot « culture ». Nous avons trouvé plus d'articles sur le patient migrant et la culture que la communication médecin-patient dans l'approche de l'Autre. La seconde raison est que l'interprète est souvent défini comme « médiateur culturel » [64]. Nous pouvons nous demander ce qui amène cette particularité, ne

[19] Publié dans le monde en septembre 2010 et en octobre 2010 sur le site internet « Les Mots Sont Importants.net », créé par un enseignant, PierreTevanian et une sociologue, Sylvie Tissot.
[20] Une limite non négligeable de ce travail, il a été financé par les laboratoires Sanofi Aventis

faudrait-il pas des médiateurs pour tous nos patients ? Qu‘ont-ils en commun en dehors de la langue ? Ces questions pourraient aussi faire l‘objet d‘un autre travail de recherche.

Pour conclure, l‘absence de mots fait intervenir en consultation des mécanismes d‘interprétation qui peuvent être en lien avec le jugement sur la culture de l‘autre avec ce que cela comporte de fausse représentation, voire de reproduction de dominations et donc de mise en péril de la co-construction d‘une alliance thérapeutique de qualité.

3- L’interprète professionnel dans le milieu médico-social

De tout temps, les hommes qui ont dû se rencontrer au-delà de la barrière naturelle de la langue ont eu recours à des interprètes. Lorsque des peuplades, des cités ou des nations cherchent à cohabiter pour vivre en paix, l‘interprétariat se fait « diplomatique ». Lorsque des individus ou des entreprises veulent commercer, l‘interprétariat devient « commercial ».
Au XXème siècle, avec la naissance des organisations internationales, il s‘enferme dans des cabines, c‘est l‘interprétariat « de conférence ». Dans les Cours de Justice, à la suite du procès de Nuremberg en 1945, on voit apparaître progressivement l‘interprétariat « judiciaire ». Et dans les années 70 l‘interprète devient même « guide-interprète » pour accompagner le développement du tourisme. Autant d‘interprétariats aux spécificités propres, dans la forme et dans le style. Chacun étant l‘adaptation à une barrière linguistique dans un contexte déterminé, pour que la parole traduite conserve son sens.
L‘interprétariat en milieu médico-social est porté depuis les années 90 par des associations à but non lucratif. Il a émergé comme une spécialité à part grâce à la dynamique impulsée par le Critical Link International, un réseau international d‘interprète initié par une association canadienne. Cette association a posé l‘interprétariat médical et social comme mesure pour un égal accès aux droits et à la santé. Elle a également stimulé le questionnement des acteurs et des chercheurs sur la formation des interprètes opérant dans ce domaine.
En France, tout a commencé dans les années 70, grâce à des associations à but non lucratif, engagées dans la promotion de la santé des personnes migrantes. Pour ce faire, elles ont proposé des services d‘interprétariat mis à disposition des institutions sanitaires, sociales, administratives et éducatives. Leurs actions ses sont professionnalisées au fil des années et ont donné naissance à une Charte, « La charte de l‘interprétariat médical et social professionnel

en France », adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012 (annexe 8). Celle-ci définit la fonction d'interprète et pose un cadre déontologique.

3.1. Qui est l'interprète professionnel ?

«L'interprète en milieu médical et social exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas la même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale » [65].

Il restitue en différé le sens des propos émis de l'un à l'autre et assure une veille de compréhension.

L'interprète professionnel répond à un code de déontologie [65], il doit :

*« - **Fidélité de la traduction***

L'interprète en milieu médical restitue les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité, sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens

- ***Confidentialité et secret professionnel***

L'interprète en milieu médical et social a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au même secret professionnel que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.

- ***Impartialité***

L'interprète en milieu médical exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale envers les différents protagonistes.

- ***Respect de l'autonomie de la personne***

Il n'émet pas de jugement sur les idées, croyance ou choix exprimée par les personnes. Il leur reconnait les compétences pour s'exprimer en leur propre nom et prendre des décisions en toute autonomie. Il ne se substitue pas à l'un ou à l'autre des interlocuteurs. »

3.2. En France, quelles structures proposent un service d'interprétariat dans le milieu médico-social ?

Les interprètes interviennent sur les lieux (dit « sur place »), ou par téléphone.

Ces services sont majoritairement proposés par des associations à but non lucratif. Elles sont implantées dans certaines villes en France (figure 2).

- ⇨ Inter Service Migrant (ISM), créée en 1970, implantée à Paris. Cette association est la première à avoir mis en place un service d'interprétariat par téléphone accessible partout en France.
- ⇨ Inter Service Migrant – Centre d'Observation et de Recherche sur l'Urbain et ses mutations (ISM-CORUM), à Lyon
- ⇨ Inter Service Migrant EST (ISM EST) à Metz
- ⇨ Inter Service Migrant Méditerranée (ISM MED) à Marseille
- ⇨ Santé Migrants Loire Atlantique (ASAMLA) à Nantes, créé en 1984
- ⇨ Association pour la promotion et intégration région Angers (APTIRA) à Angers
- ⇨ Association « MANA » à Bordeaux
- ⇨ Conseil et Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations (COFRIMI) à Toulouse, créé en 1992
- ⇨ Association Dauphinoise Accueil Travailleurs Etrangers (ADATE) à Grenoble, créé en 1974
- ⇨ Migration Santé Alsace (MSA) à Strasbourg, créée en 1975

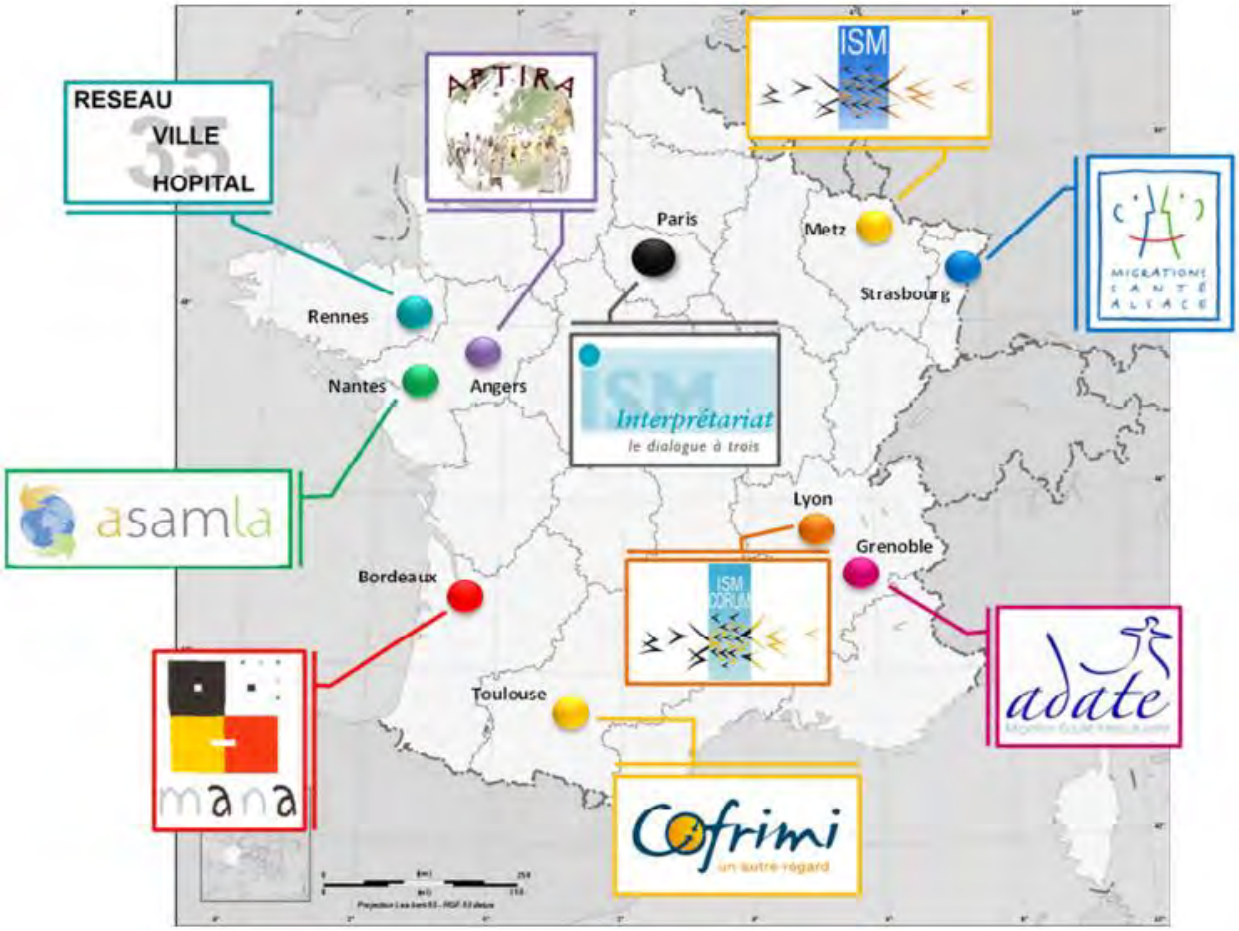


Figure 2 : Répartition des associations en France proposant des services d'interprétariat professionnel (signataires de la charte de l'interprétariat médical et social professionnel) - Cette carte est extraite d'une conférence organisée par COFRIMI à Toulouse autour de la question de l'interprétariat professionnel en région Toulousaine (25 avril 2014)

Parallèlement, des structures privées proposent ces services : interprètes en libéral, entreprises (surtout orienté dans le domaine juridique et commercial)

Seules les structures associatives ont signé la charte de l'interprétariat en milieu médico-social en 2012, dont un des axes est l'importance de la formation des interprètes et la promotion des services d'interprétariat. Cette question est cruciale et est une question d'actualité. En 2012, l'université Paris Diderot est le premier à proposer en France un diplôme universitaire « interprète-médiateur en milieu social et médical », créé à l'initiative de l'association ISM –Paris.

Par ailleurs, la connaissance des sciences de la communication est aussi importante pour l'interprète que le médecin car elles permettent d'introduire et de prendre conscience de la

complexité notamment sur la dimension interprétative dans la communication entre deux individus. L'interprète est un individu avec ses affects, son histoire qui en se professionnalisant amène une distance dans la communication, indispensable pour limiter les biais dans l'interprétation. Par ailleurs, l'interprète ne fait pas une retranscription « mot à mot ». Les raisons sont multiples mais notamment linguistiques, il y a des expressions qui existent dans une langue mais pas dans une autre, ses connaissances linguistiques et son appartenance communautaire lui permettront de restituer les mots au plus près de leur sens respectif. Il est indispensable d'être conscient de cette part d'interprétation pour limiter les quiproquos. La qualité d'écoute, de mémorisation, de compréhension, de richesse, de réactivité linguistique, ainsi que la veille de compréhension propre à l'interprétariat de liaison sont des compétences indispensables pour limiter les malentendus pouvant influer dans la qualité de soins.

Il ne suffit pas de connaitre plusieurs langues pour devenir interprète, comme toute fonction professionnelle, l'interprète doit s'y préparer, pouvoir analyser ce qui se passe et y intégrer des savoirs. Nous allons voir à présent les avantages de la présence d'un interprète professionnel en consultation médicale.

3.3. Les avantages de l'interprète professionnel en consultation médicale sont éprouvés dans la littérature

L'étude de la DGS publiée en décembre 2012, et celle de la PASS ont mis en avant à travers une revue de la littérature les avantages de la présence de l'interprète en consultation médicale.

L'interprète professionnel contribue à :

- améliorer la satisfaction du patient et des professionnels de santé [6,66]
- garantir l'éthique médicale par rapport au consentement éclairé et à la confidentialité [67-69]
- améliorer la compréhension et l'adhésion au traitement [4, 70]
- améliorer l'éducation et l'information sanitaires [4, 71-72]
- augmenter l'effectivité et l'efficacité du temps utilisé durant la consultation, bien que le temps soit peu susceptible d'être réduit en termes absolus. [73]
- améliorer l'accès aux soins, surtout en termes de médecine préventive et de santé mentale, qui contribue en retour à l'équité dans les soins de santé [44, 48, 74-75]

- diminuer les risques d'erreurs médicales [6]
- améliorer l'efficacité et l'effectivité de l'orientation vers des spécialistes [5, 8, 76]
- réduire les coûts inutiles causés par : examens complémentaires excessifs, consultations répétées, traitements inutiles. [4, 6, 77-79]

Le recours aux interprètes professionnels améliore indéniablement la qualité des soins. Il est intéressant de faire un état des lieux en France tant sur le cadre législatif que sur les pratiques.

C-Etat des lieux en France sur la question de l'interprétariat professionnel en soin primaire

1-Etats des lieux à travers le cadre règlementaire

A ce jour, en France, l'interprétariat médical et social n'est pas un droit juridiquement contraignant. En effet, ne pas proposer aux personnes des services garantissant leur expression et compréhension ne peut juridiquement être opposable aux professionnels.

Dans d'autres pays comme les états unis, le titre VI du « *Civil Rights Act »* (CRA) de 1964 oblige les donneurs de soins médicaux à fournir interprétariat et traduction aux patients n'ayant pas de langue commune [3]. La Suède a également inscrit l'interprétariat dans sa législation. [64]

Le patient a le droit à l'information afin qu'il puisse se poser comme sujet autonome et décider ou non de s'engager dans « le consentement libre et éclairé » aux propositions faites par les soignants. La suppression des obstacles à la communication afin d'assurer l'accès de tous aux droits sont inscrits comme recommandations.

- **Le Serment d'Hippocrate**[21] [80] *« J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. »*
- **Code de Santé Publique (version en vigueur 2 mai 2012)** Titre 1: « Droits des personnes malades et des usagers du système de santé ».Chapitre 1 : « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté ». Article L1111-2 [81]

[21] Le serment d'Hippocrate : Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, les médecins prêtent serment d'être fidèles aux lois de l'honneur et de la probité.

- **Code de déontologie médicale, novembre 2012** Titre 2 : « Devoirs envers les patients ». Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) : « Information du patient ». Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique) « Consentement du patient » [82]
- **Haute Autorité de Santé, recommandation de bonne pratique, N°13 IV.2, décembre 2005** « Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement », « Modalités de communication du dossier et accompagnement de l'accès » [83]
- **Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.** [84]
  - ⇨ Principe n°3 : « L'information donnée au patient doit être accessible et loyale »
  - ⇨ Principe n°4 : « Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient »
- **Charte sociale européenne (révisée 1996), Partie V- Article E – Non-discrimination** *« La jouissance des droits (...) doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation. »* [85]

Le cadre réglementaire et déontologique aborde de façon implicite la place de l'interprète à travers le droit à l'information, le consentement du patient et la non-discrimination. La notion d'interprète apparait uniquement dans un cadre hospitalier : la charte du patient hospitalisé. *« L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches). Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. »* [84]

En 2010, pour la première fois, la question de l'interprétariat est abordée par les hautes autorités de santé. Inter Service Migrant avec le concours d'autres organismes et institution (médecins du monde, migration santé alsace, COMEDE, APHP), organise un colloque au Ministère de la Santé, « Interprétariat, Santé et Prévention ». L'interprète dans le milieu

médical était enfin reconnu comme levier incontournable pour l'échange entre les soignants et les soignés. Il permet de restituer au patient sa pleine identité et sa dignité, de permettre à chacun de comprendre ce qui lui arrive et de faire entendre sa voix. Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, fait une allocution le 18 mars 2010 lors de ce colloque [86-87]

« Ne nous y trompons pas : l'interprétariat n'est pas un luxe accessoire offert au patient. C'est une pratique qui obéit à des impératifs éthiques, avec lesquels on ne saurait transiger. Qui songerait à nier l'importance cruciale d'utiliser le mot juste dès lors qu'il s'agit d'annoncer une pathologie ou d'exposer un traitement à venir ? »

« (…) l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'est engagée dans un recours à l'interprétariat professionnel, qui s'inscrit dans la droite ligne du respect de la Charte des droits des patients hospitalisés. »

Cette allocution pose un cadre et des engagements sur la question de l'interprète professionnel et en particulier dans le secteur hospitalier. L'hôpital prenant le centre des débats, les médecins généralistes ont-ils été interrogés sur cette question ? Ont-ils recours aux interprètes professionnels?

2-Etats des lieux sur la question de l'interprétariat professionnel en médecine générale

2.1. Une revue de la littérature centrée sur la pratique hospitalière

La PASS et la DGS relèvent dans leur revue de la littérature que l'ensemble des études sont effectuées dans les hôpitaux et que les services d'interprétariat professionnel sont généralement considérés plus utiles dans le cadre de soins hospitaliers [3, 33]. Peu d'études en médecine ambulatoire se posent la question des difficultés de communication en consultation, des moyens pour pallier l'obstacle du manque de mots et la place de l'interprète professionnel.

Les travaux de thèse de médecine de spécialité médecine générale sont essentiellement orientés sur l'intérêt de l'interprète professionnel en milieu hospitalier [88-91], d'autres posent la question de façon plus large, sur la prise en charge des patients migrants en médecine générale [92-97]. La problématique de la barrière de la langue entre le médecin généraliste et le patient est évoquée mais peu approfondie.

Nous avons retrouvé 3 travaux de recherche en soins primaires sur la question de l'interprétariat dont deux sur la question des interprètes professionnels :

- Etude qualitative auprès de 10 médecins généralistes en Gironde. Ils ont été interrogés sur les moyens mis en place face à un patient non francophone, et il en ressort qu'ils ont majoritairement recours aux accompagnants [98]
- Etude pilote sur un dispositif de mise à disposition des médecins généralistes d'interprètes professionnels à Strasbourg. Elle présente le projet de Migration Santé Alsace avec l'Union Régional des médecins libéraux d'Alsace (URMLA), nous développons ce projet dans un second temps. [99]
- Etude qualitative auprès de 9 médecins à Strasbourg sur la place de l'interprète professionnel en consultation de médecine générale. Elle montre que la relation médecin-patient est facilitée par l'interprète professionnel, la satisfaction des médecins sur la qualité de la traduction, et la consultation triadique a été vécue avec aisance. [100]

Les deux dernières thèses sont issues d'une expérience unique en France. Depuis 2007, à Strasbourg, l'association Migration Santé Alsace, en lien avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace a mis en place un projet d'accès aux interprètes professionnels pour les médecins de ville et leur patient.

2.2. Une expérience unique en soin primaire initiée par Migration Santé Alsace

En 2007, dans le cadre de l'action pour favoriser l'accès aux soins en médecine libérale [101], la commission publique de l'Union Régionale des Médecins libéraux d'Alsace (URMLA) propose de permettre aux populations migrantes de bénéficier d'interprètes professionnels lorsqu'elles consultent en médecine de ville. Ce projet concerne les médecins généralistes, les psychiatres, pédiatres, gynécologues et autre spécialités en médecine libérale. Il s'est déroulé en deux temps : la phase d'expérimentation (octobre à décembre 2007) et la phase d'évaluation (mai 2008).

Le projet a été initialement financé par le groupement régional de santé publique[22], et c'est limité à la communauté de Mulhouse et Strasbourg. La procédure du dispositif est illustrée dans la figure 3. Chaque médecin de ville bénéficie des services d'un interprète, il contacte directement l'association Migration Santé Alsace, avec l'accord du patient. Les interprètes

[22] Le groupement avait pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique. Le plan régional de santé publique d'alsace a été établi par l'observatoire régional de la santé en Alsace. Ces groupements sont maintenant intégrés à l'ARS

travaillent dans un cadre déontologique comme nous l'avons vu précédemment et sont rémunérés par l'association.

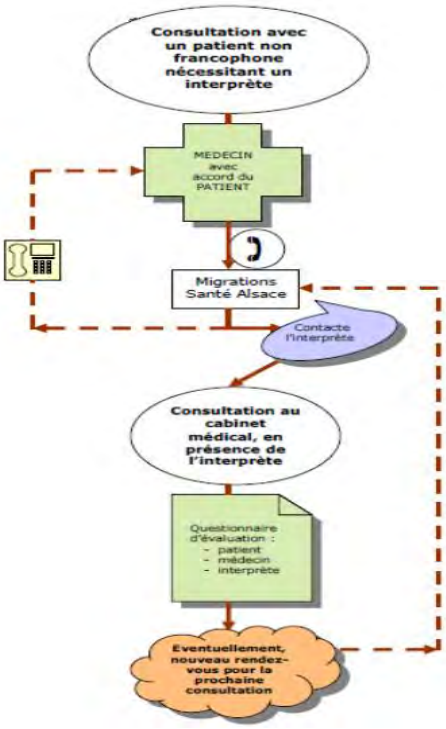


Figure 3 : Schéma de synthèse de la procédure dans la cadre du projet URMLA

La phase d'évaluation réalisée en collaboration avec l'Agence Régional de Santé (ARS) d'Alsace a permis de valider ce projet qui est actif depuis 7 ans, et réévalué tous les ans. Seul 20% des médecins ayant recours aux interprètes de MSA sont des médecins généralistes.

Qu'en est-il à Toulouse ?

PARTIE 2 - L'ENQUETE

MATERIEL ET METHODE

C. Description de l'étude quantitative

Nous sommes partis de l'hypothèse qu'il y aurait sur Toulouse des médecins généralistes confrontés à des difficultés de communication face à des patients non francophones ou dits « utilisateurs élémentaires » de la langue française. La deuxième hypothèse est que ces médecins généralistes n'ont pas recours aux services d'interprétariat professionnel par méconnaissance des structures proposant ce service et par défaut de formation des médecins généralistes sur cette question.

L'objectif principal est donc d'observer la pratique de l'utilisation d'interprète professionnel en soins primaires par les médecins généralistes à Toulouse face aux patients non francophones ou, selon l'échelle linguistique européenne, dits « utilisateurs élémentaires » de la langue française. [102]

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- repérer des freins à l'utilisation d'interprète professionnel en soins primaires
- repérer si la question de l'interprétariat professionnel en soins primaires est abordée dans la formation des médecins généralistes.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une **étude quantitative observationnelle descriptive transversale déclarative** par téléphone sur l'ensemble de la population de médecins généralistes installés à Toulouse et recevant des patients NF ou UELF.

Ce travail de recherche s'est déroulé avec l'aide méthodologique et théorique de membres du laboratoire de santé publique du Pr LANG Thierry, Dr DELPIERRE Cyril (épidémiologiste) et Dr FOURNIE Jean Pascal (médecin généraliste, chef de clinique au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse).

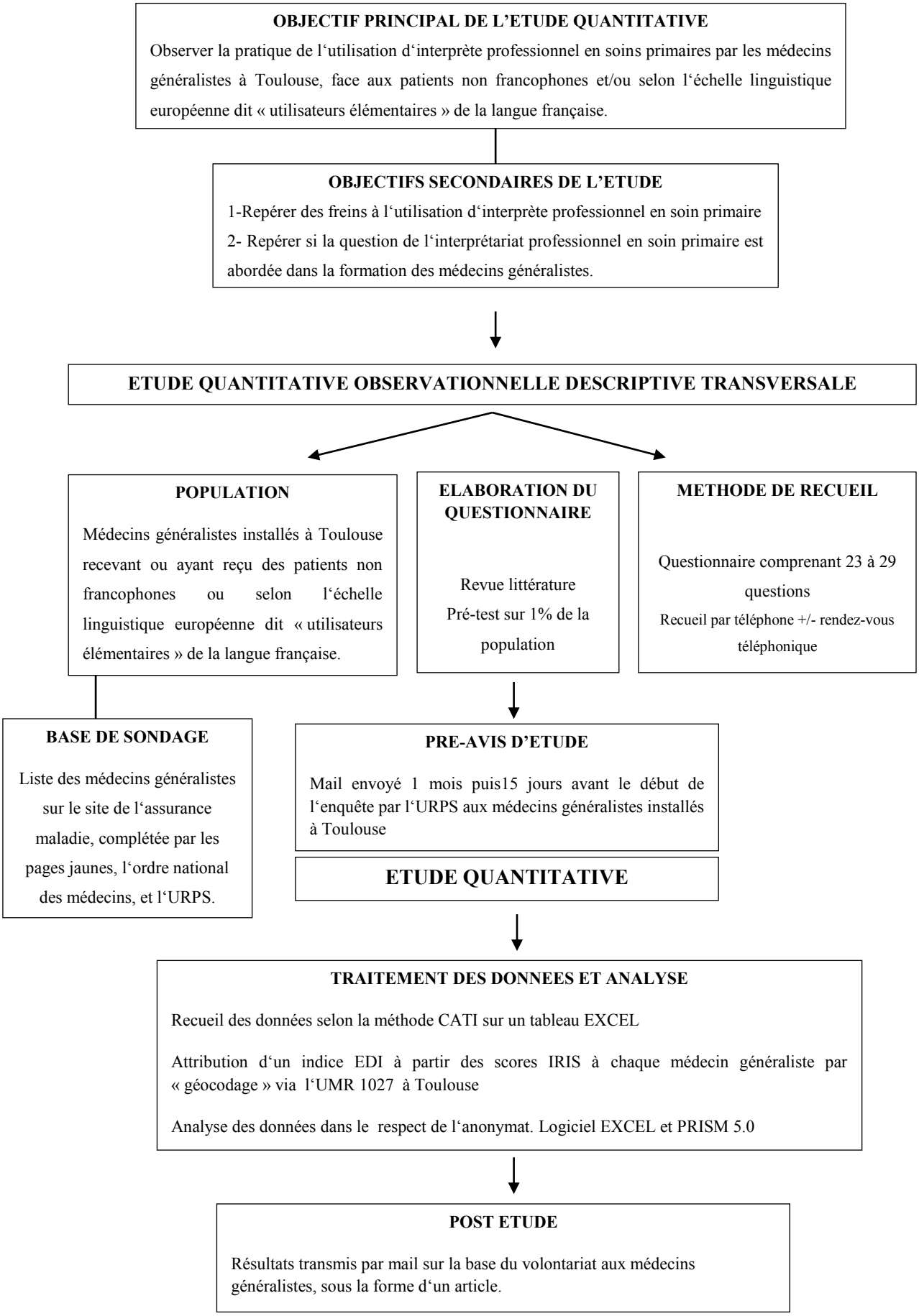


Figure 4 : Organigramme du déroulement de l'étude

D. Population étudiée

Afin que l'étude soit la plus représentative possible, nous n'avons pas réalisé d'échantillonnage mais bien une étude de population. Pour cela, il a fallu déterminer la population à observer selon des critères d'inclusions.

1. Critères d'inclusion à l'étude quantitative

- Les médecins exerçant la médecine générale
- Installés quelque soit le type d'exercice (cabinet seul, de groupe, centre de santé)
- Ayant reçu dans les 12 derniers mois ou recevant des patients NF et/ou UELF
- A Toulouse : 31000, 31100, 31200, 31300, 31400,31500

2. Critères d'exclusion à l'étude quantitative

- Les médecins inscrits exclusivement dans une autre spécialité que la médecine générale
- Les médecins retraités
- Les médecins remplaçants
- N'ayant jamais reçu ou ayant reçu il y a plus de 12 mois des patients NF et/ou UELF
- En dehors de Toulouse

3. Constitution de la base de sondage

Il n'existe pas de base de données correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Nous avons constitué la base de sondage en deux temps.
Le premier temps a été de créer la liste des médecins généralistes exerçant sur Toulouse.
Pour recenser cette population, nous avons travaillé avec plusieurs sources :

- Le site internet de l'assurance maladie (www.ameli.fr) qui a intégré un moteur de recherche recensant l'ensemble des médecins généralistes par codes postaux et secteurs d'activité.

- Le site de l'Ordre national des médecins qui recense l'ensemble des médecins généralistes par codes postaux, mais cette recherche était moins précise car elle comptabilisait également les médecins de formation médecine générale mais qui n'exerçait pas la médecine générale.
- Les pages jaunes afin de compléter la liste des numéros de téléphone manquants.
- Recueil d'informations par téléphone auprès de l'URPS-MP (Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux de Midi Pyrénées) pour estimer si le nombre de médecins recueillis sur cette base de données se rapproche de la réalité.

Grâce à ces sources, nous avons recensé 560 médecins, mais seuls 488 médecins exercent effectivement la médecine générale à Toulouse. (annexe 2)

Dans un deuxième temps, nous avons appelé les 488 médecins généralistes inscrits sur la liste afin d'extraire la population étudiée. Le questionnaire comprend une partie « questions sélectives » à réponse binaire permettant de déterminer la population étudiée : les médecins généralistes recevant des patients NF et/ou UELF.

4. Elaboration du questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire de huit pages composé de 23 à 29 questions en fonction des réponses des médecins généralistes. Il est composé de questions fermées et ouvertes. Les questions ouvertes représentent 17% à 20% du questionnaire, selon la branche étudiée.
L'élaboration de la forme du questionnaire s'est basée sur des guides méthodologiques [103-106] pour construire des questionnaires dans le cadre d'une étude quantitative [107]. Aucun questionnaire réalisé sur le sujet n'est destiné aux médecins généralistes et leur pratique. En revanche, l'étude proposée par la Direction Générale de la Santé datant de décembre 2012, « Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et du diabète » [33] a élaboré des questionnaires spécifiques sur l'interprétariat en milieu médical. Ces questionnaires étaient destinés aux professionnels de l'hôpital, et aux patients, ils sont peu exploitables pour notre enquête orientée vers les soins primaires et leur organisation.

Notre questionnaire est divisé en 3 parties (annexe 4) :

1- questions sélectives (9 questions)
2- questions descriptives (7 questions) : sexe, âge, année de soutenance de la thèse, type d'exercice (cabinet de groupe, cabinet seul, centre de santé)
3- deux questionnaires :

- questionnaire n°1 (13 questions) : s'adresse aux médecins généralistes inclus qui utilisent un interprète qu'il soit professionnel ou non
- questionnaire n°2 (7 questions) : s'adresse aux médecins généralistes inclus qui n'utilisent pas d'interprète.

4.1. Un pré-test a été réalisé mi-novembre 2013 sur une période de 15 jours

Nous avons sélectionné au hasard 5 personnes dans une population de médecins généralistes installés en dehors de Toulouse et n'ayant pas de connaissance sur le sujet. Chaque médecin a donné son accord pour participer à un pré-test dans le cadre d'une étude quantitative. Cet échantillon test représente 1% de l'effectif global [107].

L'objectif étant de vérifier :

- La formulation des questions et leur compréhension
- Le choix de la méthode de recueil de données (téléphone, internet…)
- Les éventuels oublis
- Le temps de passation

Il a été réalisé dans les conditions similaires à celles du questionnaire final.

Le téléphone était le mode de recueil permettant une meilleur compréhension des questions.

Suite à ce pré-test, le questionnaire a évolué, certaines questions ont été précisées et d'autres éliminées.

Pour améliorer le temps de passation et la longueur du questionnaire qui comptabilisait à l'origine 26 à 36 questions selon les branches étudiés, nous avons éliminé les questions pouvant être développées dans une étude qualitative et non quantitative.

Au final, le questionnaire est composé de 23 à 29 selon les branches étudiés questions pour un temps de passation de 10 minutes. (annexe 4)

4.2. Argumentaires d'élaboration du questionnaire

Pour une présentation plus compréhensible, nous vous présentons les différentes thématiques étudiées dans le questionnaire. Un argumentaire est présenté en annexe 7 pour expliquer le choix des questions, et des mots.

Le questionnaire a abordé les thématiques suivantes :

- Questions descriptives : caractéristiques des médecins généralistes inclus dans l'étude.
- Questions sélectives : critères d'inclusion
- Caractéristiques des patients reçus par les médecins inclus dans l'étude
- Statut linguistique des médecins généralistes
- Recours aux interprètes pendant la consultation
- Moyens de communication en l'absence d'interprète
- Freins à l'utilisation d'interprète professionnel de façon générale
- Utilisation des services d'interprètes professionnels si le service d'interprétariat était mis à la disposition du médecin généraliste
- Formation des médecins généralistes sur la question de l'interprétariat professionnel
- Formation des interprètes
- Représentation des médecins sur les raisons qui amènent des patients NF ou UELF à consulter chez eux

5. Déroulement de l'étude quantitative

5.1. Le financement

Cette enquête s'est déroulée sans financement.

5.2. Durée du travail

Le travail de recherche s'est déroulé de janvier 2013 à mai 2014. Les questionnaires ont été lancés de janvier 2014 à mars 2014. Un seul tour par téléphone a été réalisé.

5.3. Déroulement de l'enquête

PRE-AVIS d'ETUDE – Durée 1 mois

Un préavis d'étude a été envoyé par mail un mois puis 15 jours avant le début de l'enquête par l'URPS MP, soit en décembre 2013 et mi-décembre 2013. Le mail contenait un texte et une vidéo (annexe 5) rappelant :

- Les objectifs de la thèse
- La forme de l'enquête : questionnaire téléphonique
- La durée de l'appel téléphonique et la possibilité de prendre des rendez-vous téléphoniques
- Les coordonnées de la personne réalisant l'enquête pour toute information complémentaire
- Information sur l'anonymat de l'enquête selon la ***loi n°78-17 du 6 janvier 1978*** [23] relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés qui stipule que chaque individu a un droit à l'information, un droit d'opposition, un droit d'accès et un droit de rectification. Les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique.

L'ETUDE - Durée 2 mois

L'étude a commencé le 2 janvier 2014 et s'est terminée le 3 avril 2014.

Les médecins ont répondu à un questionnaire téléphonique comprenant au minimum 23 questions et au maximum 29 questions en fonction de leur réponse. Le temps de passation en moyenne était de 15mn.

Rappel sur la composition du questionnaire :

- questions sélectives (9 questions)
- questions descriptives (7 questions) : sexe, âge, ancienneté, type d'exercice
- deux questionnaires :

  Questionnaire n°1 (13 questions) : s'adresse aux médecins inclus qui utilisent un interprète qu'il soit professionnel ou non

  Questionnaire n°2 (7 questions) : s'adresse aux médecins inclus qui n'utilisent pas d'interprète.

[23] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés – « Article 1 : L'informatique doit être au service de chaque citoyen. Son développement doit s'opérer dans le cadre de la coopération internationale. Elle ne doit porter atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques. »

POST ETUDE –Septembre 2014

Un mail sera été envoyé aux médecins généralistes qui en ont émis le souhait pour les remercier de leur participation et rappeler que l'enquête était anonyme. Ce mail sera accompagné d'une vidéo du cours du module 14 qui était mis en place par le DUMG de Toulouse « Le patient migrant accompagné parlant mal français » et traite la question de l'interprétariat en mettant en scène sous la forme d'une pièce de théâtre forum une situation de médecine générale face à un patient non francophone et l'apport de la mise en place d'un interprète professionnel type téléphonique.

Les résultats seront envoyés par mail aux médecins généraliste qui le souhaitent sous la forme d'un article.

6. Recueil et analyse statistique

6.1. Recueil des données

Nous avons réalisé le recueil de données par téléphone, au cabinet des médecins. Tous les médecins ont été appelés une fois par une personne, la même présentation orale a été faite à tous les médecins et nous avons proposé des rendez-vous téléphoniques. Certains médecins n'étaient pas joignables (en visite, en consultation, directives du médecin à la secrétaire ….), un message « standard » a été laissé à la secrétaire afin d'être recontacté : présentation de la thèse, numéro de téléphone, sans limite de temps pour être joignable.

Nous avons choisi la méthode CATI, « computer-assisted telephone interview », technique d'enquête des sciences sociales par laquelle l'enquêteur interroge ses enquêtés tout en suivant sur un écran d'ordinateur un script pré-établi. Cela permet une saisie informatique immédiate des réponses.

Les données des questions fermées ont été compilées dans un tableau EXCEL. Les questions ouvertes ont été reprises sur papier libre puis compilées dans le tableau EXCEL.

6.2. Analyse statistique

Les données ont été analysées par EXCEL et PRISM 5.

6.2.1. Questions fermées

Les données quantitatives (âge et années d'expérience) sont résumées par leur moyenne et l'écart type. Les données qualitatives sont décrites par leur effectif et leur proportion. Les comparaisons d'effectif ont été réalisées par un test de Chi2 ou test exact de Fisher selon la taille de l'échantillon.

6.2.2. Questions ouvertes

L'analyse des questions ouvertes s'est déroulée en plusieurs tours, quatre personnes pour faire cette analyse : deux médecins, une psychologue et une éducatrice spécialisée. Ces quatre personnes ont des connaissances sur la question de l'interprétariat et ont recours aux interprètes professionnels dans le cadre d'un centre de santé.

Le premier groupe (1 médecin et 1 éducatrice spécialisée) a réalisé une première lecture des questions ouvertes. Suite à cette lecture, le groupe a proposé une grille de lecture (annexe 6) pour analyser les réponses ouvertes. Le deuxième groupe (1 médecin et 1 psychologue) s'est chargé d'une deuxième lecture des réponses ouvertes avec la grille de lecture proposée par le premier groupe, et en cas de désaccord, les réponses étaient rediscutées en groupe de 4 pour trouver un consensus. L'objectif était de limiter le plus possible les interprétations.

Nous n'avons pas retrouvé de méthode d'analyse des réponses ouvertes en dehors des études qualitatives pouvant permettre de limiter les biais ; le consensus et la vision de plusieurs personnes dans des domaines différents de la médecine et du travail social nous a semblé limiter les biais.

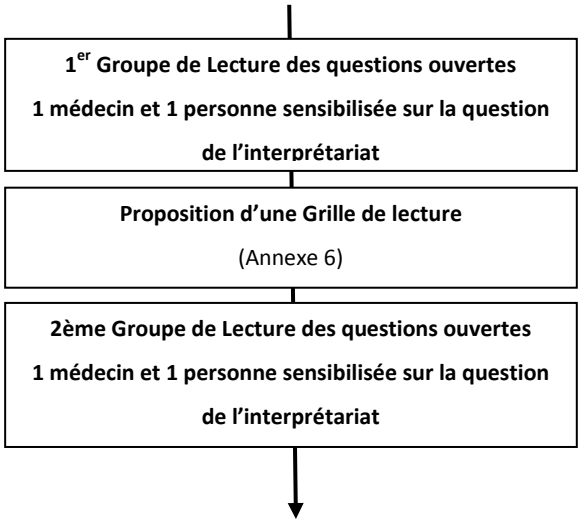


Figure 5 : Synthèse du déroulement de l'analyse des questions ouvertes

Score IRIS (ilots regroupés pour l'information statistique) et indice écologique de défavorisation (the FRENCH EDI) [108]

Nous avons choisi de relier à chaque médecin, à partir de son adresse postale, le numéro d'IRIS relié lui-même à un indice écologique de défavorisation (Ecological Deprivation Index, EDI) pour refléter d'une manière plus objective leur contexte de soin. Pour ce faire, nous avons repris l'ensemble des adresses postales des médecins sur un tableau excel (les 488 médecins généralistes). L'équipe de l'UMR 1027[24] (Dr Cyrille Delpierre) a relié par « géocodage » chaque médecin à un score IRIS et un indice EDI, eux-mêmes regroupés en quintile. Un indice de 0 à 4 est attribué, sachant que 4 correspond à un indice écologique de défavorisation élevé.

L'objectif était d'évaluer s'il existe une corrélation entre le contexte de soin des médecins généralistes et leur pratique face à un patient NF ou UELF vis-à-vis des services d'interprétariat.

Score IRIS

Les données écologiques au niveau de l'IRIS sont issues du dernier recensement exhaustif de la population française réalisé par l'INSEE en 1999. Les unités géographiques utilisées sont les IRIS (ou Ilots regroupés pour l'information statistique), un IRIS représentant la plus petite unité géographique pour laquelle les données du recensement français sont disponibles. La capitale régionale et les autres villes majeures sont divisées en plusieurs IRIS et les petites villes forment un IRIS. Chaque IRIS résidentiel a été construit pour inclure environ 2000 personnes, afin d'être relativement homogène en termes de caractéristiques sociales (N= 49,989).

Indice écologique de défavorisation (EDI)

Du fait du manque de données socioéconomiques individuelles, les mesures des caractéristiques socioéconomiques des zones de résidence sont fréquemment utilisées. Il a été créé de nombreux indices composites géographiques, autrement appelés indices écologiques de défavorisation. La défavorisation (*Deprivation* en anglais) est ~~un~~ état de désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou plus largement à la société à laquelle appartient une personne, une famille ou un groupe" [109]

[24] L'UMR 1027 constitue un pôle unique de recherche en épidémiologie et santé publique qui vise à mieux comprendre et analyser les enjeux médicaux et sociétaux dans les domaines des maladies chroniques et des handicaps aux différents âges de la vie

Le score du French EDI pour l'unité géographique est calculé avec cette formule:

Score = 0.11 x **"Surpeuplement"** + 0.34 x **"Pas d'accès au chauffage central ou électrique"** + 0.55 x**"Non propriétaires"** + 0.47 x **"Chômage"** + 0.23 x **"Nationalité étrangère"** + 0.52 x **"Pas d'accès à une voiture"** + 0.37 x **"Ouvriers non qualifiés-ouvriers agricoles"** + 0.45 x **"Ménages avec au moins 6 personnes"** + 0.19 x **"Faible niveau d'étude"** + 0.41 x **"Familles monoparentales".**

Regroupement Score IRIS/EDI

L'application du French EDI est illustrée pour le territoire entier français métropolitain en calculant son score pour tous les IRIS. Toutes les variables étaient normalisées sur la moyenne nationale française de tous les IRIS. Pour tous les IRIS français (n= 49,989), l'indice EDI avait la distribution suivante: min=-5.332, max=20.520, moyenne=0, écart-type=1.847. Chaque IRIS était classifié en quintiles selon son degré de défavorisation (pour le territoire français entier: quintile 4:-5.332; -1.323; quintile 3: -1.323; -0.649; quintile 2: -0.649; -0.007; quintile 1:-0.007; 0.948; quintile 0 : 0.948; 20.520).

	0	**1**	**2**	**3**	**4**
EDI	0.948; 20.520	-0.007; 0.948	-0.649; -0.007	-1.323; -0.649	-5.332; -1.323
Score IRIS (31555)	2201 2203 2803 4503 4602 4701 4901	1203.2102.2302 2403.4603.5503 5801	0301.0302.0401 0501.0502.0601 0701 0802 1202 1303 1501 1603 1803 2104 2304 2801 3503 4006 4502 4601 4803 5702 5802 5901 6002	0101 0102 0201 0801 0901 0902 1002 1101 1103 1201 1502 1601 1602 3701 4004 4007 4201 4401 4402 4501 4702 6001 1701 1702 1801 1804 1805 1807 1901 2001 2002 2004 2101 2202 2401 2402 2501 2502 2601 2802 2901 3501	0202 0203 1001 1102 1301 1302 1803 2003 2005 2405 2701 3001 3002 3101 3201 3203 3301 3401 3402 3504 3703 3803 3901 4001 4202 4302 4303 4703 5001 5102 5201 5203 5301 5303 5402 5701

Tableau 1 : Indice EDI en fonction des scores IRIS de la population éligible à l'étude

6.3. Anonymat

Nous avons anonymisé les résultats lors de l‘exploitation des données. Nous avons informé les médecins généraliste, avant l‘enquête, pendant et après, du respect de l‘anonymat, en rapport avec la ***loi n°78-17 du 6 janvier 1978*** relative à l‘informatique, aux fichiers et aux libertés qui stipule que chaque individu a un droit à l‘information, un droit d‘opposition, un droit d‘accès et un droit de rectification. [110]

RESULTATS

Sur 488 médecins généralistes recensés, 213 n'ont jamais pu être contactés et 275 médecins ont répondu au téléphone. Quatre-vingt-six médecins généralistes ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusions et 59 car ils ne souhaitaient pas participer à l'étude. Au final, 130 médecins généralistes répondaient aux critères d'inclusion. Ces médecins recevaient des patients non francophones (NF) ou utilisateurs élémentaires de la langue française (UELF). (cf figure 6).

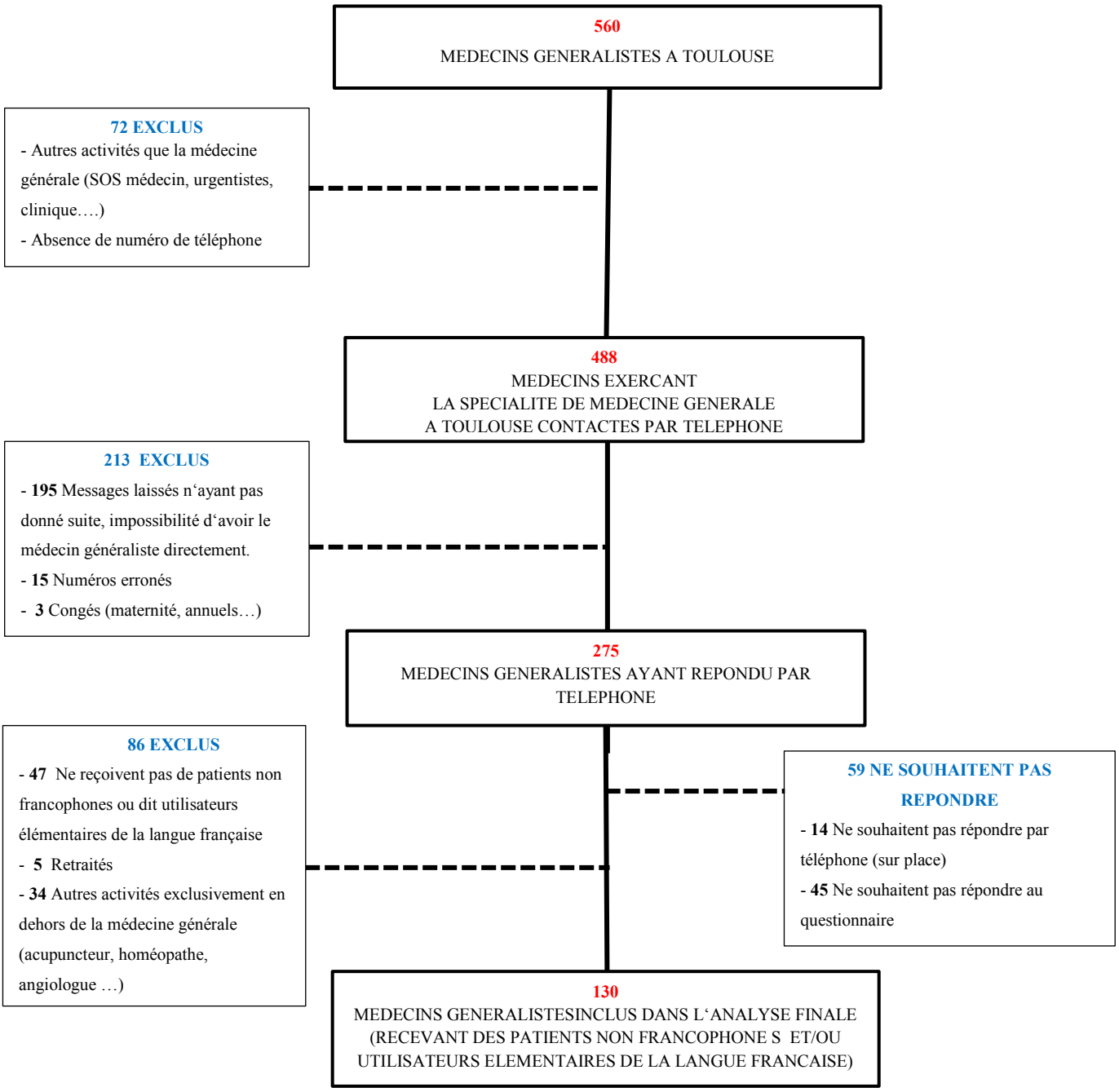


Figure 6 : Flowchart de l'étude

A. Caractéristiques démographiques des médecins inclus dans l'étude

Dans notre population d'étude, les 130 participants étaient en majorité des hommes, d'âge moyen 52 ans, et majoritairement conventionnés secteur 1. Leur ancienneté moyenne en terme d'expérience professionnelle était de 23,1 (+/-10,4) ans (cf tableau 2).

Sur la population de médecins généralistes toulousains recevant des patients NF ou UELF, la majorité était installée dans des contextes dits « défavorables » : 38% avaient un indice EDI à 3 et 31 % avaient un indice EDI à 4. Seuls 2% des médecins généralistes inclus sont installés dans des contextes moins « défavorables » (indice EDI à 2).

Les trois médecins travaillant en centres de santé étaient implantés dans des zones dites « défavorables» avec un indice EDI à 4. Les cabinets de groupe et les médecins travaillant seuls sont implantés à plus de 30 % dans des zones d'indice EDI « défavorable» estimés à 3.

Il n_y a pas de différence significative en termes de sexe, de secteur et un indice EDI entre les médecins éligibles à l'étude (N=488) et les médecins répondant aux critères d'inclusion et inclus dans l'analyse finale (N=130). (cf tableau 2)

Il n_y a pas de différence significative en termes de sexe, de secteur et un indice EDI entre les médecins non inclus à l'étude (N=358) et les médecins répondant aux critères d'inclusion et inclus dans l'analyse finale (N=130). (cf tableau 2bis)

	Tous les médecins généralistes N= 488	Médecins généralistes inclus à l'étude N= 130	p (Chi2 ou Fisher)
Sexe			
Hommes	309 (63%)	82 (63%)	0,96
Femmes	179 (37%)	48 (37%)	0,96
Age moyen (année)		51,9 (+/- 9,9)	
Ancienneté		23,1 (+/- 10,4)	
Secteur d'activité			
Secteur 1	464 (95%)	122 (94%)	0,57
Secteur 2	18 (4%)	7 (6%)	0,45
Non conventionné	5 (1%)	0 (0%)	0,59
EDI			
0	23 (5%)	4 (3%)	0,63
1	34 (7%)	8 (6%)	0,85
2	98 (20%)	28 (22%)	0,71
3	192 (39%)	50 (38%)	0,85
4	146 (29%)	40 (31%)	0,85
Mode d'exercice			
Cabinet seul		57 (44%)	
Cabinet de groupe		70 (55%)	
Maison de santé pluridisciplinaire		0 (0%)	
Centre de santé		3 (2%)	
Type d'activité			
Sans rendez-vous		87 (67%)	
Sur rendez-vous		44 (33%)	

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques de la population éligible et de la population incluse dans l'étude

	Médecins généralistes non inclus à l'étude N= 358	Médecins généralistes inclus à l'étude N= 130	p (Chi2 ou Fisher)
Sexe			
Hommes	227 (63%)	82 (63%)	0,94
Femmes	131 (37%)	48 (37%)	0,94
Secteur d'activité			
Secteur 1	342 (96%)	122 (94%)	0,45
Secteur 2	11 (3%)	7 (6%)	0,27
Non conventionné	5 (1%)	0 (0%)	0,33
EDI			
0	19 (5%)	4 (3%)	0,46
1	26 (7%)	8 (6%)	0,84
2	70 (20%)	28 (22%)	0,61
3	142 (40%)	50 (38%)	0,83
4	100 (28%)	40 (31%)	0,57

Tableau 2 bis: Caractéristiques démographiques de la population non incluse et incluse à l'étude

B. Caractéristiques des patients NF ou UELF reçus en consultation

L'ensemble des données rapportées dans cette section est issue des réponses des médecins à la partie « questions sélectives » du questionnaire (annexe 4).

1. Proportion de patients NF et UELF reçus en consultation et fréquence de consultation

Sur les 130 médecins généralistes inclus, 120 (92%) recevaient des patients NF. La proportion de ces patients dans leur patientèle représente en majorité 1 à 4%. La totalité recevait des patients UELF, et leur proportion représente 10 à 14% de leur patientèle (cf figure 7).

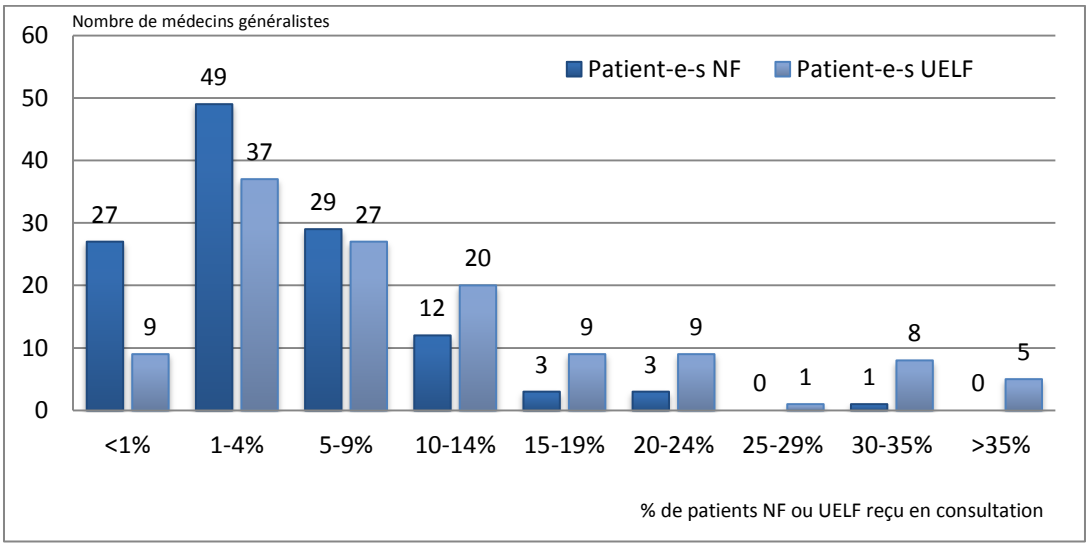


Figure 7. Estimation par les médecins de la proportion de patients NF et UELF reçus en consultation (124 répondus, 6 non répondus)

En distinguant les médecins déclarant une proportion <10% ou ≥10% de patients NF dans leur patientèle, on constate une corrélation significative entre cette proportion de patients NF et le score EDI des médecins (test du Chi2, **p=0,05**). Les médecins exerçant dans une zone « défavorable » (EDI à 4) reçoivent plus fréquemment en consultation des patients NF.

On constate une tendance identique non significative (**p=0,19**) en ce qui concerne les patients UELF.

Les médecins participant à l'étude ont déclaré majoritairement recevoir en consultation des patients NF et/ou UELF au moins une fois par semaine (35%). (cf tableau 3).

	Nombre de médecins généralistes
Au moins une fois par semaine	**46 (35%)**
Tous les jours	38 (29%)
Au moins une fois par mois	38 (29%)
Au moins une fois par an	8 (7%)

Tableau 3 : Estimation par les médecins généralistes de la fréquence de consultation des patients NF ou UELF

Sur les 38 médecins généralistes recevant tous les jours des patients NF ou UELF, 52,6 % déclarent que la proportion de ces patients représente moins de 5 % de la patientèle.

2. Langues rencontrées en consultation en dehors du français

Les trois langues rencontrées par les 130 médecins participants étaient principalement l'anglais (74%), l'arabe (63%) et l'espagnol (48%). Les autres langues sont détaillées dans la figure 8.

De plus, sur la population d'étude, 29 médecins (22%) rencontraient moins de 3 langues étrangères, 64 (49%) entre 3 et 5 langues, et 17 médecins (13%) plus de 5 langues. La quantification du nombre de langues rencontrées a été approximative pour 20 médecins (16%), car il ne leur était pas possible de distinguer les différentes langues africaines et d'Europe de l'Est.

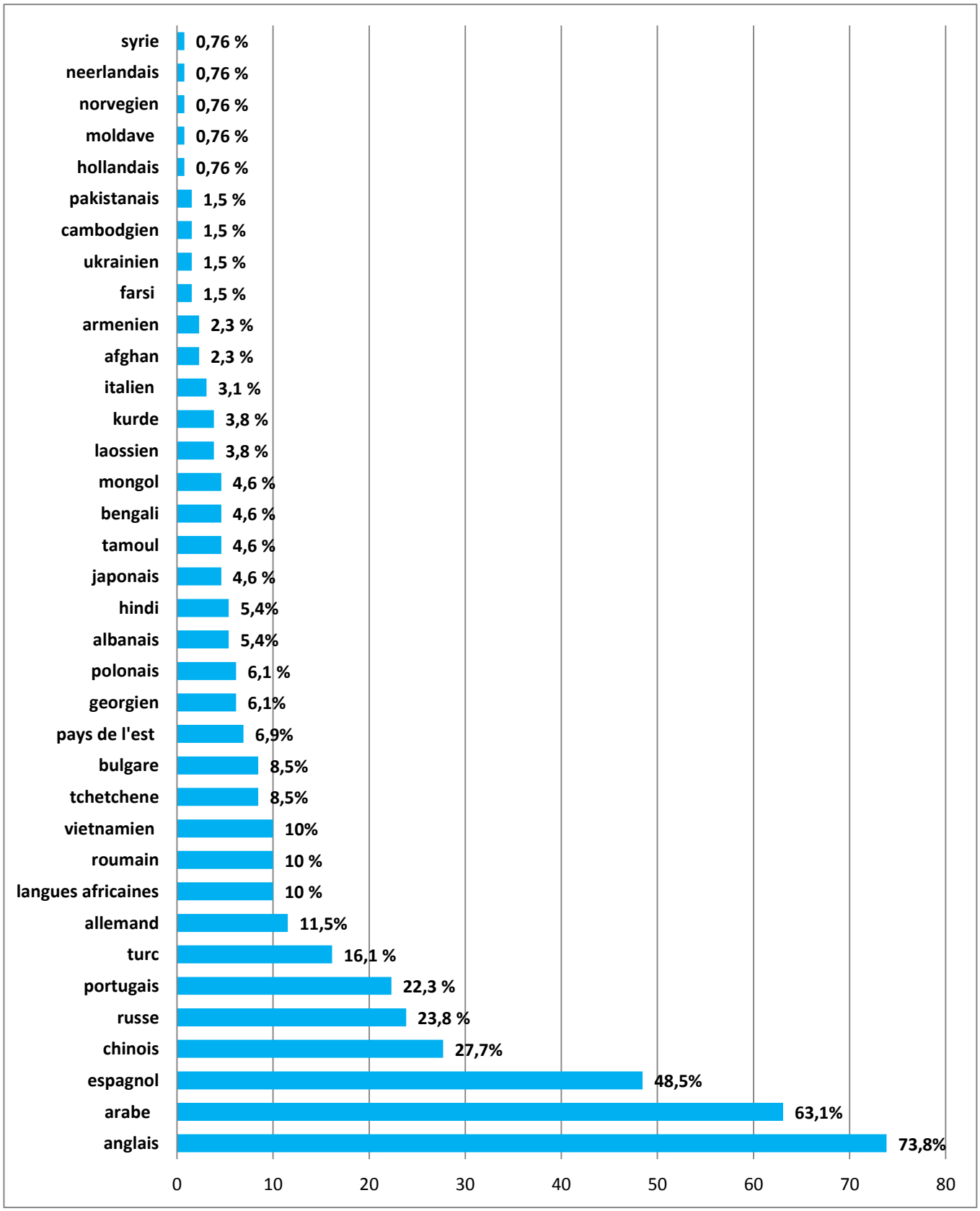


Figure 8. Langues rencontrées en consultation en dehors du français

(Proportion de médecins par langue)

3. Raisons amenant les patients NF ou UELF en consultation

Sur les 130 médecins inclus, 70% (N=91) des médecins ont répondu aux questions relatives au fait qu'ils reçoivent des patients NF ou UELF (cf tableau 4). Les principales raisons évoquées sont : une médecine de proximité (66%), les langues parlées par le médecin (19%), une structure médicale à proximité du lieu de travail des patients (18% concernaient une entreprise internationale dont AIRBUS, et 15% une université ou une école internationale). Il est intéressant de noter que parmi les 13 médecins déclarant que leur quartier cosmopolite était un facteur de consultation des patients NF ou UELF, une majorité de ces médecins (85%) déclarait aussi que ces patients représentaient plus de 10% de la patientèle. De plus, 55% de ces médecins avaient un cabinet localisé dans un secteur ayant un indice EDI à 4, soit défavorisé.

« A votre avis, pourquoi les patients NF ou UELF consultent chez vous ? » (Annexe 6)	**Nombre de médecins généralistes**
Médecin de proximité	**60 (66%)**
Plusieurs langues parlées par le médecin	17 (19%)
Proximité d'une entreprise internationale (Airbus, Météo France …)	16 (18%)
Quartier cosmopolite	13 (15%)
Proximité d'une université ou d'une école	13 (15%)
Structure Proposant Un Service d'interprétariat Professionnel	4 (4%)
Médecin favorisant l'accès aux soins (tiers payant, actes gratuit….)	3 (3%)
Proximité structure accueillant migrant	19 (2%)
Proximité communautaire liée au nom du médecin	1 (1%)
Entourage des patients du médecin (réseau)	1 (1%)

Tableau 4. Raisons amenant les patients NF ou UELF en consultation

C. Statut linguistique des médecins généralistes inclus

Dans notre population, 104 (80%) médecins disaient parler au moins une autre langue. Parmi eux, 43 (41%) étaient bilingues (langue maternelle[25] dans 60% des cas). La langue la plus fréquemment maîtrisée était l'anglais (92%). Les autres langues sont détaillées dans le tableau 5. Dans la population de médecins se disant bilingues (N=43), 86% se disaient bilingues en

[25] Ce référer à l'ANNEXE 1 : DEFINITIONS

anglais, aucun ne la déclarait comme langue maternelle. Parmi les médecins bilingues en anglais, 78 % sont confrontés à des patients anglophones durant leur activité professionnelle.

	Nombre de médecins généralistes parlant une autre langue (N=104)
Langues Parlées	
anglais	**96 (92%)**
espagnol	40 (38%)
arabe	9 (9%)
allemand	6 (6%)
vietnamien	3 (3%)
italien	1 (1%)
russe	1 (1%)
Nombre de langues parlées en dehors du français	
1 langue	58 (56%)
2 langues	40 (38%)
> 2 langues	6 (6%)

Tableau 5. Langues parlées par les médecins inclus dans l'étude

D. Recours aux interprètes

Dans notre population d'étude (N=130), 22 (17%) médecins déclaraient n'avoir jamais eu recours à un interprète (professionnel ou informel) durant leur activité, et 108 (83%) médecins déclaraient avoir déjà eu recours à un interprète. Parmi ces derniers, 47 (44%) y avaient recouru face à des patients NF ou UELF, et 53 (53%) face à des patients NF exclusivement.

Sur la base des 130 médecins inclus, ces données peuvent également être interprétées en terme de stratégie de communication : face à un patient NF, 77% des médecins ont été amenés à recourir à un interprète ; de même, face à un patient UELF, 42% des médecins ont été amenés à recourir un interprète. Cette différence est significative avec $p < 0,05$ (cf tableau 6)

	UELF N = 130	NF N = 120	p (Chi2)
Médecin a recours à un interprète	55 (42%)	100 (83%)	0,0001
Médecin n'a pas recours à un interprète	75 (58%)	20 (17%)	0,0001

Tableau 6 : Stratégie de communication des médecins face à un patient NF ou UELF

Les caractéristiques respectives des médecins ayant eu recours ou n'ayant jamais eu recours à un interprète sont présentées dans le tableau 7. Il n'y a pas de différence significative en terme de sexe, d'âge, d'effectif de patients NF ou UELF rencontré, d'indice EDI. Le nombre de langues parlées par les médecins est identique dans les deux populations de médecin.

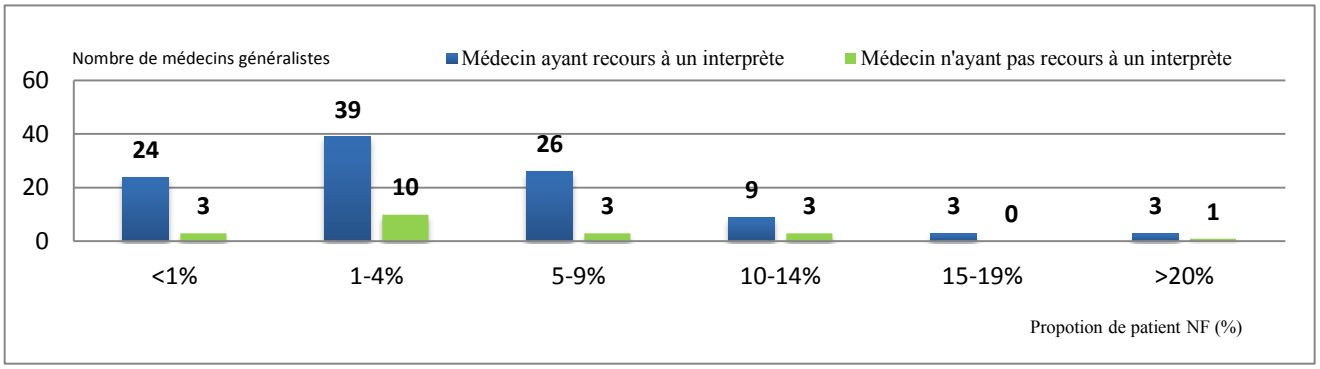
En revanche, il est intéressant de relever qu'il y a une différence proche de la significativité en ce qui concerne le niveau linguistique des médecins et le nombre de langues rencontrées en consultation en dehors du français.

Les médecins bilingues représentent 61% des médecins n'ayant pas recours à un interprète, contre 38% chez les médecins ayant recours aux interprètes. (p = 0,06)

D'après le tableau 7, les médecins n'ayant pas recours aux interprètes sont confrontés à moins de langues différentes en consultation (moins de 3 langues) que les médecins qui ont recours. Ces différences sont significatives (p=0,0001 ; p = 0,0007).

	Médecins ayant recours à un interprète (N = 108)	**Médecins n'ayant pas recours à un interprète (N = 22)**	**p (Chi2 ou Fisher)**
Sexe			
Homme	64 (59%)	15 (68%)	0,43
Femme	44 (41%)	7 (32%)	0,43
Age	51,37	53,22	0,44
Proportion de patients NF			
< 10 %	89 (86%)	16 (80%)	0,20
≥ 10 %	15 (14%)	4 (20%)	0,20
Proportion de patients UELF			
< 10 %	61 (59%)	12 (60%)	1,0
≥ 10 %	43 (41%)	8 (40%)	1,0
EDI			
0	3 (2%)	1 (5%)	0,53
1	5 (4%)	3 (14%)	0,13
2	22 (21%)	6 (27%)	0,57
3	44 (42%)	6 (27%)	0,23
4	34 (32%)	6 (27%)	0,80
Statut linguistique			
Parle au moins 1 autre langue	**86** (80%)	18 (82%)	1,0
Parle Anglais	81 (94%, N=86)	15 (83%, N=18)	0,14
Nombre de langues parlées en dehors du français			
≤2 langues	80 (93%, N=86)	16 (94%, N=18)	1,0
>2 langues	5 (6%, N=86)	1 (6%, N=18)	1,0
Se considère bilingue	**32** (37%, N=86)	**11** (61%, N=18)	**0,06**
Se considère bilingue en anglais	29 (91%, N=32)	9 (82%, N=11)	0,59
Nombre de langues rencontrées en consultation			
≤ 3 langues	12 (14%, N=86)	11 (61%, N=18)	**0,0001**
> 3 langues	74 (86%, N=86)	7 (39%, N=18)	**0,00007**
Patients anglophones	81 (94%, N=86)	16 (89%, N=18)	1,0

Tableau 7 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant recours et n'ayant pas recours à un interprète en consultation face à un patient NF ou UELF.



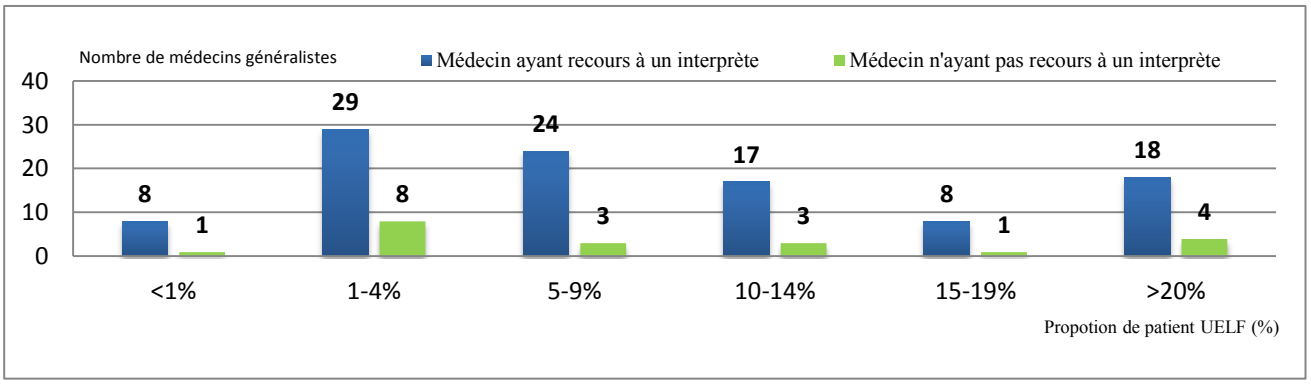


Figure 8 et 9 : Proportion de patients NF et UELF chez les médecins ayant recours ou non à un interprète

1. Médecins généralistes ayant recours aux interprètes

Tous les médecins généralistes ayant déclaré avoir déjà eu recours à un interprète (N = 108) ont été amenés à solliciter un interprète informel, et 12 d'entre eux (11%) ont également déjà eu recours à un interprète professionnel. De plus, il est arrivé pour 96% d'entre eux de ne pas avoir pu solliciter un interprète, qu'il soit professionnel ou informel.

1.1.Médecins ayant recours à un interprète professionnel

Tous les médecins de cette catégorie (N = 12) ont eu recours à des interprètes professionnels se déplaçant sur leur lieu d'exercice (67%). Ces interprètes étaient majoritairement sollicités par des CADA[3] (75%). Quatre médecins ont également déclaré avoir déjà sollicité un interprète professionnel par téléphone. (cf tableau 8)

	Nombre de médecins généralistes (N=12)
Type de service d'interprétariat utilisé par les médecins généralistes ayant recours à un interprète professionnel	
Sur place	**8 (67%)**
Sur place ou téléphonique	4 (33%)
Organismes sollicités par les médecins généralistes	
CADA[26]	**9 (75%)**
COFRIMI[27]	1 (8%)
ISM[28]	2 (17%)

Tableau 8 : Pratiques des médecins lors du recours à un interprète professionnel

	Nombre de médecins généralistes (N=12)
Dans le cas où le patient vient accompagné d'un interprète informel et d'un interprète professionnel, qui sollicitez-vous préférentiellement ?	
Situation jamais rencontrée	**6 (50%)**
Accompagnant (informel)	3 (25%)
Interprète professionnel	3 (25%)
Justification du choix de l'interprète professionnel (annexe 6)	
L'interprète est formé pour retranscrire la parole du patient	**2 (75%)**
L'interprète professionnel est neutre et possède un vocabulaire plus large	1 (25%)
L'interprète assure une confidentialité	1 (25%)
Justification du choix de l'interprète informel (annexe 6)	
Si motif "simple" de consultation	1 (25%)
Limité par le coût de l'interprète professionnel	1 (25%)

Tableau 9 : Pratiques et choix des médecins généralistes face à un interprète professionnel et un interprète informel

[26] CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile. L'accueil des demandeurs d'asile en France résulte de l'application de la Convention de Genève du 28 juillet 1951. C'est dans ce cadre que l'Etat finance les CADA français. Les CADA proposent aux demandeurs d'asile un lieu d'accueil pour toute la durée de l'étude de leur dossier de demande de statut de réfugié. Cet accueil prévoit leur hébergement, ainsi qu'un suivi administratif (accompagnement de la procédure de demande d'asile), un suivi social (accès aux soins, scolarisation des enfants, etc.) et une aide financière alimentaire.

[27] COFRIMI : Crée en 1992, COFRIMI (Conseil et Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations) est un lieu ressources sur les relations interculturelles, les migrations et la gestion de la diversité culturelle. Dans le cadre du PRIPI (Programme Régional d'intégration des Populations Immigrées) et afin de permettre un accès aux droits et favoriser l'intégration, COFRIMI propose, depuis 2006, des prestations d'interprétariat. Ce service a pour mission de mettre à disposition des administrations publiques, des institutions médicales, ainsi que des organismes d'aide et d'assistance en région Midi-Pyrénées, un soutien dans des situations de communication difficiles

[28] ISM : Inter-Service Migrant, créée en 1970, l'association propose un service d'interprétariat téléphonique et/ou sur place.

1.2. Médecins ayant recours à un interprète informel

La majorité des médecins généralistes (69%) avait recours à l'accompagnant sur place. De plus, 81% des médecins ont déclaré que l'interprète sollicité (sur place ou par téléphone) avait été au moins une fois un mineur.

	Nombre de médecins généralistes (N= 108)
Moyen de communication utilisé par les médecins généralistes ayant recours à un interprète informel	
Accompagnant sur place	**74 (69%)**
Accompagnant sur place ou par téléphone	34 (31%)
Est-il arrivé que l'accompagnant soit mineur ?	
Oui	**87 (81%)**
Non	21 (19%)

Tableau 10 : Type d'interprète informel sollicité par les médecins généralistes

2. Médecins généralistes n'ayant jamais eu recours à un interprète

Sur les 22 médecins n'ayant jamais eu recours à un interprète, plus de la moitié pense que la participation d'un interprète pourrait améliorer la consultation. Les raisons évoquées étaient de permettre d'approfondir l'entretien (pour 81% des réponses) et de transmettre des informations médicales (pour 36% des réponses). Les autres raisons sont rapportées dans le tableau 11.

Il est intéressant de noter que 14% des médecins interrogés estimaient que l'intervention d'un interprète compliquerait le déroulement de la consultation.

Utilité d'un interprète	Nombre de médecins généralistes
Raisons en faveur (N=11)	
Approfondit l'entretien nécessaire à la clinique	**9 (81%)**
Permet de transmettre des informations médicales (observance, ETP …)	4 (36%)
Indispensable pour évaluer la santé mentale	1 (9%)
Optimise le temps en consultation	1 (9%)
Raisons en défaveur (N=10)	
Complique la consultation du médecin par l'interaction à 3	**3 (30%)**
La présence d'un tiers peut être vue comme une intrusion remettant en cause le lien de confiance et la confidentialité en consultation de médecine générale	2 (20%)
Présente des limites dans la retranscription exacte des mots des patients par l'interprète	2 (20%)
Consultation peu fréquente	1 (10%)
Représente un coût supplémentaire	1 (10%)
Surcharge la gestion administrative du cabinet	1 (10%)
N'en ressent pas le besoin si patient anglophone	1 (10%)

Tableau 11 : Raisons des médecins sur l'utilité d'un interprète

E. Moyens de communication en l'absence d'interprète

En l'absence d'interprète, 93% des médecins généralistes disaient utiliser les gestes et les regards, et 50% disaient employer une langue commune avec le patient (62% déclaraient utiliser l'anglais). Les autres moyens de communication sont recensés dans la figure 8.

Moyens de communications en l'absence d'interprète pour les médecins généralistes inclus.	**Nombre de médecins généralistes**
Gestes, regards	**93 (71%)**
Emploi d'une langue commune	65 (50%)
Dessin, schéma	39 (30%)
Internet	28 (21%)

Internet	**Nombre de médecins généralistes**
« Google traduction »[29]	**13 (62%)**
«Google images »[30]	3 (15%)
« Reverso »[31]	2 (9%)
« Traducmed »[32]	2 (9%)
« Lexilogos »[33]	1 (5%)

Langue commune	**Nombre de médecins généralistes**
anglais	**62 (94%)**
arabe	1 (2%)
espagnol	1 (2%)
vietnamien	1 (2%)

Figure 8 : Moyens de communication en l'absence d'interprète

[29] «Google traduction » : est un service fourni par Google qui permet de traduire un texte ou une page Web dans une autre langue. Contrairement à d'autres services de traduction comme Babel Fish, AOL et Yahoo qui utilisent SYSTRAN, Google utilise son propre logiciel de traduction. (https://translate.google.fr)

[30] «Google Images » : est un service proposé depuis 2001 par le moteur de recherche Google pour permettre de trouver sur le web des images en rapport avec un sujet donné. La pertinence d'une image vis-à-vis des mots-clés saisis par l'utilisateur est évaluée sur la base de paramètres tels que le nom du fichier ou le texte encadrant l'image dans la page d'origine.

[31] «Reverso » : Traduction en ligne gratuite en anglais, allemand, espagnol, italien, russe, chinois, arabe, hébreu, japonais

[32] «Traducmed » : est un site Internet créé pour permettre au personnel médical d'estimer une situation en l'absence de traducteur et d'évaluer les urgences médicales, sociales ou administratives. Ce site permet aussi d'expliquer au patient le déroulement de l'examen médical. Il propose des traductions sonores d'un interrogatoire médical en Français et des phrases d'explication de la prise en charge médicale. www.traducmed.fr

[33] «Lexilogos » : traducteur en ligne de phrases simples. (www.lexigolos.com)

F. Freins à l'utilisation d'interprètes professionnels

1. Freins à l'utilisation d'interprètes professionnels dans la population des médecins généralistes

Le tableau 12 présente les raisons évoquées par les médecins pouvant freiner la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel à Toulouse. La méconnaissance et la difficulté à mettre en place un service d'interprétariat en médecine générale étaient les principaux freins, venait en suivant le coût. Il est intéressant de noter qu'il y a une différence significative entre les deux populations de médecins, les médecins n'ayant pas recours à un interprète n'en voient pas l'utilité (p=0,004) (cf tableau 13).

« A votre avis et de façon générale, quels sont les principaux freins à l'utilisation d'un interprète professionnel par les médecins généralistes »	**Nombre de médecins généralistes N = 130**
Méconnaissance des structures proposant ce service	**91 (70%)**
Mise en place complexe	**82 (63%)**
Coût	52 (40%)
Allongement de la durée de consultation	39 (30%)
Considéré inutile pendant la consultation	23 (18%)
Défaut de formation des médecins à l'utilisation d'interprète	11 (8%)

Tableau 12 : Freins à l'utilisation d'un interprète professionnel en médecine générale

	Médecins ayant recours N = 108	**Médecins n'ayant pas recours aux interprètes N = 22**	**p (Chi2 ou Fisher)**
Méconnaissance des structures proposant ce service	79 (73%)	12 (55%)	**0,08**
Mise en place complexe	67 (62%)	16 (73%)	0,34
Coût	40 (37%)	12 (55%)	0,13
Allongement de la durée de consultation	32 (30%)	7 (32%)	0,8
Considéré inutile pendant la consultation	14 (13%)	9 (41%)	**0,004**
Défaut de formation des médecins à l'utilisation d'interprète	11 (10%)	0 (0%)	-

Tableau 13 : Freins à l'utilisation d'un interprète professionnel en fonction de la pratique des médecins généralistes

2. Recours à un interprète professionnel si le service est mis à la disposition du médecin généraliste

A la question « Si un service d'interprétariat professionnel était mis à votre disposition par le service public, l'utiliseriez-vous ? », 98 médecins (75%) ont répondu oui, avec néanmoins des « réserves » émises par 2/3 d'entre eux (cf tableau 14). Les médecins restants (25%) ont répondu non. Des facteurs pouvant influencer la réponse à cette question ont été recherchés (cf Tableau 15).

Il est important de relever que les médecins auraient recours à un interprète professionnel mais sous certaines conditions :

- Le service est à réserver aux consultations dite « complexes » (diagnostic d'annonce, éducation thérapeutique, …) (5%)
- Les consultations de médecine générale nécessitent une souplesse et donc un service instantané (39%)
- L'accord du patient pour la présence de l'interprète est nécessaire avant la consultation (1,5%)
- Un service téléphonique est plus adapté au rythme de la médecine générale

Pour 77% des médecins généralistes, l'interprète doit être formé. Les médecins précisaient que le contenu de la formation doit être orienté sur le vocabulaire médical, et le secret médical.

Une partie des médecins émettaient des réticences à la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel, principalement lié à la surcharge administrative que cela représenterait. Pour 35% des médecins, la difficulté à anticiper les consultations en médecine générale (consultations urgentes, non programmée, premier recours…) est un frein à l'utilisation d'interprètes professionnels. (cf tableau 14)

Raisons d'une réponse négative ou des « réserves » émises à l'utilisation d'un service d'interprétariat mis à la disposition des médecins	Nombre de médecins généralistes
Anticipation impossible (consultation urgente ou première consultation)	**45 (35%)**
Surcharge administrative	**31 (24%)**
La présence de l'interprète peut empêcher le patient ou le médecin d'aborder certains sujets (problèmes familiaux ou intimes, maladie grave, santé mentale,…)	11 (9%)
Situation nécessitant un interprète peu fréquente	11 (9%)
N'en ressent pas le besoin, parle plusieurs langues	11 (9%)
Allongement du temps de consultation	10 (8%)
Place du secret médical en la présence d'un tiers non médecin	10 (8%)
Limite dans la retranscription exacte des mots du patient ou du médecin	3 (2%)
Interprètes non formés à recevoir ou traduire une information médicale difficile (maladie grave, charge émotionnelle importante,…)	1 (1%)

Tableau 14 : Réticences du médecin généraliste à la mise en place d'un service d'interprétariat

Nous avons comparé l'activité avec ou sans rendez-vous des médecins ayant émis les réserves suivantes : « nécessite un service instantané », « consultation de médecine générale non anticipée ». Il n'y a pas de lien entre le type de prise de rendez-vous des médecins généralistes et les réserves émises en lien avec l'organisation ou la forme recherchée du service d'interprétariat professionnel, $p = 0,67$.

Le tableau 15 nous montre que certaines caractéristiques des médecins influent sur leur opinion quant à la mise en place d'un service d'interprétariat sur leur lieu d'exercice. En effet, les médecins en cabinet seul, d'âge plus avancé, et le fait qu'ils parlent une autre langue donnent une tendance négative à la mise en place des services d'interprétariat professionnel.
Il est intéressant de relever que les médecins ayant déjà recours à un interprète qu'il soit professionnel ou non, émettent moins de réserve à la mise en place des services d'interprétariat professionnel.

Caractéristiques des médecins généralistes inclus ayant répondu à la question : « Si l'interprétariat professionnel dans le milieu médical était mis à votre disposition, l'utiliseriez-vous ? »	**OUI (N = 34)**	**OUI avec Réserve (N= 64)**	**NON (N=32)**	**p** (Chi2 ou Fischer)
Sexe				
Homme	21 (62%)	38 (59%)	23 (72%)	0,48
Femme	13 (38%)	26 (41%)	9 (28%)	0,48
Moyenne d'âge (années)	50,06	51,14	57,4	**0,005**
Ancienneté dans la pratique				
< 10 ans	7 (21 %)	9 (14%)	5 (15%)	0,70
10-20 ans	9 (27%)	16 (25%)	5 (15%)	0,51
≥ 20ans	18 (52%)	39 (61%)	22 (70%)	0,42
Proportion de patients UELF ou NF				
< 10%	21 (63%)	49 (77%)	22 (69%)	0,30
≥ 10%	13 (37%)	15 (23%)	10 (31%)	0,30
Type d'exercice				
Cabinet seul	10 (30 %)	28 (44%)	18 (56%)	**0,09**
Cabinet de groupe	22 (66 %)	35 (55%)	14 (44%)	0,23
Centre de Santé	2 (5 %)	1 (1%)	0 (0%)	0,24
Type d'activité				
Sans Rendez vous	26 (76%)	42 (66%)	19 (59%)	0,32
Avec Rendez vous	8 (24%)	22 (34%)	13 (41%)	0,32
Indice écologique de « défavorisation » (EDI)				
0	0 (0%)	2 (3%)	2 (6%)	0,34
1	4 (12%)	3 (4%)	1 (3%)	0,27
2	6 (18 %)	18 (28%)	4 (12%)	0,17
3	13 (39%)	25 (40%)	12 (38%)	0,93
4	11 (33%)	16 (25%)	13 (41%)	0,29
Statut linguistique				
Autre langue (OUI)	30 (88%)	46 (72%)	29 (91%)	**0,04**
Bilingue (OUI)	10 (31%)	29 (46%)	14 (45%)	0,29
Recours à un interprète				
Médecins ayant recours à un interprète	31 (91 %)	55 (86%)	22 (69%)	**0,04**
Médecins n'ayant pas recours à un interprète	3 (9%)	9 (14%)	10 (31%)	**0,04**

Tableau 15 : Caractéristiques des médecins en fonction de leur réponse à la question de l'utilité d'un service d'interprétariat

G. Formation des médecins généralistes sur la question de l'interprétariat professionnel

A la question « Avez-vous déjà entendu parler d'un service d'interprétariat médico-social ? », 89 participants (68%) ont répondu non. A cette question, il n'y a pas de différence significative entre la population de médecins ayant recours aux interprètes et celle n'ayant pas recours, p = 0,33.

Sur la population d'étude (N=130), 91% des médecins ont déclaré n'avoir jamais reçu de formation sur l'utilisation d'un service d'interprétariat professionnel durant leur cursus initial de médecine générale ou leur formation continue. En ce qui concerne les 9% de médecins restants, 55% ont été formés lors de leurs stages hospitaliers, et 11% durant une formation continue (type DPC).

Notons aussi que 71% des médecins participants pensent qu'une telle formation leur serait utile.

Parmi les 12 médecins généralistes inclus qui ont recours à un interprète professionnel en consultation 3 ont reçu une formation dans leur cursus.

Parmi les 40 médecins déclarant avoir connaissance de l'existence de services d'interprétariat, 8 ont reçu une formation durant leur cursus.

L'ancienneté de pratique influe de façon presque significative sur l'utilité d'une formation à l'utilisation d'interprètes professionnels (p=0,09).

Utilité d'une formation des médecins généralistes à l'utilisation d'interprètes professionnels	**OUI**	**NON**	**p (Chi2)**
Ancienneté dans la pratique			
< 10 ans	15 (18%)	3 (9%)	0,27
10-20 ans	21 (24%)	5 (15%)	0,33
≥ 20ans	50 (58%)	26 (76%)	**0,09**
Proportion de patients UELF ou NF			
< 10%	52 (57%)	20 (59%)	0,87
≥ 10%	39 (43%)	14 (21%)	0,87
Recours à un interprète			
Médecins ayant recours à un interprète	78 (83%)	29 (83%)	1,0
Médecins n'ayant pas recours à un interprète	15 (17%)	6 (17%)	1,0

Tableau 16: Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu à la question de la formation des médecins à l'interprétariat professionnel

H. Commentaires libres des médecins généralistes participants

Seuls un tiers des médecins ont exprimé un commentaire libre. Ils se sont interrogés à la fois sur les patients concernés par cette problématique mais aussi sur leurs pratiques professionnelles. (Annexe 6)

Pour 8% (N=37) d'entre eux le défaut de communication lors des consultations médicales est vécu difficilement par les patients. Les consultations sans rendez-vous seraient plus adaptées pour les personnes NF ou UELF (cela évite les difficultés de prise de rendez-vous). Pour certains médecins, le recours aux interprètes ne les concernent pas, et selon eux la solution doit être trouvée par les patients : « c'est aux patients de venir avec un interprète », « il est important que les patients apprennent le français ». (annexe 6)

En ce qui concerne leurs pratiques professionnelles, 57% des médecins ne sont pas satisfaits de leurs consultations, et 4% (N=37) pensent que cela peut avoir un retentissement sur la prise en charge des patients (4%, N=37). La présence d'un interprète est indispensable pour certains médecins, au point de refuser de recevoir le patient en consultation (22%, N=37).

Certains pointent la nécessité d'intégrer dans la formation médicale un apprentissage linguistique notamment en anglais (8%, N=37). Des outils d'information sur les services d'interprétariat leur seraient utiles (8%, N=37).

Cette étude quantitative montre que les médecins généralistes à Toulouse reçoivent des patients non francophones ou dit utilisateurs élémentaires de la langue française. Nous avons retrouvé 130 médecins sur les 275 médecins généralistes ayant répondu, confrontés à cette situation. Seuls 9% des médecins ont déjà eu recours à des interprètes professionnels et 74% à des interprètes informels. 17% n'ont jamais recours à un interprète qu'il soit professionnel ou informel, face à un patient NF ou UELF.

Les freins à l'utilisation d'interprète professionnel, selon les médecins généralistes à Toulouse, sont principalement la méconnaissance des structures proposant un service d'interprétariat professionnel et la complexité de sa mise en place. Le coût supposé de ce service par les médecins généralistes de notre étude vient en suivant.75 % des médecins généralistes l'utiliseraient s'il était mis à leur disposition mais pour la majorité avec des réserves. Celles-ci sont liées aux difficultés d'anticiper les consultations en médecine générale, les médecins souhaitent majoritairement un service d'interprétariat instantané en lien avec le rythme des consultations en médecine générale.

91% des médecins généralistes n'ont pas reçu de formation sur la question de l'interprétariat professionnel et 71% pensent qu'une telle formation serait utile.

Cette étude quantitative descriptive est la première étude réalisée à Toulouse sur la question du recours aux interprètes professionnels en médecine générale. Elle permet de faire un état des lieux sur le terrain avant de proposer des solutions. Nous allons dans un premier temps discuter les résultats, puis la méthodologie et nous finirons par les perspectives suite à cette étude.

A- Discussion des résultats

1- Le contexte de travail des médecins

Le contexte de soin des médecins généralistes recevant des patients NF ou UELF n'était pas significativement différent de la population générale, même non incluse dans l'étude. A Toulouse, la majorité des médecins travaillent dans des contextes dits « défavorables » (indice

EDI à 3 et 4). Les médecins exerçant dans les zones avec un EDI à 4 (défavorable) reçoivent une proportion de patients NF (p=0,05) ou UELF (p=0,19) plus importante (> 10%) que l'ensemble des médecins confrontés à ces situations. Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) [111], et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) [112] : « La population de patients migrants est plus exposée à la précarité que le reste de la population. (…) avec des revenus inférieurs de 32% à ceux des ménages non immigrés, toute catégorie socio professionnelle confondues. (…), conditions de logement moins favorables que pour la population française, prévalence élevée de certaines pathologies (VIH, hépatite, diabète…), les enfants présentent un risque de surexposition aux intoxications au plomb et aux accidents domestiques (…) » [112]

La population migrante fait partie des populations les plus touchées par les inégalités sociales de santé. [57,58] Il est intéressant de souligner que les résultats de notre étude rejoignent ces données sous-entendues par le contexte de soins défavorable des médecins généralistes (EDI 3-4).

Il est intéressant de souligner que les centres de santé qui ont répondu sont tous implantés dans des secteurs avec un indice EDI à 4. Ces centres de santé ont un statut associatif dont un des axes de travail est la réduction des inégalités sociales de santé.

2- Patients NF ou UELF : fréquence de consultation et langues parlées

Cette section du questionnaire était laissée à l'appréciation des médecins.

La notion de patient dit UELF est évaluée par le médecin, ce qui laisse place à d'importants biais. Il est d'ailleurs difficile de l'objectiver, mais cela pourrait faire l'objet d'un travail d'étude qualitatif en linguistique.

Les proportions et la fréquence de consultation des patients NF ou UELF est à interpréter avec cette marge d'erreur. Pour que ces caractéristiques soient au plus près de la réalité, il faudrait mener une enquête à partir des données du dossier médical.

En moyenne, la proportion de patients NF représente 1 à 4 % de la patientèle et les patients UELF représentent 10 à 14%. Les médecins ont déclaré majoritairement recevoir en consultation des patients NF et/ou UELF au moins une fois par semaine (35%). Il est intéressant de relever que sur les 38 médecins généralistes (29%) recevant tous les jours des patients NF ou UELF, 52,6 % déclarent que la proportion de ces patients représente moins de 5 % de la patientèle. La fréquence de consultation des patients NF ou UELF chez ces médecins qui ont pourtant une faible proportion de ces patients, pourrait laisser supposer que

les mêmes patients reviennent plus fréquemment en consultation, peut-être en lien avec un problème de compréhension du à l'obstacle linguistique. La littérature précise que les patients NF ou UELF consultent de façon répétée et inutiles dans différents centres de soins pour le même problème par manque de communication lié à la langue. [52,53] Une étude qualitative auprès des médecins généralistes pourrait sans doute corréler l'absence de communication médecin-patient et la fréquence de consultation des patients NF ou UELF. On retrouve également dans la littérature que la présence d'un interprète professionnel réduit le nombre de consultations répétées pouvant engendrer des coûts inutiles [4, 6, 73-74]

En ce qui concerne les langues rencontrées en consultation en dehors du français, les résultats nous posent question. En effet, l'anglais est la langue majoritairement retrouvée (74% des réponses), cependant nous n'avons pas fait préciser si cette langue était la langue première[34] des patients, ce qui pourrait influencer la fluidité du verbe. Nous constatons également que certaines langues n'ont pas été différenciées par les médecins, et mises sous la dénomination « pays de l'est » ou « langue africaine ».

Par ailleurs, 19% des médecins généralistes à Toulouse pensent que les patients NF ou UELF consultent chez eux compte tenu du fait qu'ils maitrisent d'autres langues que le français. Nous remarquons que sur les 96 médecins qui parlent anglais, 77% reçoivent des patients anglophones, sur les 9 médecins qui parlent arabe, 88% reçoivent des patients arabophones, et sur les 40 médecins qui parlent espagnol, 72% reçoivent des patients hispanophones. Nous ne pouvons pas affirmer que le statut linguistique du médecin peut influencer le choix par le patient de son médecin généraliste, cependant nous pouvons envisager cette hypothèse.

D'autre part, 66% des médecins pensent que ce choix se base sur sa proximité. Ce qui rejoint un des fondements de la médecine générale, rappelé lors du congrès de médecine générale de 2012[35] [113]. La pratique des médecins s'oriente en fonction de leur contexte de soins, les médecins déclarent recevoir des patients NF ou UELF car ils sont à proximité de structures accueillant des personnes migrantes, des universités, des écoles, d'entreprises comme AIRBUS ou Méteo France. De la même façon qu'un médecin exerçant à proximité d'une maison de retraite, ferait davantage de la gériatrie ! Nous pouvons ouvrir sur une étude de pratique : évaluer les besoins du quartier avant l'installation des médecins généralistes à partir des données épidémiologiques et démographiques. Cela pourrait permettre d'orienter sa

[34] Ce référer à l'ANNEXE 1 : DEFINITIONS
[35] Limite des interventions lié au conflit d'intérêt lors de ce congrès (McDonald, Coca Cola)

formation continue en fonction, de mettre en place des outils adaptés et dans le même temps d‘adapter l‘offre de soins au territoire.

3- Statut linguistique des médecins

Les médecins déclaraient à 92% maitriser l‘anglais. Dans la population de médecins se disant bilingues (N=43), 86% se disaient bilingues en anglais, aucun ne la déclarait comme langue maternelle. Le terme de « bilingue » a été expliqué à chaque médecin ; cependant le niveau linguistique n‘a pas été objectivé, il a été évalué par le médecin. Ce qui a pu être une source de biais. Nous n‘avons pas retrouvé de point de comparaison dans la littérature sur la population de médecin généraliste en France, mais sur la population générale. Selon l‘INSEE, la France serait au 25ème rang du classement du Test of English as a Foreign Language [36] (TOEFL) [114]. Sur 65 millions d'habitants en France, 2/3 de la population ne parle aucune langue couramment autre que le français. Si l'on s'arrête un instant sur l'anglais, seulement 1 Français sur 5 le parle couramment [114]. Ce qui nous amène à nuancer la notion de bilinguisme déclaré par les médecins généralistes sur la maitrise de la langue anglaise, et porter l‘hypothèse qu‘ils se sentaient à l‘aise dans cette langue. Parallèlement, même si notre étude ne nous permet pas de savoir si l‘anglais est la langue première des patients, on peut néanmoins penser que de nombreux patients anglophones sont issus de pays antérieurement colonisés par l‘Angleterre. Dans cette hypothèse, l‘anglais est parfois une langue seconde et n‘est donc pas toujours parfaitement maitrisée. [115] Si les deux parties ont une maîtrise partielle de la langue apprise, cela peut être là-aussi source d‘imprécision et donc de malentendus.

4- Recours aux interprètes

Cette étude nous montre qu‘à Toulouse, seuls 9% des médecins généralistes ont recours à un interprète professionnel face à un patient NF ou UELF, 74% à un interprète informel et 17% n‘ont jamais eu recours à un interprète.

[36] Test d'anglais langue étrangère est un test standardisé payant qui vise à évaluer l‘aptitude à utiliser et comprendre la langue anglaise dans un contexte universitaire pour ceux dont ce n‘est pas la langue maternelle.

4.1. Facteurs pouvant influencer le recours aux interprètes

En termes de stratégie de communication, les médecins généralistes ont moins recours aux interprètes face à un patient UELF que NF. Ce qui amène à penser que les patients UELF pourraient être moins compris que les patients NF qui sont eux accompagnés d'un interprète. Dans le cas des patients UELF, la communication médecin-malade, même altérée, semble donner l'impression aux médecins d'avancer dans la consultation ou le sentiment d'avoir été compris par le patient. Une question sur les raisons de leur choix de communication aurait pu être envisagée pour approfondir la réponse. Elle pourrait être approfondie au cours d'une étude qualitative sur la relation médecin-patient. In fine, il y a une différence significative de stratégie de communication face à un patient NF ou UELF, le recours aux interprètes se fait préférentiellement pour les patients NF.

Il y a aussi des facteurs qui n'influent pas sur la stratégie de communication des médecins généralistes face à un patient NF ou UELF : le sexe, l'âge, la proportion de patient NF ou UELF reçus en consultation, ainsi que le contexte de soins (indice EDI)

En revanche, le statut linguistique et le nombre de langues rencontrées en consultations en dehors du français influent sur la pratique du médecin généraliste.

Le niveau de maîtrise de la langue parlée par le médecin généraliste influe sur sa stratégie de communication, les médecins se déclarant bilingues ont tendance à ne pas avoir recours aux interprètes, ce qui laisse supposer qu'ils se retrouvent à avoir une langue commune avec le patient. Par ailleurs, plus ils rencontrent de langues différentes en consultation et plus ils ont recours aux interprètes (cf tableau 7).

4.2. Médecins ayant recours aux interprètes

4.2.1. Interprètes professionnels à Toulouse

Parmi 9% de médecins ayant recours aux interprètes professionnels, il est important de souligner que seuls deux médecins généralistes ont pris l'initiative de le mettre en place dans leur structure de soin, ces médecins travaillent en centre de santé associatif. Pour les dix autres médecins déclarant avoir recours à un interprète professionnel, nous soulignons que ce sont les structures d'hébergement qui organisent les accompagnements vers les médecins généralistes de ville avec un interprète professionnel. L'accès à ces interprètes n'est pas systématique.

Il y a deux associations à Toulouse qui proposent des interprètes professionnels en milieu médico-social, COFRIMI et Collectif Associatif Régional des Médiateurs Interprètes (CARMI)[37]. Ces deux associations (seule l'une d'elle est signataire de la charte des interprètes professionnels) ont des subventions et des missions très spécifiques. Leurs missions ne sont pas orientées vers les médecins généralistes, mais vers : les centres d'hébergement d'urgence, les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS)[38], les lits Halte Soins Santé[39], les centres de santé, les centres de soins portés par des associations caritatives.

Lorsque les médecins généralistes énoncent les CADA comme structures ayant des interprètes, c'est probablement par méconnaissance, car ce sont des centres d'accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile, ils ont néanmoins des financements pour solliciter COFRIMI ou CARMI afin d'accompagner leurs résidents. A Toulouse, le Centre Hospitalier Universitaire a créé un réseau d'interprète qui n'est pas accessible aux médecins généralistes. Pour synthétiser, en soin de premier recours à Toulouse, il n'y a pas de dispositif financé par le service public permettant un accès à des interprètes professionnels. En revanche, un centre de santé de soins primaires a mis en place un dispositif dans sa structure, financé par le service public, et permet un accès à des interprètes professionnels par téléphone, l'organisme sollicité est Inter Service Migrant.

En France, l'association MSA a mis place un accès à des interprètes professionnels pour les professionnels libéraux dans 19 langues, et accessible pour 8 villes d'Alsace. Nous reviendrons sur cette initiative unique en France. Les avantages du recours à des interprètes professionnels ont été décrits dans le contexte.

4.2.2. Interprètes informels, une stratégie à éviter

74% des médecins généralistes ont recours à des interprètes informels. Ces interprètes sont soit un membre de la famille, un membre de l'entourage, un ami ou un autre accompagnant. 81% des médecins généralistes ont déclaré que l'interprète sollicité avait été

[37] Carmi : Collectif Associatif Régional de Médiateurs Interprètes, Des interprètes-médiateurs qualifiés, formés à la consultation médical, sociale ou psychologique et soumis au respect d'une éthique professionnelle ainsi qu'au devoir de discrétion.

[38] CHRS : est une catégorie d'établissements sociaux intervenant dans le domaine de l'accueil, de l'hébergement et de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation d'exclusion. Les CHRS relèvent du champ de compétence de l'État. La tarification, le financement, le contrôle et le suivi de ces établissements sont assurés dans les territoires par les DRJSCS (Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale) qui s'appuient à cette fin sur les DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale) ou DDCSPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations).

[39] Lits halte de soins de santé : structures médico-sociales, propose une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, **sans nécessiter une hospitalisation**, n'est pas compatible avec une vie à la rue.

au moins une fois un mineur. Tout d'abord aucune étude n'a évalué l'impact du rôle de l'enfant en tant qu'interprète, mais il semble que cela relève du bon sens [9]. D'ailleurs, l'étude de la PASS de 2008 signalait *« Le fait d'utiliser des enfants comme interprètes informels non seulement augmente le risque des erreurs d'interprétation, mais place également une responsabilité insoutenable sur les épaules des enfants. »* [3].L'étude de la DGS de 2012 ne soulève pas ce problème.

Nous allons à partir de l'étude de la DGS de 2012 [33] et de la PASS [3] pour décrire les difficultés liées aux recours à des interprètes informels :

- Tendance à rajouter des informations dans le but de clarifier le message, minant souvent l'information fournie par le patient lui-même [49]
- Ils sont susceptibles de donner leur avis personnel ou d'omettre de poser des questions qu'ils jugent embarrassantes. [6]
- Dirige la consultation et parle à la place du patient [116,117]
- Dans une étude sur la transcription des entretiens cliniques par des interprètes informels : 66,1% des segments de conversations traduits contenaient des erreurs majeures de traduction et des omissions [118,119]

Les conséquences d'erreur de traduction sont similaires à celles retrouvées en l'absence d'interprète :

- Augmentation des coûts liés aux soins inutiles [52]
- Erreurs diagnostiques [52]
- Augmentation des consultations aux services des urgences [52]
- Limite la confidentialité, obstacle sur certaines questions de santé sensibles telle que la sexualité [54, 69, 120]

Le ressenti des patients accompagnés est peu évalué. L'étude de la DGS [33] a permis de montrer que les patients NF accompagnés auraient préféré un interprète professionnel.

En ce qui concerne les accompagnants des patients, ils ne sont pas prêts à recevoir des informations médicales concernant leurs proches, et ne maîtrisent pas le jargon médical. Il semble que la traduction des consultations, cumulée au rôle d'éducateur en santé et de soutien familial, signifie une disponibilité et une responsabilité supplémentaire pesante pour l'accompagnant familial, alors même que l'importance du rôle d'aidant familial est de plus en plus soulignée pour le soutien thérapeutique et la qualité de vie du malade chronique. Ce rôle est identifié comme crucial mais aussi extrêmement lourd à tenir dans la durée si les

interprètes professionnels ne sont pas mobilisés, permettant ainsi à chaque membre de l'entourage du patient de « garder sa place », en particulier les enfants des patients NF ou UELF. Le Ministère de la santé l'inscrit dans le plan pour la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique : « *L'accompagnement des personnes malades repose aussi, de façon peut-être moins visible mais tout aussi déterminante, sur des aidants proches (conjoints, ascendants, descendants, membres du voisinage) dont le rôle va du soutien aux tâches de la vie quotidienne jusqu'à l'accompagnement à la démarche de soins. La charge pesant sur cet entourage est souvent lourde, faute d'aides professionnelles mobilisées ou adaptées* ». [121]

L'assistance d'un interprète professionnel peut être un soulagement au cours de la consultation pour l'accompagnant familial, en lui permettant par ailleurs de jouer pleinement son rôle de soutien dans la vie quotidienne, et en respectant l'autonomie du patient. [33, 122]

4.2.3. Sur place ou par téléphone

Qu'il soit professionnel ou informel, l'intervention de l'interprète peut être sur place ou par téléphone. Il est à noter, que les services d'interprétariat professionnel associatifs sont principalement sur place, sauf Inter Service Migrant qui propose un service s'interprétariat professionnel par téléphone accessible partout en France. Nous n'avons pas retrouvé d'étude qui compare ces deux moyens d'interventions, ni sur la question de la temporalité en consultation, ni sur la qualité de soins. En revanche, une étude Karlsen et Haabeth (1998) [123] souligne l'avantage des services d'interprétariat par téléphone, car ils garantissent l'anonymat des patients et réduisent leur crainte de devenir victime des rumeurs, ce qui réduit le risque d'occulter des informations importante.

4.3. Médecins n'ayant jamais eu recours aux interprètes

17% des médecins généralistes n'ont jamais eu recours aux interprètes. Nous ne pouvons pas affirmer les raisons de l'absence de recours aux interprètes. Cependant, certains éléments du questionnaire orientent sur ces raisons : le statut linguistique des médecins (« parle une autre langue », « bilingue »), ou lorsque les médecins ne ressentent pas le besoin d'une bonne compréhension linguistique au cours de la consultation. La proportion de patients NF ou

UELF n‘est pas significativement différente dans la population de médecins ayant recours et ceux qui n‘ont jamais eu recours aux interprètes.

A la question « Pensez-vous que le recours à un interprète améliorerait le déroulement de vos consultations ? », 50% des réponses des médecins remettaient en cause la présence de l‘interprète en consultation (*« complique la consultation du médecin par l'interaction à 3 », « la présence d'un tiers peut être vu comme une intrusion remettant en cause le lien de confiance et de confidentialité en consultation de médecine générale »*). Il est intéressant de confronter le ressenti des médecins généralistes à une thèse de médecine générale sur « Effets de l‘interprète professionnel sur la pratique du médecin généraliste. Entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes utilisateurs de l‘interprétariat professionnel » [100]. Cette étude qualitative montre que les médecins ont vécu cette consultation triadique avec aisance grâce à la neutralité de l‘interprète. Les compétences professionnelles des interprètes ont été reconnues et appréciées. Nous pouvons donc penser que les médecins qui connaissent les services d‘interprétariat en milieu médico-social en voient les bénéfices, ce qui va dans le sens de la promotion de cette pratique.

La réponse des médecins *« complique la consultation du médecin par l'interaction à 3 »* nous amène à la réflexion sur le pouvoir médical. La triade médecin-patient-interprète le remet en question. Le médecin a l‘habitude de maitriser la consultation, de mener un entretien, de détenir le savoir, dans cette triade, il n‘a plus le savoir absolu et requiert une aide pour comprendre et être compris. Il est également regardé par une tierce personne qui est l‘interprète. Un autre professionnel que lui-même qui s‘immisce dans la consultation. Ce qui se passe habituellement entre le médecin et le patient est cette fois ouvert au regard d‘un autre. L‘interprète a un impact sur ce colloque « singulier et asymétrique » que représente la relation médecin-patient. Il serait intéressant d‘évaluer cela au décours d‘une étude qualitative, analysant les interactions entre les trois acteurs et la prise de parole et de pouvoir des uns et des autres. Par exemple, le temps de parole du médecin est modifié par le temps nécessaire à la traduction ce qui n‘est pas sans conséquence sur sa position habituelle dans la consultation.

5- Moyens de communication en l'absence d'interprète

Il est intéressant de constater que les médecins utilisent les gestes et les regards pour compenser l‘absence de communication verbale. Comme nous l‘avons détaillé dans le contexte, en l‘absence de parole, la communication non verbale est plus expressive [24]. Les

médecins compensent l'absence de verbe par la surexpression des mouvements du corps. Nous n'avons pas intégré cela à nos réponses, mais cela explique aussi que lorsque le médecin et le patient ne peuvent pas communiquer, le médecin hausse le ton de la voix pour se faire comprendre, comme si le patient était sourd. En ce qui concerne l'emploi d'une langue commune avec le patient, nous émettons des réserves sur le niveau linguistique du médecin et du patient (cf au paragraphe A, 3 de la partie discussion).

Pour les moyens de communication par internet, il y a plusieurs réserves, notamment sur la forme. Plusieurs études ont analysé les conséquences sur la relation médecin-patient [124].En centralisant le regard du médecin sur l'ordinateur, et non plus sur le patient. Cette position adoptée par le médecin a une influence négative sur la communication non verbale, ce qui dans des situations ou la communication verbale est absente, ne laisse plus de place à un échange même non verbal.

Par ailleurs, « traducmed » est l'outil internet le plus élaboré pour la médecine générale, néanmoins, il est axé uniquement sur le médecin, et non le patient. Il n'y a pas de volet si le patient souhaite poser une question au médecin. Ce qui renforce la position hiérarchique du médecin, et ne donne pas une dimension d'échange.

6- Freins à l'utilisation d'interprètes professionnels

Certains freins exprimés par les médecins généralistes sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature. Nous allons présenter les trois principaux freins déclarés par les médecins généralistes.

6.1. La méconnaissance des structures proposant ce service

La méconnaissance des structures proposant ce service est un obstacle important et correspond à 70% des réponses dans notre enquête. La question de l'interprétariat en milieu médico-social n'est pas abordée dans la formation des médecins généralistes dans la plupart des cas comme nous l'aborderons plus loin. La promotion de ces services auprès des professionnels de santé n'est que très récente. Elle est le fruit des actions menées sur le terrains de divers associations travaillant sur la question des droits des patients migrant, exilés ou simplement de passage, en particulier Inter Service Migrant à l'origine du colloque en

2010 au ministère de la santé. Il est intéressant de relever dans la littérature, que certaines études pointent l'obstacle de la méconnaissance, même lorsque les services d'interprétariat sont disponibles, ils sont soit inconnus des professionnel de santé soit sous-estimés et donc sous-utilisés avec une dépendance à l'utilisation d'interprètes informels. [52, 125, 126]

6.2. Les difficultés pour la mise en place de ces services

Les difficultés de mise en place des services d'interprétariat sont un frein relevé dans notre étude et ressortent également de l'étude de la Direction Général de la Santé.

Le temps fait partie des éléments importants conduisant les professionnels à être réticents pour recourir à un interprète professionnel dès lors qu'ils craignent que la gestion des flux des patients soit perturbée. Burbano [125] avance l'idée que la perception du « temps perdu » pour rechercher un interprète représente une raison importante pour ne pas utiliser les services d'interprétariat sur place ou par téléphone.

Par ailleurs, comme le soulignent les médecins, les réserves liées à la mise en place d'un service d'interprétariat sont liées à la charge administrative que pourrait représenter le recours à un tel service extérieur à leur lieu de travail. Cela pourrait demander à la fois de la coordination mais également une organisation administrative (formulaire de demande à remplir etc..). La thèse de médecine générale réalisée à Strasbourg auprès des médecins généralistes ayant recours aux interprètes professionnels relève cette difficulté dans l'étude qualitative, faire intervenir un interprète leur a demandé une organisation particulière avec parfois des difficultés dans la prise de rendez-vous. [100]

Les consultations en médecine générale ne peuvent pas toujours être anticipées, comme le soulignent les médecins ayant participé à l'étude (35% des réponses). Les difficultés d'anticipation des consultations et la nécessité d'un service instantané sont ressenties par tous les médecins, qu'ils aient ou non une activité sans rendez-vous. C'est pourquoi, dans notre étude, les médecins proposent pour pallier ce frein, de mettre en place un service souple et instantané, avec une simplicité administrative et limitant la «perte de temps ». La plupart des associations proposant des services d'interprétariat professionnel, notamment les interventions sur place, nécessitent une organisation, et une disponibilité de l'interprète. En général, la gestion des demandes se fait soit par mail soit par courrier. Les demandeurs sont informés dans un second temps, avec des délais de réponse pouvant aller jusqu'à une semaine après la demande. Le manque de structures et d'interprètes formés en

particulier dans le milieu médico-social rend difficile d'accès ces services, en plus des difficultés de mise en place liées aux problématiques des médecins généralistes que nous venons de voir.

En dehors du temps organisationnel et de la charge administrative que craignent les médecins, le risque d'allonger le temps de consultations par la présence d'un tiers est source de débat. Certaines études montrent que le temps est allongé, mais il est difficile de conclure ni de l'estimer. [6, 42, 77, 127] Cependant, d'après l'étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes ayant recours aux interprètes professionnels à Strasbourg, sa présence est vécue par certains comme un gain de temps. Les médecins ont su mettre à profit le temps de traduction.

6.3. Le coût lié à ces services

Le coût des services d'interprétariat est le troisième frein à la mise en place de ces services selon les médecins (40% de réponses). Des études documentées, conduites au Canada, en Grande Bretagne, et en Belgique ont illustré les incidences positives en termes de coût liées au recours à un interprète dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Mais aucune donnée n'est disponible sur le fait que les interprètes professionnels réduisent les coûts totaux. La DGS avait pour charge de répondre à cette question, mais le travail n'a pas abouti sur la question financière. Cependant, il semble que les avantages sur la santé des patients est incontestable et certains outils ne peuvent être considérés comme « superflus ». Le débat sur la question financière est plus large, il questionne sur la gestion des fonds publics en matière de santé et non uniquement sur la question du coût des services d'interprétariat. En particulier à l'ère de la surmédicalisation[40] et de la prévention quaternaire[41]. Les discussions actuelles sur « en faire trop en médecine »[42]

[40] Surmédicalisation : Prescription et consommation excessives de médicaments ou de soins médicaux.

[41] Prévention quaternaire : correspond à l'action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Ce nouveau concept de prévention quaternaire correspond en fait à l'adage Primum, non nocere : c'est la prévention de la médecine non nécessaire, ou la prévention de la surmédicalisation. (Jamoulle M, Roland M. Quaternary prevention. Wonca Classification Committee, HongKong, 1995.)

[42] Extrait de la revue Pratiques N°63 « en faire trop ? », « Il semble que ce soit le problème de la médecine moderne, depuis quelques décennies. Toujours plus de diagnostics, de traitements pseudo-innovants, de dépistage entraînant des traitements iatrogènes, de prévention… Mais au bénéfice de qui et est-ce toujours bon pour la santé ? Rien n'est moins sûr. Des voix s'élèvent pour remettre en cause ce principe, avec des arguments scientifiques, logiques, humanistes, critiques. Trop de dépistage fait souffrir, trop de traitements comportent des dangers, trop de médicalisation de la vie empiète sur la liberté. Comment trouver le juste milieu, le suffisant, efficace et non délétère ? Il convient de le chercher ensemble, soignants, scientifiques, penseurs et usagers. Sans oublier les domaines où l'on n'en fait pas assez, quand médecine et société créent des inégalités. »

nous interrogent, alors que les bases-mêmes de la communication dans la relation médecin patient ne sont pas encore acquises. Une étude sur les perspectives économiques sera utile. Actuellement, du point de vue des financements publics pour le recours à l'interprétariat professionnel en soin primaire, seule l'Agence Régional de Santé d'Alsace a financé l'initiative de Migration Santé Alsace.

Enfin il nous semble important de souligner que 75% des médecins généralistes à Toulouse utiliseraient les services d'interprétariat professionnel s'ils étaient mis à leur disposition. Les médecins d'âge plus avancé sont plus réticents au recours à un nouveau dispositif (cf tableau 15), et ceux qui ont eu recours aux interprètes informels sont plus demandeurs de sa mise en place. (cf tableau 15)

7- Formation des médecins et des interprètes professionnels

Composer en consultation avec un interprète professionnel nécessite un savoir-faire et un savoir-être indispensable à acquérir. Notre étude le montre, les médecins ne sont pas formés, mais pensent que cette formation serait utile. La question de la formation de ce binôme est également documentée. Il a été observé que les professionnels de santé qui ont reçu une formation pour l'utilisation des services d'interprétariat y font appel plus souvent et sont davantage satisfaits par les résultats [128, 129]. Néanmoins, l'utilisation des services d'interprétariat professionnel, que ce soit sur place ou par téléphone, nécessite la reconnaissance de leur utilité, et un dispositif capable de faciliter un accès rapide aux différentes stratégies disponibles et de procéder à une évaluation continue de leurs besoins [5]. La DGS [33] préconise d'intégrer à la formation initiale des médecins et des autres soignants l'existence des services d'interprétariat, ainsi que d'informer les médecins sur les bases de la profession d'interprète dont le secret professionnel.

Un module de formation traitant cette question a été proposé dans la formation initiale des internes de médecine générale à Toulouse et a été apprécié par les internes en formation, cependant celui-ci n'est plus d'actualité.

Les associations proposant les services d'interprètes professionnels mettent à la disposition des professionnels de santé des fiches d'information sur le dialogue à trois. (annexe 9)

En ce qui concerne les interprètes, nous avons vu les avantages de la formation. Il nous semble important de préciser que le contenu de la formation des interprètes a été

uniformisé sur le plan national via la charte des interprètes professionnels de 2012. C‘est donc une profession qui se structure et se formalise de plus en plus. Il existe un diplôme universitaire d‘interprète et médiation à l‘université Paris Diderot depuis 2012, à l‘initiative d‘Inter Service Migrant. Les interprètes sont formés au sein de leur association, sans homogénéisation du contenu, et sans garantie que la formation a été suivie. En ce qui concerne les interprètes du secteur privé, nous n‘avons aucune donnée sur leur formation et leur financement, on notera aussi que certaines entreprises ont comme partenaire des firmes pharmaceutiques[43].

Par ailleurs, la formation des interprètes professionnels est particulièrement utile lors des interventions sur des sujets complexes et sensibles telles que les cancers chez l‘enfant [130], la santé mentale des réfugiés [131] et lorsqu‘il s‘agit de termes techniques qui n‘ont pas d‘équivalent clair dans la langue du patient [67]. Un interprète formé pallie certaines craintes des médecins recensées tableau 14 (comme le respect de la confidentialité, la qualité de la retranscription, les difficultés posées par l‘annonce d‘une mauvaise nouvelle…). C‘est pourquoi il est important que les médecins connaissent aussi le contenu de la formation des interprètes.

8- Commentaires

Parmi les médecins ayant exprimé un commentaire libre, 57% des médecins déclarent ne pas être satisfaits de leur consultation. Cela rejoint la littérature, les études prouvent que l'utilisation des interprètes professionnels augmente le niveau de confiance et de satisfaction et réduit le risque de problèmes de santé liés aux barrières linguistiques [35, 66]. L‘utilisation d‘interprètes professionnels améliore la qualité des soins et la satisfaction des patients n‘ayant pas une langue commune avec le médecin et réduit ainsi les inégalités dans les soins de santé.

[43] Exemple : easytranslate, partenaire des laboratoires Bayer.

B- Atouts et limites de l'étude

1- Les limites de l'étude

Notre étude présente un biais de sélection, en effet, il n'existe pas de base de données concernant la population étudiée, c'est-à-dire les médecins généralistes à Toulouse recevant des patients NF ou UELF. Nous n'avons pas pu la définir de façon exhaustive car tous les médecins n'ont pas répondus aux questions sélectives permettant de savoir s'ils recevaient des patients NF ou UELF. Malgré la ressemblance significative entre la population interrogée et l'ensemble des médecins généralistes, nous ne pouvons cependant pas conclure sur la ressemblance avec la population que nous avons voulu étudier compte tenu du biais déclaration.

De plus, le nombre de non répondants est significatif (44%), ce qui pourrait représenter également un biais de sélection.

Il est important de signaler les biais de mémorisation et de déclaration. Il est possible que dans les dires des enquêtés, les personnes aient pu exagérer, dissimuler consciemment ou non, se méprendre, répondre au hasard. L'appréciation que les médecins ont de leur propre pratique n'est peut-être pas le reflet exact de la réalité de celle-ci.

Par ailleurs, le sujet est sensible et cela pour plusieurs raisons. D'une part car le patient migrant est un sujet politique d'actualité et d'autre part le sujet de l'étude remet en question un point central de la relation médecin-patient : la communication. Par conséquent, des biais de déclaration peuvent influer les résultats. Un autre biais de déclaration est lié au contexte de recueil des données, les médecins étant la plupart du temps liés par la consultation en cours ou entre deux rendez-vous. Par ailleurs, il semble que les études quantitatives se développent auprès des médecins généralistes pouvant amener à un « trop plein », exprimé par certains de nos enquêtés et limitant la compliance à notre étude. Certains n'ont pas accepté de répondre car le recueil par téléphone ne leur convenait pas.

Enfin, il existe aussi un biais lié à l'enquêtrice, en lien à l'attachement à ce sujet, ayant une utilisation régulière de l'interprétariat professionnel, cela a pu influencer la conception du questionnaire.

L'absence de différence statistiquement significative dans plusieurs des tests comparatifs peut venir du fait que cette différence n'existe effectivement pas, ou bien que l'étude n'était pas assez puissante (effectif) pour la mettre en évidence.

La structure et la conception de la recherche quantitative a également tendance à générer des résultats prouvés ou seulement à prouver, ce qui veut dire, avec peu de "zones d'ombre" et d'incertitude. Pour les sciences humaines et sociales, les choses sont plus complexes qu'une simple réponse par oui ou non, cette étude quantitative doit s‘ouvrir sur une méthode qualitative pour prendre en compte ces complexités.

2- Atouts de l’étude

Deux cent soixante-quinze médecins ont répondu par téléphone sur les quatre cent quatre-vingt-huit médecins généralistes à Toulouse. Ce taux nous parait satisfaisant (56%) au vue des difficultés souvent rencontrées pour toucher la majorité des médecins (approche téléphonique, médecins en consultation, …) et de la densité médicale importante de Toulouse. Le préavis d‘enquête envoyé par mail à plus de la moitié des médecins généralistes a pu améliorer la compliance à l‘étude. La force de l‘étude est que l‘échantillon est représentatif de la population générale.

Les questionnaires comportaient des questions à choix multiple ou unique mais également des questions ouvertes, ce qui nous a permis d‘étudier différentes dimensions du sujet et notamment une première approche des pratiques des médecins. Le questionnaire a fait office de prétest pour limiter au maximum les biais liés à la forme et au fond des questions.

La standardisation du questionnaire est une force permettant de limiter les biais au niveau individuel. Le mode de recueil des données par téléphone a permis de recueillir des réponses exhaustives, et personnalisées.

L‘analyse des questions ouvertes s‘est faite par consensus (quatre professionnels, cf méthodologie), ce qui a permis de limiter le biais d‘interprétation. Certains résultats ont pu être confrontés à la revue de la littérature.

La réalisation du sujet est en lien avec des problématiques rencontrées sur le terrain ainsi qu‘avec l‘intérêt de l‘enquêtrice pour le sujet, tant sur la relation médecin-patient que, plus largement, sur la communication. Ces éléments ont été un moteur pour l‘aboutissement de cette étude. Le plaisir d‘avoir créé ce sujet, de poser la problématique et d‘utiliser une méthode pour y répondre sont des éléments positifs ayant permis de dépasser les obstacles liés

à l‘enquête (médecins refusant de répondre, ne rappelant pas…). La recherche de la qualité fut une des clés de l‘étude, c‘est pourquoi nous avons sollicité des personnes référentes tant sur la méthodologie de l‘étude quantitative que sur la question de l‘interprétariat professionnel en soins primaires.
C‘est la première étude quantitative sur le sujet, elle permet d‘ouvrir sur des études qualitatives. Elle permet également de partir des problématiques de terrain pour proposer des solutions adaptées aux besoins.

C- Perspectives sur la question de l’interprétariat professionnel en milieu médico-social et sur la communication dans la relation médecin-patient

1- Développer des travaux de recherches

Maintenant que nous avons objectivé la problématique des médecins généralistes à Toulouse, il semble que des solutions puissent être envisagées. En effet, une étude pilote en lien avec l‘ARS Midi Pyrénées permettrait d‘évaluer le dispositif le plus adapté. Avant de la réaliser, un lien avec l‘ARS d‘Alsace qui, pour rappel, finance un dispositif d‘interprètes professionnels pour les médecins généralistes, permettrait de recenser les limites du dispositif pour ne pas les reproduire, et les avantages pour les promouvoir auprès de la population médicale. A Toulouse, les médecins généralistes souhaitent un dispositif simple, facile d‘accès et ne nécessitant pas d‘organisation. Or, le dispositif de MSA ne remplit pas ces critères. Nous rappelons également que les orientations du plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées s‘axe sur la réduction des inégalités sociales de santé L‘accès aux droits et aux soins des personnes migrantes, exilées, ou simplement de passage rentre dans ces priorités. [132]
Une étude pilote, appelant à coordonner l‘INSERM, l‘ARS Midi-Pyrénées, des associations proposant des services d‘interprétariat professionnel ainsi que celles travaillant sur le terrain auprès de ces populations, dans le but de mettre en place un dispositif permettant l‘accès pour les médecins généralistes toulousains aux interprètes professionnels. Elle serait composée d‘un volet sur la promotion de l‘interprétariat professionnel à destination des médecins (formation initiale et continue, diffusion de fiches d‘informations), d‘une évaluation économique et de faisabilité auprès des médecins généralistes à Toulouse. Ce dispositif

pourrait être à l‘image de celui mis en place en Alsace par Migration Santé Alsace, en lien avec des financements publics et en prenant davantage en considération les réserves des médecins généralistes, notamment concernant la nécessité d‘un service instantané : l‘interprétariat par téléphone semble être un dispositif adapté aux soins primaires et demande à être expérimenté à travers cette étude pilote.
Lors du colloque de 2010 au Ministère de la Santé sur la question de l‘interprétariat professionnel en milieu médico-social, il est souligné :
« (…) les agences régionales de santé (ARS) doivent être encouragées à développer les partenariats entre interprètes et professionnels de santé. Interventions ponctuelles d'interprètes, ou même assistance linguistique plus large et plus permanente dans les services d'accueil, grâce à des outils diversifiés : toutes ces expériences doivent être mutualisées et évaluées, pour ensuite permettre de développer les plus efficientes d'entre elles. (…) A l'évidence, des efforts doivent être faits pour encourager, là où s'expriment des attentes et des besoins, le recours à l'interprétariat. » [86]

Par ailleurs, sur le plan national, un travail a déjà commencé, puisque les services d‘ISM Interprétariat ont un partenariat dans le cadre d'une convention pluriannuelle financée par le ministère de la Santé. Il permet aux consultations hospitalières et aux centres de dépistage de bénéficier d‘une assistance linguistique, pour la prévention ou la prise en charge de patients atteints de VIH, d‘hépatites et de tuberculose. C‘est à partir de ce partenariat que la Direction Générale de la Santé (DGS) a conduit une évaluation médico-économique, pour établir des recommandations à l‘échelle nationale et proposer des modalités de prise en charge harmonisée sur le territoire national. Cependant, nous soulignons que le travail a été mené sur certaines pathologies : VIH, tuberculose et diabète. Pour rappel, la DGS n‘a pas conclu sur le plan économique, mais elle a permis de poser l‘importance de l‘interprétariat professionnel. Elle a proposé de cantonner l‘interprétariat aux maladies chroniques, à l‘annonce de pathologies graves et à l‘éducation thérapeutique. Néanmoins, les médecins généralistes ayant recours à des interprètes professionnels à Strasbourg [100] ont déclaré dans l‘étude qualitative, qu‘il n‘est pas évident de restreindre l‘intervention des interprètes professionnels. La médecine générale étant le premier recours, elle rencontre une diversité beaucoup plus large, et nous pouvons supposer que le cadre posé par la DGS, orienté vers le secteur hospitalier, ne répond pas aux attentes des médecins généralistes et à leurs problématiques. La prochaine étude pilote doit prendre en compte le contexte spécifique des soins primaires.

Pour compléter les travaux sur la relation médecin-patient, une étude peut être proposée en utilisant la méthode d'INTERMEDE[44] pour analyser la relation médecin-patient, centrée sur les représentations du médecin des « cultures » de l'autre et sur l'impact que cela peut avoir sur la qualité des soins (surmédicalisation, sous médicalisation, erreurs médicales…). Cela permettrait d'intégrer dans les modules traitant la relation-médecin patient et la communication, la question des représentations des médecins et l'impact sur le soin.

2- Développer la Formation

La méconnaissance globale rencontrée au cours de l'enquête sur l'existence de services d'interprétariat professionnel, conduit à préconiser d'intégrer la question des patients NF ou UELF dans la formation initiale des médecins généralistes, en présentant les modalités pratiques les plus simples possibles de recours à des interprètes professionnels. Il conviendrait de préciser dans cette formation que les interprètes professionnels sont soumis aux obligations du secret professionnel et de la neutralité. D'autant plus que composer en consultation avec un interprète professionnel nécessite un savoir-faire et un savoir-être indispensable à acquérir. La DGS et le Ministère de la Santé le soulignent, notamment lors du colloque de 2010 *: « En matière de formation, de recherche, d'évaluation, j'invite les universités à s'emparer de la question de l'interprétariat dans le domaine de la santé. »* [86]

La question de l'interprétariat professionnel, peut s'intégrer dans un module de formation sur la question de la communication médecin-patient, présentant les différentes techniques d'entretien, les particularités dans la relation médecin-patient (rapport hiérarchique, représentations, …) et les outils en cas d'obstacles pour une bonne communication. Ces obstacles peuvent être notamment liés au défaut de langue commune entre le médecin et le patient, mais aussi à un handicap auditif, à un trouble de la parole. Ce module de formation

[44] INTERMEDE : projet qui s'appuie sur la collecte d'un corpus de consultations en médecine générale qui fait l'objet de questionnements disciplinaires complémentaires. Le rôle d'une équipe de linguistes dans cette collaboration interdisciplinaire est de mettre en place une méthodologie et de produire des résultats qui apportent aux partenaires sociologues et médecins des éléments de compréhension des mécanismes de l'interaction patient/médecin. L'objectif est de caractériser la diversité des types d'interactions que suscite la relation de consultation, de manière à pouvoir, dans un second temps, établir leur corrélation avec des caractéristiques sociales du patient. A l'origine du projet INTERMEDE : INSERM UMR1027, CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Université Toulouse III, LISST CIEU UMR 5193, Université de Toulouse Le Mirail; SOI-PRISMH, EA 3690, Université Toulouse Paul Sabatier, UFR STAPS; CLLE-ERSS UMR 5263, CNRS, Université de Toulouse Le Mirail; LERASS, EA 827.

doit s‘intégrer à la formation initiale. Il serait aussi intéressant que des sociologues et anthropologues s‘emparent de la question auprès des jeunes médecins.

Promouvoir une bonne communication dans la relation médecin-patient, et les outils pour lever les obstacles est un point essentiel pour améliorer nos pratiques, tout aussi important que la question de l‘EBM. La question de la communication dans la relation médecin-patient ne doit pas être abordée uniquement sur le versant théorique, des ateliers pratiques ou des consultations supervisées par vidéo [133] doivent être explorés. Ces vidéos pourraient être rediscutées par exemple en groupe d‘atelier d‘échanges de pratiques.

CONCLUSION

Cette étude quantitative réalisée par téléphone auprès de 488 médecins généralistes à Toulouse, nous a permis de répondre à notre question de recherche. Il s'agissait d'observer la pratique des médecins généralistes à Toulouse, et d'envisager des solutions sur la question de l'interprétariat professionnel en soins primaires. La communication s'inscrit parmi les 11 caractéristiques définissant la médecine générale énoncées par l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), *« la médecine de famille utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* » [13].

Les médecins généralistes toulousains sont amenés à avoir en consultation des patients non francophones ou dit « utilisateurs élémentaires » de la langue française. Quelques médecins ont recours à des interprètes professionnels, mais pour la plupart, ce n'est pas de leur propre initiative. L'interprète informel est la stratégie de communication préférentielle des médecins généralistes à Toulouse face à un patient NF ou UELF. Les enfants mineurs peuvent se retrouver dans cette triade en consultation médicale. C'est un des nombreux arguments pour remettre en question cette pratique de fortune ayant un impact sur la qualité de soins, la confidentialité, l'autonomie du patient et le ressenti des accompagnants. La littérature et le ministère de la santé posent et promeuvent les avantages de l'interprétariat professionnel en milieu médico-social. Il permet d'assurer une qualité de soins, une confidentialité et permet de mettre des mots sur les maux des patients. On ne pas se passer de mots, le choix et la manière de les retranscrire au patient et au médecin exigent des qualités d'interprète formé. Les patients concernés par les obstacles linguistiques sont les patients migrants, exilés ou simplement de passage. Il est important de rappeler que ces personnes sont pour beaucoup d'entre elles parmi les plus touchées par les inégalités sociales de santé. Rendre la parole aux patients par l'utilisation d'interprètes de qualité participe à réduire ces inégalités sociales de santé, et favorise un accès aux droits et aux soins. D'ailleurs, l'étude nous a montré que les médecins recevant une proportion de patients NF ou UELF plus importante étaient installés dans des secteurs dits défavorables (EDI = 4)

Les principaux freins des médecins généralistes à l'utilisation d'interprète professionnel sont la méconnaissance des structures proposant ces services, la difficulté de mise en place et le coût engendré par ces services. En ce qui concerne le bénéfice en terme de coût pour la société, comme nous l'avons vu la question est complexe, peu d'études de faisabilité ont été réalisées, et aucune en France . Un retour sur l'expérience à Strasbourg

permettrait d'avoir des perspectives sur le plan économique. Cependant, il semble que l'interprétariat professionnel ne soit pas un luxe ; on ne peut pas se passer de la communication dans la relation médecin-patient et la question du coût est plus large surtout à l'ère de la surmédicalisation et de la prévention quaternaire. Les débats actuels sur « en faire trop en médecine » nous questionnent alors que les bases-mêmes de la communication dans la relation médecin patient ne sont pas encore acquises.

La formation des médecins généralistes est cruciale pour promouvoir l'interprétariat professionnel, que ce soit dans la formation initiale ou continue. Composer en consultation avec un interprète professionnel nécessite un savoir-faire et un savoir-être indispensable à acquérir. Notre étude le montre, les médecins ne sont pas formés, mais pensent que cette formation serait utile. Là où cela n'est pas encore ou plus le cas, il semble important d'intégrer cette formation aux futurs médecins qui exerceront en soins primaires. Une telle expérience a pu se dérouler depuis plusieurs années lors de la formation initiale des internes de médecine générale à Toulouse et a été appréciée par les internes en formation. Cet enseignement pourrait permettre d'aborder la question de l'interprétariat au regard des inégalités sociales de santé et plus largement de la prise en charge des patients migrants, exilés ou simplement de passage. Notre formation est très centrée sur le biomédical, fondée sur les preuves, oubliant parfois l'essentiel dans la relation médecin-patient : la communication. Une bonne communication n'est pas facultative, et ne peut pas se standardiser car il est question d'individus complexes avec leurs affects et leurs particularités. Cependant il est indispensable de prendre conscience de certains concepts ou représentations pour éviter les malentendus pouvant avoir un impact sur la qualité de soins. Les sciences de la communication seraient également à envisager dans notre cursus bio-médico-centré. Une étude avec le projet INTERMEDE[45] permettrait d'ouvrir une réflexion sur la représentation des médecins du patient migrant et l'influence sur le soin.

Les médecins généralistes toulousains sont favorables à la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel pouvant répondre à leur besoin en lien avec leur contexte de soin. Il faut prendre en compte les réserves émises par les médecins avant de proposer des solutions pour éviter une sous-utilisation d'un service. Ces réserves sont liées principalement aux difficultés à anticiper les consultations en médecine générale, au souhait des médecins

[45] INTERMEDE : projet qui s'appuie sur la collecte d'un corpus de consultations en médecine générale qui fait l'objet de questionnements disciplinaires complémentaires. Le rôle d'une équipe de linguistes dans cette collaboration interdisciplinaire est de mettre en place une méthodologie et de produire des résultats qui apportent aux partenaires sociologues et médecins des éléments de compréhension des mécanismes de l'interaction patient/médecin. L'objectif est de caractériser la diversité des types d'interactions que suscite la relation de consultation, de manière à pouvoir, dans un second temps, établir leur corrélation avec des caractéristiques sociales du patient.

d‘avoir recours au service d‘interprétariat instantané, en lien avec le rythme des consultations en médecine générale et à la nécessité pour eux de ne pas surcharger la gestion administrative de leur cabinet médical. Nous avons relevé à Toulouse un modèle de soins primaires dans un centre de santé associatif qui a pu mettre en place ces services d‘interprétariat.

Cette étude pratique sur l‘utilisation d‘interprètes professionnels en soins primaires a permis de repérer les problématiques et les besoins. Avec ces éléments, nous pourrions proposer une étude pilote. Elle serait composée d‘un volet sur la promotion de l‘interprétariat professionnel à destination des médecins (formation initiale et continue, diffusion de fiches d‘information), d‘une évaluation économique et de faisabilité auprès des médecins généralistes à Toulouse. Ce dispositif pourrait être à l‘image de celui mis en place en Alsace par Migration Santé Alsace, en lien avec des financements publics et en prenant davantage en considération les réserves des médecins généralistes notamment concernant la nécessité d‘un service instantané : l‘interprétariat par téléphone semble être un dispositif adapté aux soins primaires et demande à être expérimenté à travers cette étude pilote.

BIBLIOGRAPHIE

[1] ROGERS Carl. Le développement de la personne. Inter-éditions. Paris. 2005.

[2] WERBER Bernard. Encyclopédie du savoir relatif et absolu. Albin Michel.Paris.2000.

[3] RIBEIRA J.HAUSMANN S.PEETERS K.TOOMER E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? Coordination fédérale de la traduction et de l'interprétariat social. mars 2008.

[4] BOWEN S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins. Santé Canada. Novembre 2001. [En ligne]. Disponible sur: www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-lang-acces/index_f.html.[Consulté le 14/08/2013]

[5] BISCHOFF A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. Swiss Forum for Migration and Population Studies. 2003.

[6] FLORES G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. Medical Care Research and Review. 2005. 255-299.

[7] BISCHOFF A.TONNERRE.C.EYTAN A.BERSTEIN M. & LOUTAN L. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. Sozial- und Präventivmedizin. 1999. 248-256.

[8] BISCHOFF A.BOVIER P.A.RRUSTEMI I.GARIAZZO F.EYTAN A. & LOUTAN L. Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. Social Science & Medicine. 2003. 503-512.

[9] COMEDE. L'interprétariat, pour en finir avec les malentendus. Maux d'exil. n°24. septembre 2008

[10] Commission de Santé Publique de l'URMLA. Interprétariat professionnel pour les soins des migrants en médecine libérale en Alsace. Dossier de presse. septembre 2007

[11] KURTZ S.SILVERMAN J.DRAPER J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press. Oxford. Royaume-Uni. 1998.

[12] BOUSQUET Marie-Alice. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Thèse de Médecine générale. Université Paris 6.2013.

[13] ALLEN J.GAY B. CREBOLDER H. et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA. Europe. 2002.

[14] JUNOD N. SOMMER J. Approche en communication pour le bon déroulement de la consultation. Médecine et Hygiène. 1995.

[15] RICHARD C. LUSSIER M.T. GALARNEAU S. et al. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. 2010. 255-272

[16] SILVERMAN J. KURTZ S. DRAPER J. Skills for communicating with patients. Radcliffe Medical Press, 1998. Réédition 1999.

[17] COLE S., BIRD J. The Medical Interview: the three – function approach. Mosby 2000

[18] STEWARD M. BELLE BROWN J. WAYNE WESTON W. Patient centered medicine : transforming the clinical method. Radcliffe Medical Press. March 2003.

[19] NCIRI M. La communication dans la relation médecin-malade. Espérance Médicale. tome 16. N°164. décembre 2009.

[20] FRANKEL RM. Communicating with Patients: Research shows it makes a difference. Deerfield. IL : MMI Risk Management Resources. Inc. 1994.

[21] POUCHAIN D. ATTALI C. DE BUTLER J. et al. Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris. Masson. 1996.

[22] DE HENNEZEL M.: Le souci de l'autre. Editions Robert Laffont. Paris. 2004.

[23] WATZLAWICK P. HELMICK BEAVIN J. JACKSON D. *Une logique de la communication*. Seuil. Paris. 1979.

[24] MARCINOWICZ L. KONSTANTYNOWICZ J. GODLEWSKI C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication. Br J Gen Pract. 2010.60-83

[25] FAINZANG S. La relation médecins-malades : Information et mensonge. PUF. Paris. 2006.

[26] LANGEWITZ W., DENZ M., KELLER A. et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. Br Med J. 2002. 325-682

[27] STEPHAN H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale : A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes. Thèse de Médecine Générale. Toulouse. 2012

[28] JOUANIN S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse de médecine. Faculté de Médecine Lyon Sud. Université Claude Bernard Lyon 1. 2006.

[29] CICOUREL AV. Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive. Paris : Seuil. 2002. Chapitre Introduction. p. 30.

[30] BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. Paris. 2009.

[31] MOLEY-MASSOL.I.Relation médecin-malade. Courbevoie. Edition DaTeBe. 2007.

[32] Inter service migrant. Les pouvoirs publics le recommandent [en ligne]. Disponible sur : http://ism-interpretariat.com/v2/les-pouvoirs-publics-le-recommandent. [Consulté le 12/01/2014]

[33] SCHWARZINGER M., ATIP/AVENIR.INSERM 738 Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé. décembre 2012.

[34] SARVER J. & BAKER D.W. Effect of language barriers on follouw-up appointments after an emergency department visit. Journal Of General Internal Medicine. 2000. 256-264.

[35] HAMPERS L.C. CHA S. GUTGLASS D.J.BINNS H.J. & KRUG S.E.. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. Pediatrics.1999. 1253-1256.

[36] HU, D.J. & COVELL, R.M., Health care usage by Hispanic outpatients as function of primary language. West. J. Med. 1986. 490-493.

[37] WOLOSHIN S. BICKELL N.A. SCHWARTZ L.M. GAY F. & WELCH G. Language barriers in medicine in the United States. 1995. JAMA. 724-728.

[38] SOLIS J.M. MARKS G. GARCIA M. & SHELTON D. Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: findings from HANES 1982-84. American Journal of Public Health.1990. 11-19

[39] KU. L. & FLORES. G. Pay now or pay latter: Providing interpreter services in health care. Health Affairs. 2005. 435-444.

[40] ROSENBERG E. RICHARD C. LUSSIER M.T. & ABDOOL S.N. Intercultural communication competence in family medicine : Lessons from the field. Patient Education Counselling. 2006. 236-245.

[41] RUEDA-LARA M.A. BUTCHERT S. SKOTZO C. & CLEMOW L.P. Psychiatric symptoms masking pituitary adenoma in Spanish speaking immigrants. General Hospital Psychiatry. 2003. 367-371.

[42] JACOBS E.A. CHEN, A. KARLINER L.S. AGGER-GUPTA N. & MUTHA S**.** The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda. The Milbank Quarterly. 2006. 111-133.

[43] WEIMICK R.H. & KRAUSS H.A. Racial/ethnic differences in children‘s access to care. American Journal of Public Health. 2000. 1771-1774.

[44] DAVID R.A. & RHEE M., The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. The Mount Sinai Journal of Medicine. 1998. 393-397.

[45] CRANE J.A.**,** Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. Journal Emerg. Medicine. 1997. 1-7.

[46] CHAN.A. & WOODRUFF. R.K**.,** Comparison of palliative care needs of English- and non-Englishspeaking patients. Journal of Palliative Care. 1999. 26-30.

[47] CHAK.S. NIXON J. & DUGDALE, A. Primary health care for Indo-Chinese children in Australia. Australian Pediatr. Journal. 1984.57-58.

[48] BERNSTEIN J. BERNSTEIN E. DAVE A. HARDT E. JAMES T. LINDEN J. MITCHELL P. OSHI T. & SAFI C. Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services, subsequent charges, and follow-up. Journal of Immigrant Health. 2002. 171-176.

[49] FLORES. G. LAWS, M.B. MAYO. S.J. ZUCKERMANN. B. ABREU. M. MEDINA. L. & HARDT. E.J. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics. 2003. 6-14.

[50] KARTER A.J. FERRARA A. DARBINIAN J.A. ACKERSON L.M. & SELBY J.V. Selfmonitoring of blood glucose. Diabetes Care. 2000. 477-483.

[51] DERESE K.P. & BAKER D.W. Limited English proficiency and Latinos‘ use of physician services. Medical Care Res. Review. 2000. 76-91.

[52] LEE T.S. LANSBURY G. & SULLIVAN G. Health care interpreters: A physiotherapy perspective. The Australian Journal Of Physiotherapy. 2005. 161-165.

[53] HELMAN C**.** Culture, health and illness. 5ème edition. Hodder Arnold Pb. 2007.

[54] JUCKETT G. Cross-cultural medicine. American Family Physician. 2005. 2267-2274.

[55] FLORE G. ABREU M. OLIVAR MA.et coll. Acces to barrier to health care for latino children. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998

[56] MARMOT M. WILKINSON R. Les déterminants sociaux de santé, les faits. Organisation Mondiale de la Santé.2004. p40

[57] KHLAT M. Santé et recours aux soins des migrants en France. Institut de Veille Sanitaire. BEH N° 2-3-4. Janvier 2012

[58] LANG T. Inégalités sociales de santé. Institut de Veille Sanitaire. BEH n° 8-9.mars 2011

[59] European Union Agency for Fundamental Rights. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Luxembourg. 2013.

[60] MUCHIELLI A. Les sciences de l‘information et de la communication. Paris. Hachette. 2000

[61] COLLECTIF MANOUCHIAN. Dictionnaire des dominations. Paris. Syllepse. 2012

[62] FASSIN D. FASSIN E. Misère du culturalisme. Le Monde. 30 septembre 2010, [en ligne]. sur le site les mots sont importants. TEVANIAN.P.TISSOT.S. le 4/10/10 Disponible sur : http://lmsi.net/Misere-du-culturalisme. [Consulté le 12/01/2013]

[63] SOCIETE FRANÇAISE DE MEDECINE GENERALE. Sociologie et Anthropologie quels apports pour la médecine générale. Document de recherche en médecine générale. Novembre 2007. N°64

[64] METRAUX JC. L'interprète, ce nouvel acteur. Psychothérapies.

[65] CHARTE DE L'INTERPRETARIAT MEDICAL ET SOCIAL PROFESSIONNEL EN FRANCE. Strasbourg. 14 Novembre 2012.p17

[66] BISCHOFF.A. & GROSSMANN F. Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren? Schweizerisches Ärztezeitung. 2007. 102-105.

[67] McCABE M. GOHDES D. MORGAN F. EAKIN J. & SCHMITT C. Training effective interpreters for diabetis care and education: A new challenge. The Diabetis Educator.2006. 714-720.

[68] SIMON. C.M. ZYZANSKI. S.J. DURAND.E. JIMENEZ. X. & KODISH. E.D. Interpreter accuracy and informed consent among Spanish-speaking families with cancer. Journal Of Health Communication. 2006. 509-522.

[69] BETANCOURT J.R. & JACOBS E.A. Language barriers to informed consent and confidentiality: The impact on women's health. Journal of the American Medical Women's Association. 2000. 294-295.

[70] BLÖCHLIGER C. TANNER M. HATZ C. & JUNGHANSS T. Asylum seekers and refugees in ambulatory health care: Communication between physician and patient. Schweizerische Rundschau Für Medizin Praxis.1997. 800-810.

[71] KAPLAN S.H., GREENFIELD S. & WARE J.E. Assessing the effects of physician patient interactions on the outcomes of chronic disease. Medical Care.1989

[72] TOCHER T.M. & LARSON E. Quality of diabetes care for non-English-speaking patients. A comparative study. The Western Journal Of Medicine. 1999. 504-511.

[73] HORNBERGER J.C.GIBSON C.D.; WOOD W.DEQUELDRE C. CORSO I. PALLA B. & BLOCH D.A. Eliminating language barriers for non-English speaking patients. Medical Care. 1996. 845-856.

[74] JACOBS E.A.LAUDERDALE D.S. MELTZER D. ; SHOREY J.M.; LEVINSON W. & THISTED R.A.Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. Journal Of Internal Medicine. 2001. 468-474.

[75] MARKS G. SOLIS J. RICHARDSON J.L.COLLINS L.M. BIRBA L. & HISSERICH J.C. Health behavior of elderly Hispanic women: does cultural assimilation make a difference? American Journal of Public Health. 1987. 1315-1319.

[76] HELMAN C. Culture, health and illness. 5ème edition. Hodder Arnold Pb. 2007.

[77] HAMPERS L.C. & MCNULTY J.E. Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: Effect on resource utilization. Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2002. 1108-1113.

[78] JACOBS E.A.; SHEPARD D.S. ; SUAYA J.A. & STONE E. Overcoming language barriers in health care: Costs and benefits of interpreter services. American Journal Of Public Health. 2004. 866-869.

[79] JOHN-BAPTISTE A. NAGLIE G. TOMLINSON G. ALIBHAI S. ETCHELLS E. CHEUNG A. KAPRAL M. GOLD W. ABRAMS H. BACCHUS M. & KRAHN M. The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. Journal Of General Internal Medicine. 2004. 221-228.

[80] Ordre National des Médecins. Serment d'Hippocrate [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311.[Consulté le 12/07/2013]

[81] Legifrance. Code de Santé Publique. [En ligne]. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr.[Consulté le 12/07/2013]

[82] Ordre National des Médecins. Code de déontologie [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr. [Consulté le 12/07/2013]

[83] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Fiche N°13 [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr [Consulté le 12/04/2013]

[84] Droits des usagers de la santé. Circulaire relative aux droits des patients hospitalisés. [En ligne]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf .[Consulté le 15/02/2013]

[85] Charte Sociale Européenne. [En ligne]. Disponible sur : https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/escrbooklet/French.pdf.[Consulté le 12/01/2013]

[86] Allocution de Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la santé au colloque ISM. Interprétariat, Santé et Prévention. [En ligne]. Disponible sur : http://www.migrationssante.org/fichiers/File/Allocution-Mme-BACHELOT-au-colloque-ISM.pdf.[Consulté le 12/01/2013]

[87] MARTIN L. L'importance des mots justes. Le Concours médical. Tome 132. N°09. Mai 2010

[88] MOHR E. L'interprétariat professionnel en milieu hospitalier : une enquête auprès de 164 médecins usagers de ce service. Thèse de Médecine générale. Strasbourg. 2010.

[89] BLUM S. Impact de l'interprétariat comme outil de communication pour les patients non francophones en consultation : à propos d'une étude prospective menée aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Thèse de Médecine Générale. Strasbourg. 2008

[90] KOSE Haydar. Barrière linguistique dans la prise en charge en urgence des migrants en France : exemple de la population turque. Thèse de Médecine Générale. Reims. 2011

[91] GOUT L. Barrière linguistique dans le cadre de l'accueil des patients aux urgences : proposition de logiciel interprète. Thèse de Médecine Générale. Toulouse.1998

[92] KHALED R. Le patient migrant consultant en médecine générale de ville à Aubervilliers. Thèse de Médecine Générale. Paris.2012

[93] ALLORY E. Quelles sont les représentations des migrants chez les médecins généralistes rennais ? : description des spécificités et des difficultés, ressenties par les médecins généralistes, au sein de leurs consultations avec les migrants : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de Médecine Générale. Rennes. 2011.

[94] LAURENT QUERRIOUX I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groups. Thèse de Médecine Générale. Nancy.2011.

[95] MATHIEU A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale (étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants). Thèse de Médecine Générale. Lille. 2011

[96] MATZ FLY C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires. Médecine Générale. Nancy.2011

[97] SALLE J. Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Ile de France. Thèse de Médecine Générale. Paris 6. 2010

[98] BEELUR A. Le médecin généraliste et la barrière linguistique : enquête qualitative exploratoire d'analyse de pratiques auprès de 10 généralistes girondins. Thèse de Médecine Générale. BORDEAUX. 2011.

[99] BOUCEKHINE S. Mise à disposition d'interprètes professionnels en cabinet de médecine libérale: à propos d'une étude pilote. Thèse de Médecine Générale. Université de Strasbourg. 2010

[100] SCHOENEL M. Effets de l'interprète professionnel sur la pratique du médecin généraliste : entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes utilisateurs de l'interprétariat professionnel. Thèse de Médecine Générale. Strasbourg. 2014

[101] Commission de Santé Publique. Interprétariat professionnel pour le soin des migrants en médecine libérale en Alsace. Dossiers de Presse de Migration Santé Alsace. 2007

[102] Unité des Politiques linguistiques, cadre européen commun de référence pour les langues : apprendre, enseigner, évaluer. Niveaux communs de référence. Strasbourg. 2001.

[103] FENNETEAU H. Enquête: entretien et questionnaire. 2e éd. Dunod. 2007.

[104] DE SINGLY F. Le questionnaire: L'enquête et ses méthodes. 3ème éd. Armand Colin. 2012.

[105] KRUSCHINSKI C, LANGE M, LIONIS C, VAN WEEL C, HUMMERS-PRADIER E. Themes and methods of research presented at European General Practice Research Network conferences. Fam Pract. 2010.459-7.

[106] Centre Cochrane Français. Introduction à l'Evidence-based nursing1.Formuler la question [En ligne]. Disponible sur: http://bit.ly/V1aagg [Consulté le 14/08/2012]

[107] FOURNIE J.P. MAISONNEUVE H. Construire une enquête et un questionnaire. Revue des étudiants en soin primaire et chercheurs à Toulouse. e-repect. novembre 2012.

[108] PORNET C. DELPIERRE C. DEJARDIN O. GROSCLAUDE P. LAUNAY L. GUITTET L. LANG T. LAUNOY G. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. J Epidemiol Community Health 2012.982–989

[109] Townsend P. Deprivation. J Soc Pol. 1987.

[110] Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Lois informatiques et libertés. Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. [En ligne]. Disponible sur : http://www.cnil.fr/documentation/textes-fondateurs [Consulté le 12/07/2013].

[111] JUSOT F. SILVAJ. DOURGON.P. SERMET.C. Etat de santé de populations immigrées en France. IRDES.DT. N°14. Juillet 2008

[112] BASSET.B Agences Régionales de Santé, Les inégalités sociales de santé. INPES. 2008

[113] Congrès de la médecine générale France 2012. Discours de Marisol Touraine. Samedi 23 juin 2012[En ligne]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/congres-de-la-medecine-generale,14874.html [Consulté le 12/07/2013].

[114] BODIER. M. Les langues étrangères en France. Apprendre, c'est bien, pratiquer c'est mieux. INSEE.N°568.1998

[115] KENNETH. R. L'anglais en Afrique. Les presses de l'UNESCO. Paris.1974

[116] LEANZA.Y. BOIVIN.I. ROSENBERG.E. Interruption and resistance: a comparison of medical consultations with family and trained interpreters. Social Science and Medicine. Elsevier.2010

[117] ROSENBERG.E.LEANZA.Y.SELLER.R. N. Doctor-patient communication in primary care with an interpreters : Physician perception of professional and family Interpreters. Social Science and Medicine. Elsevier.2007

[118] Laws, M.B.; Hecksher, R.; Mayo, S.J.; Li, W. & Wilson, I.B. A new method for evaluating the quality of medical interpretation. Medical Care. 2004.71-80.

[119] Elderkin-Thompson. V. Silver.R.C. & Waitzkin, H. When nurses double as interpreters: Astudy of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. Social Science & Medicine. 2001. 1343-1358.

[120] Davies.M.M. & Bath. P.A. The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. Journal of Advanced Nursing.2002. 237-245.

[121] Ministère des affaires sociales et de la santé. Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Restons mobilisés ! Session 4. Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs aidants. 2012

[122] Hadziabdic E. Albin B, Heikkilä K, Hjelm K. Family members' experiences of the use of interpreters in healthcare. Prim Health Care Res Dev. 2014. 156

[123] Karlsen. W.B. & Haabeth, A.L. The telephone interpreter. A good alternative to the traditional interpreter. Tidsskrift For Den Norske Laegeforening. 1998. 253-254.

[124] SILVERMAN. J. KINNERSLEY.J. Doctors‘ non verbal behavior in consultations look at the patient before you look at the computer.Br J Gen pract. 2010.

[125] Burbano O‘Leary, S.C.; Federico, S. & Hampers, L.C. The truth about language barriers : One residency program‘s experience, *Pediatrics*. 2003.569-573.

[126] Heaney. C. & Moreham. S. Use of interpreters services in a metropolitan healthcare system. Australian Health Review. 2002. 38-45.

[127] Kravitz. R.L. Helms. L.J.; Azari, R.Antonius. D. & Melnikow, J. Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. Medical Care. 2000. 728-738.

[128] Gerrish. K. Chau, R. Sobowale. A. & Birks. E. Bridging the language barrier: The use of interpreters in primary care nursing. Health & Social Care in the Community. 2005.407-413.

[129] Karliner. L.S. Pérez-Stable. E.J. & Gildengorin. G. The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. Journal Of General Internal Medicine. 2005. 175-183.

[130] Abbe, M.; Simon, C.; Angiolillo, A.; Ruccione, K. & Kodish, E.D. A survey of language barriers from the perspective of pediatric oncologists, interpreters and parents. Pediatric Blood & Cancer. 2006. 819-824.

[131] Miller. K.E. Martell. Z.L. Pazdirek. L. Caruth. M. & Lopez. D. The role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study. The American Journal Of Orthopsychiatry.2005. 27-39.

[132] Agence Régional de santé Midi Pyrénées. Les orientations du plan stratégiques régional de santé en Midi Pyrénées. Projet régional de santé. Juillet 2012

[133] PAILHE.E.Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication. Thèse de Médecine Générale. Université Grenoble. 2012

ANNEXES

ANNEXE 1
DEFINITIONS

ANNEXE 2
FLOWCHART

ANNEXE 3
QUESTIONNAIRE INITIALE

ANNEXE 3 bis
MODIFICATIONS DU QUESTIONNAIRE

ANNEXE 4
QUESTIONNAIRE FINAL

ANNEXE 5
MAIL ENVOYE EN PRE-AVIS D'ENQUETE 1 MOIS ET 15 JOURS AVANT LE DEBUT DE L'ETUDE

ANNEXE 6
GRILLE DE LECTURE

ANNEXE 7
ARGUMENTAIRES D'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

ANNEXE 8
CHARTE DE L'INTERPRETARIAT PROFESSIONNEL EN MILIEU MEDICO-SOCIAL

ANNEXE 9
FICHE UTILE ISM SUR UTILISATION SERVICE INTERPRETARIAT TELEPHONIQUE ET SUR PLACE

ANNEXE 1

DEFINITIONS

Utilisateur élémentaire d'une langue : niveau de compétence selon le Cadre Européen Commun de Référence pour les Langues (CECRL) [46] (annexe 1). Il est le fruit de plusieurs années de recherche linguistique menée par des experts des états membres du Conseil d'Europe.

S'inscrit dans cette catégorie toute personne **:**

. Pouvant comprendre et utiliser des expressions familières et quotidiennes ainsi que des énoncés très simples qui visent à satisfaire des besoins concrets.

. Pouvant se présenter ou présenter quelqu'un et poser à une personne de questions la concernant – par exemple, sur son lieu d'habitation, ses relations, ce qui lui appartient, etc. – et peut répondre au même type de questions.

. Pouvant communiquer de façon simple si l'interlocuteur parle lentement, et distinctement et se montre coopératif.

. Pouvant comprendre des phrases isolées et des expressions fréquemment utilisées en relation avec des domaines immédiats de priorité (par exemple, informations personnelles et familiales simples, achats, environnement proche, travail).

. Pouvant communiquer lors de tâches simples et habituelles ne demandant qu'un échange d'informations simples et directes sur des sujets familiers et habituels.

. Pouvant décrire avec des moyens simples sa formation, son environnement immédiat et évoquer des sujets qui correspondent à des besoins immédiats

1. Unité Des Politiques Linguistiques, Cadre Europeen Commun De Reference Pour Les Langues : Apprendre, Enseigner, Evaluer, « Niveaux Communs De Référence », Strasbourg. 2001
2. Définition Dictionnaire Larousse

3.3 PRÉSENTATION DES NIVEAUX COMMUNS DE RÉFÉRENCE

L'élaboration d'un ensemble de points de référence communs ne limite en aucune façon les choix que peuvent faire des secteurs différents, relevant de cultures pédagogiques différentes, pour organiser et décrire leur système de niveaux. On peut aussi espérer que la formulation précise de l'ensemble de points communs de référence, la rédaction des descripteurs, se développeront avec le temps, au fur et à mesure que l'on intègre dans les descriptions l'expérience des États membres et des organismes compétents dans le domaine.

Il est également souhaitable que les points communs de référence soient présentés de manières différentes dans des buts différents (voir 8.3). Dans certains cas, il conviendra de résumer l'ensemble des *Niveaux communs de référence* dans un document de synthèse. Une présentation « globale » simplifiée de ce type facilitera la communication relative au système avec les utilisateurs non-spécialistes et donnera des lignes directrices aux enseignants et aux concepteurs de programmes.

UTILISATEUR EXPERIMENTÉ	C2	Peut comprendre sans effort pratiquement tout ce qu'il/elle lit ou entend. Peut restituer faits et arguments de diverses sources écrites et orales en les résumant de façon cohérente. Peut s'exprimer spontanément, très couramment et de façon précise et peut rendre distinctes de fines nuances de sens en rapport avec des sujets complexes.
	C1	Peut comprendre une grande gamme de textes longs et exigeants, ainsi que saisir des significations implicites. Peut s'exprimer spontanément et couramment sans trop apparemment devoir chercher ses mots. Peut utiliser la langue de façon efficace et souple dans sa vie sociale, professionnelle ou académique. Peut s'exprimer sur des sujets complexes de façon claire et bien structurée et manifester son contrôle des outils d'organisation, d'articulation et de cohésion du discours.
UTILISATEUR INDEPENDANT	B2	Peut comprendre le contenu essentiel de sujets concrets ou abstraits dans un texte complexe, y compris une discussion technique dans sa spécialité. Peut communiquer avec un degré de spontanéité et d'aisance tel qu'une conversation avec un locuteur natif ne comportant de tension ni pour l'un ni pour l'autre. Peut s'exprimer de façon claire et détaillée sur une grande gamme de sujets, émettre un avis sur un sujet d'actualité et exposer les avantages et les inconvénients de différentes possibilités.
	B1	Peut comprendre les points essentiels quand un langage clair et standard est utilisé et s'il s'agit de choses familières dans le travail, à l'école, dans les loisirs, etc. Peut se débrouiller dans la plupart des situations rencontrées en voyage dans une région où la langue cible est parlée. Peut produire un discours simple et cohérent sur des sujets familiers et dans ses domaines d'intérêt. Peut raconter un événement, une expérience ou un rêve, décrire un espoir ou un but et exposer brièvement des raisons ou explications pour un projet ou une idée.
UTILISATEUR ÉLÉMENTAIRE	A2	Peut comprendre des phrases isolées et des expressions fréquemment utilisées en relation avec des domaines immédiats de priorité (par exemple, informations personnelles et familiales simples, achats, environnement proche, travail). Peut communiquer lors de tâches simples et habituelles ne demandant qu'un échange d'informations simple et direct sur des sujets familiers et habituels. Peut décrire avec des moyens simples sa formation, son environnement immédiat et évoquer des sujets qui correspondent à des besoins immédiats.
	A1	Peut comprendre et utiliser des expressions familières et quotidiennes ainsi que des énoncés très simples qui visent à satisfaire des besoins concrets. Peut se présenter ou présenter quelqu'un et poser à une personne des questions la concernant – par exemple, sur son lieu d'habitation, ses relations, ce qui lui appartient, etc. – et peut répondre au même type de questions. Peut communiquer de façon simple si l'interlocuteur parle lentement et distinctement et se montre coopératif.

Tableau 1 - Niveaux communs de compétences – Échelle globale

25

Non francophone : personne ne parlant pas la langue française. [47]

Bilingue : « Qui use couramment de deux langues » [2]

Interprète informel : « *Les interprètes informels* ou *informels* sont généralement des membres de la famille, bien souvent des enfants, des amis ou d'autres personnes qui accompagnent les patients quand ils ont des connaissances limitées de la langue du pays d'accueil (CLPA). Ils peuvent aussi être des membres du personnel

bilingue des centres médico-sociaux. Les interprètes *informels* ne possèdent aucune formation spécifique dans le domaine de la santé et / ou de l'interprétariat. » [3]

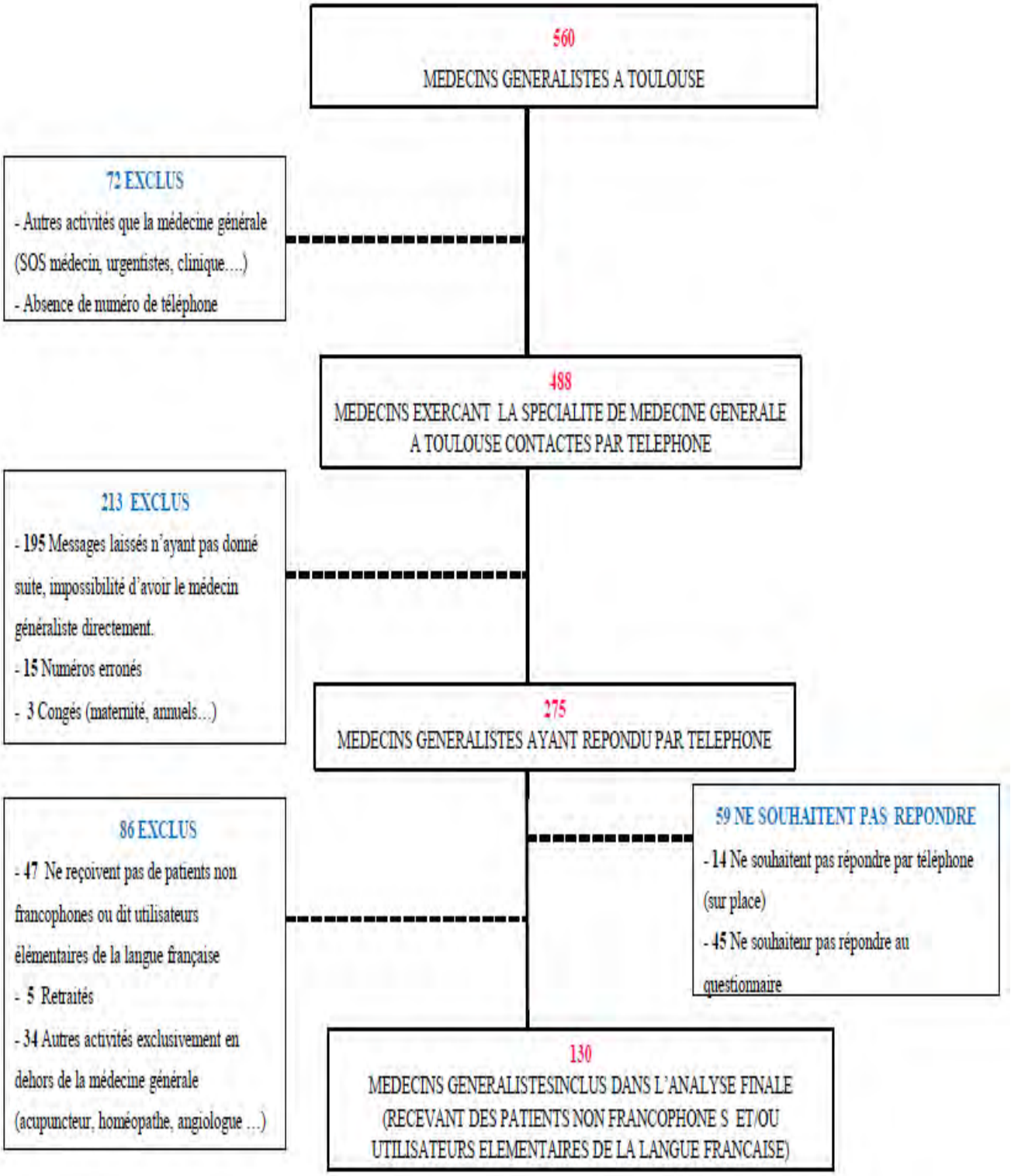
Interprète professionnel : « *Les interprètes professionnels* ont une formation formelle dans le domaine de la traduction et ont des compétences culturelles et médicales. Ils sont disponibles *in situ* ou *par téléphone*.» [3]

Langue maternelle ou langue première : est la première langue apprise à la personne dans la petite enfance, autrement dit, c'est la langue qui est parlée à l'enfant à la maison même avant qu'il apprenne à parler. Il s'agit de la langue que l'enfant comprend avant de commencer l'école.

Langue seconde : est la langue la plus importante après la langue maternelle : ce peut être la langue administrative ou véhiculaire.

ANNEXE 2

FLOWCHART



ANNEXE 3
QUESTIONNAIRE INITIALE

DESCRIPTION DE LA POPULATION GENERALE (7)

Genre

- ○ Homme
- ○ Femme

Age

Année de soutenance de la thèse ?

Année d'installation ?

Avez-vous travaillé dans votre cursus professionnel ou personnel:
Plusieurs réponses possibles

- ○ Dans une ONG humanitaire
- ○ Dans une PASS (permanence d'accès aux soins de santé)
- ○ Dans une institution orientée sur la question de l'immigration (CADA, OFII ...)
- ○ Dans une association à but non lucratif sur la thématique de l'immigration
- ○ Dans un quartier à forte concentration de personnes issues de l'immigration
- ○ Aucune de ces propositions

Quel type d'exercice de la médecine générale pratiquez-vous ?

- ☐ Cabinet seul-e
- ☐ Cabinet de groupe
- ☐ Maison de santé pluridisciplinaire
- ☐ Centre de santé salarié
- ☐ Remplaçant (fin du questionnaire, rappelez le médecin titulaire)

Avez-vous une activité sans rendez-vous ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

QUESTIONS SELECTIVES (10)

1-Avez-vous reçu (sur les douze derniers mois) ou recevez-vous des patients non francophones (ne parlant pas du tout le français) ?

☐ OUI

☐ NON

2-Avez-vous reçu (sur les douze derniers mois) ou recevez-vous un patient dit « utilisateur élémentaire » (parlant quelques mots de français) ?

☐ OUI

☐ NON

⇨ **FIN DU QUESTIONNAIRE si la réponse est NON aux 2 questions précédentes**

3- A combien estimez-vous en pourcentage la proportion de patients non francophones parmi les patients que vous recevez en consultation ?

4- A combien estimez-vous en pourcentage la proportion de patients dit « utilisateur élémentaire » (parlant quelques mots de français) parmi les patients que vous recevez en consultation ?

5-Vous-même, assurez-vous des consultations dans d'autres langues que le français ?

○ OUI, dans d'autres langues (précisez)

○ NON

6- Etes-vous parfaitement bilingue dans cette langue ?

○ OUI (précisez si c'est la langue maternelle ou apprise)

○ NON

7-Connaissez-vous des services d'interprétariat professionnel en milieu médico-social ?

○ OUI

○ NON

8- Quelles sont les langues en dehors du français rencontrez vous le plus souvent en consultation ?

9- Lors d'une consultation avec un patient non francophone avez-vous recours régulièrement à un interprète (professionnel ou informel) ?

☐ OUI

☐ NON

10- Lors d'une consultation avec un patient dit « utilisateur élémentaire » (parlant quelques mots de français) avez-vous recours régulièrement à un interprète (professionnel ou informel) ?

☐ OUI

☐ NON

⇨ **Si réponse OUI à la question n°9 ou 10 = questionnaire n°1**

⇨ **Si réponse NON aux questions n° 9 et 10 = questionnaire n°2**

QUESTIONNAIRE n°1:
Utilisation d'un interprétariat en soin primaire (22)

1-Quel type d'interprétariat utilisez-vous ?

☐ Professionnel

☐ Informel (=non professionnel)

☐ Les deux

2- Quel type d'interprétariat professionnel avez-vous déjà eu recours ?
une seule réponse

☐ Téléphonique

☐ Sur place

☐ Les deux

3-Dans ce cas, avec quels organismes travaillez-vous ?

4- Si vous utilisez l'interprétariat professionnel habituellement, dans le cas où le patient vient accompagner d'une personne francophone, qui sollicitez-vous préférentiellement ?

- L'accompagnant
- L'interprète professionnel

5- Quel type d'interprétariat informel avez-vous déjà eu recours?
une seule réponse

- Accompagnant (famille, ami, entourage ...)
- Téléphonique (famille, ami, entourage...)
- Les deux

6-Dans le cas où l'interprète est un accompagnant, est-il arrivé que celui-ci soit mineur ?

- OUI
- NON

7-Si vous utilisez un interprète sur place qu'il soit professionnel ou non, avez-vous rencontré des limites au cours de la consultation ?

- OUI
- NON

8- Si OUI, lesquelles ?

9-Si vous utilisez un interprète téléphonique qu'il soit professionnel ou non, avez-vous rencontré des limites au cours de la consultation ?

- OUI
- NON

10- Si OUI, lesquelles ?

11- A votre avis, quelles sont les avantages de la ou les techniques d'interprétariat que vous avez déjà utilisé ?

12- Vous est-il déjà arrivé de ne pas solliciter un interprète ?

☐ OUI

☐ NON, j'ai toujours eu recours à un interprète.

13- Quel en était la raison ?

14- Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'avoir recours à un interprète pour un patient « utilisateur élémentaire » ?

☐ OUI

☐ NON,

Si OUI, pourquoi ?

Si NON, pourquoi ?

15- Dans le cas où vous ne sollicitez pas un interprète, comment communiquer vous avec le patient ?
Choix multiples

☐ Dessins, schémas

☐ Gestes, regards

☐ Internet (précisez)

☐ Dans une autre langue (précisez)

16- De façon générale, quels sont les 3 principaux freins à l'utilisation d'un interprète professionnel par les médecins généralistes?

17- Si l'interprétariat professionnel dans le milieu médical était pris en charge par le service public, l'utiliseriez-vous ?

☐ OUI

☐ NON

18- Si NON, pourquoi ?

19- Avez-vous reçu dans votre cursus une formation sur l'utilisation d'interprétariat professionnelle ?

☐ OUI

NON

20- Si OUI,

Lors de vos stages hospitaliers

Lors de vos stages ambulatoires

Formation initiale à la faculté au cours du DCEM ou par le DUMG au cours du TCEM.

Formation continue type DPC

21- Pensez-vous qu'une telle formation serait nécessaire pour les médecins généralistes ?

OUI

NON

22- A votre avis, est ce que les interprètes doivent être formés ?

OUI

NON

QUESTIONNAIRE n°2 :
Pas d'utilisation d'un interprétariat en soin primaire (12)

1-Pourquoi n'utilisez-vous pas d'interprète en consultation ?

2-Comment communiquer vous alors avec le patient ?
Choix multiples

Dessin, schéma

Gestes, regards

Internet (précisez)

Dans une autre langue (précisez)

3- Pensez-vous que le recours à un interprète améliorerait le déroulement de vos consultations ?

OUI

NON

4- Si OUI, pourquoi ?

5- Si NON, pourquoi ?

6- A votre avis, quels sont les freins à l'utilisation d'un interprète professionnel ?
Plusieurs réponses sont possibles

7- Si l'interprétariat professionnel dans le milieu médical était pris en charge par le service public, l'utiliseriez-vous ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

8- Si NON, pourquoi ?

9- Avez-vous reçu dans votre cursus une formation sur l'utilisation d'interprétariat en soin primaire ?

- ○ OUI
- ○ NON

10- Si OUI,

- ○ Pendant l'externat
- ○ Par le DUMG
- ○ Formation continue type DPC

11- Pensez-vous qu'une telle formation serait nécessaire pour les médecins généralistes ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

12- A votre avis, est ce que les interprètes doivent être formés ?

- ○ OUI
- ○ NON

ANNEXE 3 bis

MODIFICATIONS DU QUESTIONNAIRE

Les principales modifications sont les suivantes :

- La question sur le cursus des médecins qui précisait leur parcours individuel a été supprimée. Les médecins généralistes interrogés ne comprennaient pas le lien entre la notion d'immigration et la communication entre deux individus. Nous l'avons remplacé par une question ouverte : « **A votre avis, pourquoi les patients non francophones ou utilisateurs élémentaire de la langue française consultent chez vous ? »**
- La question n°10 du questionnaire n°1 et la question n°4 du questionnaire n°2 (annexe 4) : ajout de la notion « OUI avec réserves »
- Questions sélectives (annexe 4): ajout de la notion de fréquence de consultation sous la forme de questions à choix multiple.
- Questions n° 16 du questionnaire n°1 et la question n°6 du questionnaire n°2 (annexe) : nous avons détaillé les freins possibles, et transformé la question ouverte en question à choix multiples, car la question répondait à un objectif secondaire, et nécessitait donc des réponses non interprétées favorisant la compliance des médecins. Questionnaire estimé trop long, avec un temps de passation de 25mn.

Pour améliorer le temps de passation et la longueur du questionnaire qui comptabilisait 26 à 36 questions, nous avons éliminé les questions pouvant être développées dans une étude qualitative et non quantitative.

- Questionnaire n°1 : retrait des questions n°7, 8, 9, 10, 11, 13, et 14. (annexe 3)
- Questionnaire n°2 : retrait de la question n°1 (annexe 3)
- Questions descriptives : retrait de la question sur l'année d'installation

ANNEXE 4
QUESTIONNAIRE FINAL

DESCRIPTION DE LA POPULATION GENERALE (7)

Genre

○ Homme

○ Femme

Age

Année de soutenance de la thèse ?

Quel type d'exercice de la médecine générale pratiquez-vous ?

☐ Cabinet seul

☐ Cabinet de groupe

☐ Maison de santé pluridisciplinaire

☐ Centre de santé

Avez-vous une activité sans rendez-vous ?

☐ OUI

☐ NON

A votre avis, pourquoi les patients non francophones ou utilisateurs élémentaire de la langue française consultent chez vous ?

Commentaires

QUESTIONS SELECTIVES (9)

1-Avez-vous reçu (sur les douze derniers mois) ou recevez-vous des patients non francophones (c'est à dire ne parlant pas du tout le français) ?

☐ OUI

☐ NON

2-Avez-vous reçu (sur les douze derniers mois) ou recevez-vous un patient dit « utilisateur élémentaire » (c'est-à-dire pouvant comprendre et utiliser des expressions familières et quotidiennes ainsi que des énoncés très simples) ?

☐ OUI

☐ NON

⇨ **FIN DU QUESTIONNAIRE si la réponse est NON aux 2 questions précédentes**

3- À quelle fréquence rencontrez-vous des patients non francophone ou dit utilisateur élémentaire de la langue française ?

☐ Tous les jours

☐ Au moins une fois par semaine

☐ Au moins une fois par mois

☐ Au moins une fois par an

4- A combien estimez-vous en pourcentage la proportion de patients non francophones parmi les patients que vous recevez en consultation ?

4bis- A combien estimez-vous en pourcentage la proportion de patients dit « utilisateur élémentaire » parmi les patients que vous recevez en consultation ?

5-Vous-même, assurez-vous des consultations dans d'autres langues que le français ?

○ OUI, dans d'autres langues (précisez)

○ NON

Si OUI, êtes-vous parfaitement bilingue dans cette langue ?

○ OUI (précisez si c'est la langue maternelle ou apprise)

○ NON

6-Connaissez-vous des services d'interprétariat professionnel en milieu médico-social ?

OUI

NON

7- En dehors du français, quelles sont les langues que vous rencontrez le plus souvent en consultation ?

8- Lors d'une consultation avec un patient non francophone avez-vous recours à un interprète (professionnel ou informel) ?

OUI

NON

9- Lors d'une consultation avec un patient dit « utilisateur élémentaire » avez-vous recours à un interprète (professionnel ou informel) ?

OUI

NON

- ⇨ **Si réponse OUI à la question n°8 et/ou 9 = questionnaire n°1**
- ⇨ **Si réponse NON aux questions n°8 et 9 = questionnaire n°2**

QUESTIONNAIRE n°1:
MEDECINS GENERALISTES AYANT RECOURS A UN INTERPRETE (13)

1-Quel type d'interprétariat utilisez-vous ?

Professionnel *(allez à la question n°2)*

Informel *(allez à la question n°5)*

Les deux

2- Quel type d'interprétariat professionnel avez-vous déjà eu recours ?

Téléphonique

Sur place

Les deux

3-Dans ce cas, avec quels organismes travaillez-vous ?

4- Si vous utilisez habituellement l'interprétariat professionnel, dans le cas où le patient vient accompagner d'une personne francophone, qui sollicitez-vous préférentiellement ?

L‘accompagnant

L‘interprète professionnel

Situation jamais rencontrées

4bis- Pouvez-vous argumentez votre choix ?

5- Quel type d’interprétariat informel avez-vous déjà eu recours?

Accompagnant (famille, ami, entourage ...)

Téléphonique (famille, ami, entourage...)

Les deux

6-Dans le cas où l'interprète est un accompagnant, est-il arrivé que celui-ci soit mineur ?

OUI

NON

7- Vous est-il déjà arrivé de ne pas pouvoir solliciter un interprète ?

OUI

NON, j'ai toujours eu recours à un interprète.

8- Dans le cas où vous ne sollicitez pas un interprète, quel mode de communication utilisez-vous le plus souvent ? (2 réponses possibles)

Dessins, schémas

Gestes, regards

Internet (précisez)

Dans une autre langue (précisez)

9- A votre avis et de façon générale, quels sont les principaux freins à l'utilisation d'un interprète professionnel par les médecins généralistes (maximum 3 réponses) ?

La méconnaissance des structures proposant ce service

Ils n‘en ressentent pas le besoin (précisez)

☐ Le coût

☐ Le défaut de formation des médecins à l'utilisation d'interprète

☐ Chronophage en consultation

☐ Difficile à mettre en place

10- Si l'interprétariat professionnel dans le milieu médical était mis à votre disposition, l'utiliseriez-vous ?

☐ OUI

☐ OUI avec réserves

☐ NON

Si NON, pourquoi ?

Si OUI avec réserves, pouvez-vous les précisez ?

11- Avez-vous reçu dans votre cursus une formation sur l'utilisation d'interprétariat professionnelle ?

○ OUI

○ NON

Si OUI,

○ Lors de vos stages hospitaliers

○ Lors de vos stages ambulatoires

○ Formation initiale (DCEM,TCEM)

○ Formation continue type DPC

12- Pensez-vous qu'une telle formation serait utile pour les médecins généralistes ?

☐ OUI

☐ NON

13- A votre avis, est-ce utile que l'interprète soit formé ?

OUI

NON

QUESTIONNAIRE n°2 :
MEDECINS GENERALISTES N'AYANT PAS RECOURS A UN INTERPRETE (7)

1- Quel mode de communication utilisez-vous le plus souvent ? (2 réponses possibles)

Dessin, schéma

Gestes, regards

Internet (précisez)

Dans une autre langue (précisez)

2- Pensez-vous que le recours à un interprète améliorerait le déroulement de vos consultations ?

OUI

NON

Si OUI, pourquoi ?

Si NON, pourquoi ?

3- A votre avis et de façon générale, quels sont les principaux freins à l'utilisation d'un interprète professionnel par les médecins généralistes (maximum 3 réponses)?

La méconnaissance des structures proposant ce service

Ils n'en ressentent pas le besoin (précisez)

Le coût

Le défaut de formation des médecins à l'utilisation d'interprète

Chronophage en consultation

Difficile à mettre en place

4- Si l'interprétariat professionnel dans le milieu médical était mis à votre disposition, l'utiliseriez-vous ?

OUI

OUI avec réserves

NON

Si NON, pourquoi ?

Si OUI avec réserves, pouvez-vous les précisez ?

5- Avez-vous reçu dans votre cursus une formation sur l'utilisation d'interprétariat en soin primaire ?

- OUI
- NON

Si OUI,

- Lors de vos stages hospitaliers
- Lors de vos stages ambulatoires
- Formation initiale (DCEM,TCEM)
- Formation continue type DPC

6- Pensez-vous qu'une telle formation serait utile pour les médecins généralistes ?

- OUI
- NON

7- A votre avis, est-ce utile que l'interprète soit formé ?

- OUI
- NON

ANNEXE 5

MAIL ENVOYE EN PRE-AVIS D'ENQUETE 1 MOIS ET 15 JOURS AVANT LE DEBUT DE L'ETUDE

Cher Confrère, Chère Consœur,

Je suis étudiante en médecine générale.
Vous allez être sollicité dans le cadre d'une **THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE** sur L'**UTILISATION DE L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL EN SOIN PRIMAIRE.**
Ce travail de thèse est sous la forme d'un **QUESTIONNAIRE** qui s'adresse à tous les médecins généralistes de la région toulousaine.
Il sera diffusé sous la forme d'une **ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE** d'une durée de **10mn** **(chronomètre à l'appui!!)**

"L'INTERPRÉTARIAT UN INDISPENSABLE EN SOIN PRIMAIRE !"

Cliquez ICI ... TOUT EST DIT !!!!!

Cette Thèse a pour objectifs d'une part d'évaluer la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprétariat professionnel devant un patient non francophone et d'autre part recenser quels pourraient être les freins à la mise en place de ce type d'interprétariat ?

CHAABAN SAMAH
Directrice de thèse : Dr GAUDILLIERE Bénédicte et Dr MAINCION Virginie

ANNEXE 6

GRILLE DE LECTURE

DESCRIPTION DE LA POPULATION GENERALE

A votre avis, pourquoi les patients non francophones ou utilisateurs élémentaire de la langue française consultent chez vous ?

MEDECIN DE PROXIMITE	**« quartier » (x 13), « proximité » (x2)**
ENTOURAGE DES PATIENTS DU MEDECIN	**« bouche à oreille »**
QUARTIER COSMOPOLITE	**« quartier, cité » « forte population étrangère » « quartier de migrant » « quartier cosmopolite » (x2)**
MEDECIN PARLE PLUSIEURS LANGUES	**« patients posent la question des langues parlées par le médecin à la secrétaire » « bilingue » (x 3) « lieu ou il pourrait être compris » « trilingue » (x2)**
PROXIMITE D'UNIVERSITE-ECOLE	**« étudiant » (x3), « a coté d'une faculté » « proximité d'une fac »**
PROXIMITE ENTREPRISE INTERNATIONALE (AIRBUS, METEO France …)	**« airbus » (x6), « ecole agriculture » « ecole de commerce » « CNRS » « Météo France » « chantier cancéropole »**
PROXIMITE STRUCTURE ACCUEILLANT MIGRANT	**CADA (x3), foyers d'hebergement d'urgence, ACT la clef , foyers jeunes mineurs , « foyers de travailleurs »**
STRUCTURE PROPOSANT UN SERVICE D'INTERPRETARIAT PROFESSIONNEL	**« service d'interprète »**
FAVORISE L'ACCES AUX SOINS (tiers payant, actes gratuit….)	**« accès aux soins »**
PROXIMITE COMMUNAUTAIRE LIE AU NOM DU MEDECIN	**« nom attire patient espagnol »**

Commentaires

Nécessiter que les médecins parlent plusieurs langues	**« important de parler plusieurs langues »**
Il est important que les patients apprennent le français	
Importance d'intégrer un apprentissage linguistique dans la formation médicale	**« apprentissage à la faculté de plusieurs langue »**
Pas de consultation si pas d'accompagnant ou d'interprète professionnel	**« ne fait pas la consultation si pas d'interprète ou ne parle pas anglais »**

C'est au patient de venir avec un interprète pour se faire comprendre	**« préférable que cela soit organisé et financé par le patient »**
Sujet adapté à la médecine générale	
Problématique rencontrée ayant des conséquences sur la prise en charge des patients	
Pas satisfait des consultes avec patient NF ou UELF	
Intégrer l'anglais dans la formation médicale initiale	
Se débrouille	
Souhait des outils adaptés à la médecine générale un outil	
Problématique rencontrée ayant des conséquences sur la prise en charge des patients	
Sans rdv plus adapté pour des personnes avec barrière linguistique	
Difficile pour le patient de pas être compris	

QUESTIONNAIRE n°1:
MEDECINS GENERALISTES AYANT RECOURS A UN INTERPRETE (13)

4- Si vous utilisez habituellement l'interprétariat professionnel, dans le cas où le patient vient accompagner d'une personne francophone, qui sollicitez-vous préférentiellement ?

- ○ L'accompagnant
- ○ L'interprète professionnel
- ○ Situation jamais rencontrées

- ◉ **4bis- Pouvez-vous argumentez votre choix ?**

INTERPRETE PROFESSIONNEL EST NEUTRE ET VOCABULAIRE PLUS LARGE	« plus neutre»
INTERPRETE FORME POUR RETRANSCRIRE LA PAROLE DU PATIENT	« plus compétent dans la langue »
INTERPRETE ASSURE UNE CONFIDENTIALITE	
Si motif "simple" plutôt accompagnant	
LIMITE PAR LE COUT	« Coût »

10- Si l'interprétariat professionnel dans le milieu médical était mis à votre disposition, l'utiliseriez-vous ?

- ☐ OUI
- ☐ OUI avec réserves
- ☐ NON

Si NON, pourquoi ?

Consultation médecine générale non prévisible	« consultation non programée », « sans rendez vous » « non anticipé » « pas adapté à la consultation de médecine générale »
Surcharge la gestion administrative du cabinet	« lourdeur administrative » « compliqué à mettre en place » « difficile à mettre en place » « charge de travail »
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	
Utilisation réserver aux consultations complexes (annonce, ETP, …)	« pas pour toutes les consultations »
Necessite un service instantané	« disponibilité » (x2)
La présence d'un tiers peut être vu comme une intrusion remettant en cause le lien de confiance et la confidentialité en consultation de médecine générale	« présence d'une tiers personnes pourrait intimidé » « presence d'un tiers, pas à l'aise pour la confidentialité » « freins lié à la présence d'un tiers : secret médical, intimité et limite les confidences du patient »
interprète pas apte à recevoir une information médicale difficile	« personne pas apte à recevoir des informations médicales »
Place du secret médical en la présence d'un tiers non médecin	« secret médical »
Limites dans la retranscription exacte des mots du patients par l'interprète	
Représente un coût supplémentaire	« cout » « financier »
Consultation peu fréquente	« peu fréquente » « peu d'utilité en lien avec des patients concernés »
Prend du temps en consultation	
N'en ressent pas le besoin, parle plusieurs langues	« pas besoin, parles plusieurs langues » « trilingue »
N'en ressent pas le besoin, se débrouille	« la débrouille suffit »
Service telephonique peut être adapté	
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	
Accord du patient nécessaire pour la présence de l'interprète	

Si OUI avec réserves, pouvez-vous les précisez ?

Consultation médecine générale non prévisible	« patient pressé » « consulte non prévu » « consultation non programmée » (x2) « non programmé » « MG instantannée, non programmée, imprévu » (x2) « difficile à mettre en place ar necessite d'anticipé » « consultation non programmée, au jour le jour » (x2) « immédiat » « activité sans rendez-vous » « ne doit pas necessiter d'anticipation, car la médecine générale a une activité spontanée » « disponibilité rapidement correspondant aux rythmes de la médecine générale »
Surcharge la gestion administrative du cabinet	« lourd dans la gestion » « necessite une organisation » « organisation » « logistique administrative »(x3) « mise en place et charge » (x2) « démarche logistique » « temps mise en place » « conditions logistiques »
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	« alourdit la consultation »
Utilisation réserver aux consultations complexes (annonce, ETP, …)	« pas besoin pour toutes les consultations » « dépend des demandes » « superflu pour pathologie aigue »

Necessite un service instantané	« service rapide comme un automate » « système immédiat » « disponibilité souple, immédiat » (x2) « disponibilité de l'interprète » « souplesse dans la disponibilité » « disponibilité » (x2) « anticipé consulte non programmée » « difficile à mettre en place ar necessite un service instantanné» »il faut un service instantané » « disponibilité du service par rapport à l'activité des médecins généraliste » (x2) « service telephonique, immédiat » « immédiat » « le temps de mise en place du service pour des symptomes simples » « rapide d'utilisation » « service immédiat et instantané » (x2) « service disponible à tout moment » « au besoin » « disponibilité rapidement correspondant aux rythmes de la médecine générale »
La présence d'un tiers peut être vu comme une intrusion remettant en cause le lien de confiance et la confidentialité en consultation de médecine générale	« confidentialité » (x2) « patient en accord avec la présence d'un tiers pour la confidentialité »
interprète pas apte à recevoir une information médicale difficile	
Place du secret médical en la présence d'un tiers non médecin	« secret médicale » « secret professionnel ? » « secret professionnel vis-à-vis d'un tiers »
Limites dans la retranscription exacte des mots du patients par l'interprète	« interprétation, fiabilité de l'interprète »
Représente un coût supplémentaire	« prix » « le coût » « qui assume ce cout ? »
Consultation peu fréquente	« ponctuellement »
Prend du temps en consultation	« risque de prendre du temps en consultation » « temps de consultation » « rallonge le temps de consultation »
N'en ressent pas le besoin, parle plusieurs langues	« parle plusieurs langue » « en dehors de l'anglais »
N'en ressent pas le besoin, se débrouille	« pas d'utilité » « accompagne la plupart du temps »
Service telephonique peut être adapté	
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	
Accord du patient nécessaire pour la présence de l'interprète	

QUESTIONNAIRE n°2 :
MEDECINS GENERALISTES N'AYANT PAS RECOURS A UN INTERPRETE (7)

2- Pensez-vous que le recours à un interprète améliorerait le déroulement de vos consultations ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, pourquoi ?

Approfondi l'interrogatoire nécessaire à la clinique	**« interroger les patients » « mieux exprimer les symptomes, les ressentis, ameliore la précision de l'interrogatoire » « interrogatoire plus précis » « interrogatoire, comprehension »**
Permet de transmettre informations médicales (observance, ETP ….)	**« explique la prise en charge et l'observance » « observance » « explique le traitement , ordonnances»**
Indispensable pour évaluer la santé mentale	**« mieux exprimer les symptomes, les ressentis, ameliore la précision de l'interrogatoire »**
Optimise le temps en consultation	**« prend du temps »**

Si NON, pourquoi ?

La présence d'un tiers peut être vu comme une intrusion remettant en cause le lien de confiance et la confidentialité en consultation de médecine générale	
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	**« 3ème personne , très désagréable » « difficile d'avoir une tiers personne »**
Consultation peu fréquente	
Limites dans la retranscription exacte des mots des patients par l'interprète	**« subtilité difficile à interpréter »**
Représente un coût supplémentaire	**« interprete coute plus que la consutlation de médecine générale »**
Surcharge la gestion administrative du cabinet	**« il faut faire venir »**
En ressent le besoin si non anglophone	

4- Si l'interprétariat professionnel dans le milieu médical était mis à votre disposition, l'utiliseriez-vous ?

☐ OUI

☐ OUI avec réserves

☐ NON

Si NON, pourquoi ?

Consultation médecine générale non prévisible	« consultation spontanée, on ne sait pas à qui on a à faire »
Surcharge la gestion administrative du cabinet	« faisabilité , logistique »
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	« service qui alourdit la consultation de médecine générale »
Utilisation réserver aux consultations complexes (annonce, ETP, …)	
Necessite un service instantané	« disponibilité , immédiat »
La présence d'un tiers peut être vu comme une intrusion remettant en cause le lien de confiance et la confidentialité en consultation de médecine générale	
interprète pas apte à recevoir une information médicale difficile	

Place du secret médical en la présence d'un tiers non médecin	
Limites dans la retranscription exacte des mots du patients par l'interprète	
Représente un coût supplémentaire	
Consultation peu fréquente	« quartier peu en demande »
Prend du temps en consultation	« pénalise la qualité de la consultation »
N'en ressent pas le besoin, parle plusieurs langues	« parle anglais » « anglais courant »
N'en ressent pas le besoin, se débrouille	
Service telephonique peut être adapté	
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	
Accord du patient nécessaire pour la présence de l'interprète	

Si OUI avec réserves, pouvez-vous les précisez ?

Consultation médecine générale non prévisible	
Surcharge la gestion administrative du cabinet	« charge de travail administrative »
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	
Utilisation réserver aux consultations complexes (annonce, ETP, …)	« consultes très spécialisés »
Necessite un service instantané	
La présence d'un tiers peut être vu comme une intrusion remettant en cause le lien de confiance et la confidentialité en consultation de médecine générale	« limite dans la présence d'un tiers »
interprète pas apte à recevoir une information médicale difficile	
Place du secret médical en la présence d'un tiers non médecin	
Limites dans la retranscription exacte des mots du patients par l'interprète	« limite dans l'interprétation des mots »
Représente un coût supplémentaire	
Consultation peu fréquente	« ponctuel »
Prend du temps en consultation	
N'en ressent pas le besoin, parle plusieurs langues	
N'en ressent pas le besoin, se débrouille	
Service telephonique peut être adapté	
Complique la consultation du médecin par l'intéraction à 3	
Accord du patient nécessaire pour la présence de l'interprète	

ANNEXE 7

ARGUMENTAIRES D'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Pour une présentation plus compréhensible, nous vous présentons des groupements de questions triées par thématique, différentes de la version utilisée lors de l'enquête (annexe 4) pour une lecture plus fluide.

Le questionnaire a abordé les thématiques suivantes :

- Questions descriptives : caractéristiques des médecins généralistes inclus dans l'étude.
- Questions sélectives : critères d'inclusion
- Caractéristique des patients reçus par les médecins inclus dans l'étude
- Statut linguistique des médecins généralistes
- Recours aux interprètes pendant la consultation
- Moyens de communication en l'absence d'interprète
- Freins à l'utilisation d'interprète professionnel
- Utilisation des services d'interprètes professionnels si mise à disposition par le service public
- Formation des médecins généralistes sur la question de l'interprétariat professionnel
- Formation des interprètes
- Représentation des médecins sur les raisons qui amènent des patients non francophones ou selon l'échelle linguistique européenne dit « utilisateurs élémentaires » de la langue française, à consulter chez eux

4.2.1. Questions descriptives : caractéristiques des médecins généralistes inclus dans l'étude.

Genre

- ○ Homme
- ○ Femme

Age

Année de soutenance de la thèse ?

Quel type d'exercice de la médecine générale pratiquez-vous ?

- ☐ Cabinet seul-e
- ☐ Cabinet de groupe
- ☐ Maison de santé pluridisciplinaire
- ☐ Centre de santé

Avez-vous une activité sans rendez-vous ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Cette partie du questionnaire a plusieurs objectifs : Le premier est de décrire notre population. Le second est de recueillir des variables qui pourraient être des facteurs influençant certaines réponses :

- le type d'exercice et l'activité sans rendez-vous sont à prendre en compte pour les freins, et la position du médecin si proposition de la mise en place d'un service d'interprétariat.
- l'ancienneté des médecins à partir de l'année de soutenance de la thèse. Celle-ci a été calculé de la manière suivante : Ancienneté (année) = 2014 – (année de soutenance de la thèse). Cela nous permet d'avoir un aperçu sur leur expérience en médecine générale. L'ancienneté pouvant influencer l'utilité d'une formation, le type de formation depuis que la médecine générale est devenue une spécialité (2004).

4.2.2. Questions sélectives : critères d'inclusion

1-Avez-vous reçu (sur les douze derniers mois) ou recevez-vous des patients non francophones (c'est à dire ne parlant pas du tout le français) ?

☐ OUI

☐ NON

2-Avez-vous reçu (sur les douze derniers mois) ou recevez-vous un patient dit « utilisateur élémentaire » (c'est-à-dire pouvant comprendre et utiliser des expressions familières et quotidiennes ainsi que des énoncés très simples) ?

☐ OUI

☐ NON

⇨ **FIN DU QUESTIONNAIRE si la réponse est NON aux 2 questions précédentes**

Ces deux questions ont permis de sélectionner la population de médecins généralistes à inclure dans l'étude : médecin généralistes recevant des patients non francophones et/ou selon l'échelle linguistique européenne dis « utilisateurs élémentaires » de la langue française.

Nous avons fait la différence entre un patient qui ne parle pas du tout la langue française, dit non francophone et les patients parlant « difficilement » la langue française. Après une lecture de la littérature, aucun terme ne définissait un patient qui « parle difficilement » une langue, et pouvais être source de biais s'il était laissé à l'appréciation des interrogé-e-s. Le seul terme retrouvé dans les questionnaires issus d'une étude de la Direction Générale de la Santé datant de décembre 2012, « Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et du diabète »[8] est « allophone », mais cela désigne une personne dont la langue maternelle est différente de la langue officielle. Ce sens n'est donc pas ce que nous recherchions, mais bien un niveau linguistique. Nous avons choisi d'utilisé une échelle linguistique européenne (annexe 1, ce référer aux définitions page) qui définit les niveaux linguistiques d'une langue apprise. La définition qui se rapprochait le mieux de ce que nous voulions étudier est une personne dit « utilisateurs élémentaires » de la langue française, niveau A1/A2 selon le Cadre Européen Commun de Référence pour les Langues (annexe 1), qui correspond à des personnes pouvant comprendre et utiliser des expressions familières et quotidiennes ainsi que des énoncés très simples. L'évaluation est

remise à l'appréciation du médecin mais permettra dans un second temps d'être plus approfondi dans une étude quantitative.

4.2.3. Caractéristique des patients reçus par les médecins inclus dans l'étude

3- À quelle fréquence rencontrez-vous des patients non francophone ou dit utilisateur élémentaire de la langue française ?

- ☐ Tous les jours
- ☐ Au moins une fois par semaine
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Au moins une fois par an

4- A combien estimez-vous en pourcentage la proportion de patients non francophones parmi les patients que vous recevez en consultation ?

4bis- A combien estimez-vous en pourcentage la proportion de patients dit « utilisateur élémentaire » parmi les patients que vous recevez en consultation ?

7- En dehors du français, quelles sont les langues que vous rencontrez le plus souvent en consultation ?

Ces questions permettent d'avoir un aperçu sur la proportion de patients reçus par les médecins généralistes ayant pour nécessité de lever l'obstacle de la langue et la fréquence. Ce qui permet d'évaluer les besoins des médecins.

Nous avons également décidé de répertorier les langues rencontrées en consultation en dehors du français, afin d'avoir un aperçu sur l'échantillon de langues et les connaissances des médecins sur la diversité linguistique. Nous pouvons ainsi établir si l'anglais est une langue fréquemment rencontrée et la relier aux langues parlées par les médecins généralistes.

4.2.4. Langues parlées par les médecins

5-Vous-même, assurez-vous des consultations dans d'autres langues que le français ?

- ○ OUI, dans d'autres langues (précisez)
- ○ NON

Si OUI, êtes-vous parfaitement bilingue dans cette langue ?

- ○ OUI (précisez si c'est la langue maternelle ou apprise)
- ○ NON

Nous avons cherché à savoir si les médecins généralistes parlent plusieurs langues, et si c'est le cas, leur niveau linguistique. Pour évaluer le niveau, nous avons introduit la notion de bilinguisme qui dans le sens « commun » peut vouloir dire parler deux langues mais qui signifie dans son sens propre parler couramment deux langues. Pour limiter les confusions, le terme « parfaitement » vient souligner la recherche de niveau linguistique du médecin. Dans un second temps, nous avons fait la différence entre une langue apprise et maternelle, qui permet aussi d'évaluer le niveau linguistique. L'appréciation revient au médecin.

4.2.5. L'utilisation d'interprète en consulte

6-Connaissez-vous des services d'interprétariat professionnel en milieu médico-social ?

- ○ OUI
- ○ NON

8- Lors d'une consultation avec un patient non francophone avez-vous recours à un interprète (professionnel ou informel) ?

☐ OUI

☐ NON

9- Lors d'une consultation avec un patient dit « utilisateur élémentaire » avez-vous recours à un interprète (professionnel ou informel) ?

☐ OUI

☐ NON

⇨ **Si réponse OUI à la question n°8 et/ou 9 = questionnaire n°1**

⇨ **Si réponse NON aux questions n°8 et 9 = questionnaire n°2**

A travers ces questions nous avons évalué la connaissance des médecins sur l'interprétariat professionnel. Nous avons cherché à savoir si le médecin a recours à un interprète qu'il soit professionnel ou non lorsqu'il est face à un patient non francophone et / ou selon l'échelle linguistique européenne dit « utilisateurs élémentaires » de la langue française.

Nous avons proposé deux questions pour le recours aux interprètes, la première lorsque le médecin est face à un patient non francophone et la seconde face à un patient dit « utilisateur élémentaire » de la langue française. L'objectif est d'évaluer si l'attitude des médecins varie en fonction du type de patient, et de vérifier si le recours aux interprètes est plus évident pour les patients non francophones que pour les utilisateurs élémentaires de la langue française.

Dans le cas où le médecin a recours à un interprète, nous avons caractérisé le type d'interprétariat et la forme.

- Interprète professionnel
- Interprète informel
- Sur place ou l'accompagnant (ami, famille, entourage…)
- Par téléphone
- Organisme sollicité dans le cas où ils utilisent un interprète professionnel

Dans le cas où l'interprète est un accompagnant, nous avons cherché à savoir s'il est arrivé que celui-ci soit un mineur. Nous supposons que cette situation n'est pas exceptionnelle et pourrait alimenter le débat quant à la nécessité de mettre en place des interprètes professionnels pour que chacun retrouve sa place.

4.2.6. Mode de communication en l'absence d'interprète

8- Dans le cas où vous ne sollicitez pas un interprète, quel mode de communication utilisez-vous le plus souvent ? (2 réponses possibles)

- ☐ Dessins, schémas
- ☐ Gestes, regards
- ☐ Internet (précisez)
- ☐ Dans une autre langue (précisez)

Nous avons proposé des modes de communication:

- Communication non verbale, qui est la communication corporelle (gestes, regards)
- Communication par écrit et visuel (dessins, schémas, internet …)
- Utilisation d'une langue commune, en précisant la langue utilisée. Cela permet d'évaluer le nombre de médecins qui parlent plusieurs langues et qui l'utilisent en consultation.

Par ailleurs, pour les médecins qui n'ont pas du tout recours à des interprètes (questionnaire n°2), nous avons cherché à savoir par une question ouverte, si la présence d'un interprète pourrait améliorer la consultation.

4.2.7. Freins à l'utilisation d'interprète professionnel de façon générale

9- A votre avis et de façon générale, quels sont les principaux freins à l'utilisation d'un interprète professionnel par les médecins généralistes (maximum 3 réponses) ?

- ☐ La méconnaissance des structures proposant ce service
- ☐ Ils n'en ressentent pas le besoin (précisez)
- ☐ Le coût
- ☐ Le défaut de formation des médecins à l'utilisation d'interprète
- ☐ Chronophage en consultation
- ☐ Difficile à mettre en place

La question des freins répond à un des objectifs secondaires de cette étude: Comprendre ce qui amène les médecins à sous utiliser ou ne pas utiliser les services d'interprétariat professionnel.

Pour déterminer les freins, nous nous sommes basés sur plusieurs travaux de recherche (biblio), notamment une étude qualitative réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale sur la question de la barrière linguistique « Le médecin généraliste et la barrière linguistique : enquête qualitative exploratoire d'analyse de pratiques auprès de 10 généralistes girondins », 2011[9].

4.2.8. Utilisation des services d'interprètes si mise à disposition par le service public

10- Si l'interprétariat professionnel dans le milieu médical était mis à votre disposition, l'utiliseriez-vous ?

- ☐ OUI
- ☐ OUI avec réserves
- ☐ NON

Cette question a pour objectif d'évaluer si les médecins généralistes auraient recours à l'interprétariat si le frein lié au coût était levé. Les autres freins ne sont-ils pas liés à un défaut de formation, à l'organisation de la consultation de médecine générale ou à la présence d'un tiers en consultation ? Pour éviter d'orienter les réponses, nous avons choisi une question à réponse ouverte, pour partir de la réalité du contexte des médecins à Toulouse.

4.2.9. Formation des médecins généralistes sur la question de l'interprétariat professionnel - Formation des interprètes

11- Avez-vous reçu dans votre cursus une formation sur l'utilisation d'interprétariat professionnelle ?

- ○ OUI
- ○ NON

Si OUI,

- ○ Lors de vos stages hospitaliers
- ○ Lors de vos stages ambulatoires
- ○ Formation initiale (DCEM,TCEM)
- ○ Formation continue type DPC

12- Pensez-vous qu'une telle formation serait utile pour les médecins généralistes ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

13- A votre avis, est-ce utile que l'interprète soit formé ?

- ○ OUI
- ○ NON

4.2.10. Représentation des médecins sur les raisons qui amènent des patients non francophones ou selon l'échelle linguistique européenne dit « utilisateurs élémentaires » de la langue française, à consulter chez eux

Nous avons cherché à savoir si les médecins avaient une idée sur ce qui orientait les patients chez eux et non ailleurs. Nous avions initialement cherché à connaitre le parcours des médecins (cursus universitaire etc…) mais le pré-test a fait annuler cette question à choix multiple par une question ouverte.

Charte
de l'interprétariat médical et social professionnel en France

adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France

adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012

Préambule

L'objectif de la présente charte est de promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel mis en œuvre en France par les associations sans but lucratif

dans la visée de favoriser un égal accès de tous à la santé et aux droits sociaux,
et conformément à la définition du métier d'interprète médical et social, telle que spécifiée par le Groupe de Travail National en 2011-2012, ici annexée (déontologie, fonctions et compétences), garantissant par son exercice les principes de fidélité, de confidentialité et d'impartialité.

****

Considérant que la jouissance des droits à la santé et des droits sociaux *« doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation »*[1],

Considérant que *« toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre »*[2] et de ses droits sociaux,

Considérant que la mise à disposition d'interprètes médicaux et sociaux formés permet de mieux garantir une égalité des personnes non francophones devant l'éducation, la santé et l'accès aux soins, les droits sociaux et administratifs,

Considérant que les entretiens et consultations en présence d'interprètes médicaux et sociaux formés garantissent le respect de la confidentialité,

Considérant que les consultations et entretiens en présence d'interprètes médicaux et sociaux formés protègent et renforcent le libre choix et l'autonomie des personnes non francophones dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé et de leur situation sociale,

[1] Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie V, article E : Non-discrimination
[2] Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie I, article 11

Les associations signataires de la présente charte s'engagent

- à développer sur l'ensemble du territoire national l'interprétariat professionnel au service des personnes (enfants ou adultes) peu ou non francophones, des structures et des institutions sanitaires, sociales, éducatives, ou des services administratifs,
- à informer les structures et institutions sanitaires, sociales, éducatives ou administratives et leur personnel de l'existence de l'interprétariat professionnel,
- à développer et approfondir la formation initiale et continue des interprètes médicaux et sociaux,
- à promouvoir la reconnaissance des formations et des qualifications des interprètes médicaux et sociaux auprès des pouvoirs publics,
- à promouvoir le métier d'interprète médical et social dans le but de la reconnaissance d'un statut national.
- à promouvoir la recherche dans le domaine de l'interprétariat médical et social,

ADATE, Grenoble
Gisèle Perez,
Présidente

P/ A. Ploskinec
14. 04. 2012

APTIRA, Angers
Juliette Hubin,
Présidente

P/ Directrice
Radida OUATTARA
APTIRA
SIEGE

ASAMLA, Nantes
Hervé Divet,
Président

14.11.2012

COFRIMI, Toulouse
Guy Tramier,
Président

P/

ISM Est, Metz
Monique Riou,
Présidente

ISM Corum, Lyon
Jean-Dominique Poncet,
Président

p/o

ISM - CORUM
32, cours Lafayette
69421 Lyon Cedex 3
Tél. 04 72 84 78 90 - Fax 04 78 62 24 00

14/11/2012

ISM Interprétariat, Paris
Hélène Merino,
Présidente

14/11/2012

MANA, Bordeaux
Gérard Bodin,
Président

pour le Président
Dr Claire HESTRE.

Migrations Santé Alsace, Strasbourg
Murielle Rondeau - Lutz,
Présidente

MIGRATIONS SANTÉ ALSACE
24 rue du 22 Novembre
67000 STRASBOURG
Tél. 03 88 22 60 22
Fax 03 88 22 60 09

RVH35, Rennes
Jean Marc Chapplain,
Président

Les structures sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives, administratives et de formation, partageant le constat de l'utilité des services d'interprètes médicaux et sociaux professionnels pour un accès égal de tous à la santé et aux droits sociaux,

- s'associent par leur signature aux principes et aux objectifs énoncés dans la présente charte et son annexe,
- s'engagent à promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel au sein de leur établissement.
- s'engagent à inscrire l'interprétariat médical et social professionnel dans la planification stratégique de développement de leur établissement / organisation afin d'améliorer l'accessibilité des services pour les personnes non francophones,

pour la **Ville de Strasbourg**, Signature :

Nom, prénom : FELTZ Alexandre représentant le maire de STRASBOURG Roland Ries

Fonction : Conseiller municipal délégué à la santé

à Strasbourg, le 14/11/2012

pour les **Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg**, Signature :

Nom, prénom : Au nom de Dr Patrick Guillot Directeur General des HUS Michèle WOLFF, Directeur chargé des relations avec les usagers

Fonction :

à Strasbourg, le 14 Novembre 2012

pour le **Centre Hospitalier d'Erstein**, Signature :

Nom, prénom :

Fonction : Signature validée mais non encore apposée à la date du 19 décembre 2012

à ....., le .....

pour le **EPSAN (Etablissement Public de Santé d'Alsace Nord)**,

Signature :

Nom, prénom :

Fonction :

Signature validée mais non encore apposée
à la date du 19 décembre 2012

à ....., le .....

pour le **Centre Hospitalier [redacted] de Rouffach**,

Signature :

Nom, prénom : Pierre WESNER

Fonction : Directeur

à Rouffach, le 18 décembre 2012

CENTRE HOSPITALIER ROUFFACH

pour l'**UDAF du Bas-Rhin**,

Signature :

Nom, prénom : Buisson Jacques

Fonction : Président

à Strasbourg, le 14/12/12

pour **Parole Sans Frontière**,

Signature :

Nom, prénom : Pirot Bertrand

Fonction : Président

à Strasbourg, le 14/11/2012

pour **Thémis**,

Signature :

Nom, prénom : Jean BIGOT

Fonction : Président

à Strasbourg, le 17 / 12 / 12

pour l'**Institut Supérieur Social de Mulhouse**,

Signature :

Nom, prénom : Jean Michel Klinger

Fonction : Vice-Président

à Strasbourg, le 14.11.2012

pour l'**Hôpital Avicenne, Bobigny**,
APHP / Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Signature :

Nom, prénom :

Fonction : Signature (page suivante)

à ....., le .....

Les structures sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives, administratives et de formation, partageant le constat de l'utilité des services d'interprètes médicaux et sociaux professionnels pour un accès égal de tous à la santé et aux droits sociaux,

- s'associent par leur signature aux principes et aux objectifs énoncés dans la présente charte et son annexe,
- s'engagent à promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel au sein de leur établissement,
- s'engagent à inscrire l'interprétariat médical et social professionnel dans la planification stratégique de développement de leur établissement / organisation afin d'améliorer l'accessibilité des services pour les personnes non francophones,

nom et prénom du signataire,
fonction,
dénomination de l'établissement,
date et lieu

Dominique DE WILDE
Directrice du Groupe Hospitalier
Avicenne - Jean Verdier - René Muret/Bigottini

D. De Wilde
13 novembre 2012
à Bobigny

Les structures sanitaires, sociales, éducatives, administratives et de formation, partageant le constat de l'utilité des services d'interprètes médicaux et sociaux professionnels pour un accès égal de tous à la santé et aux droits sociaux,

- - s'associent par leur signature aux principes et aux objectifs énoncés dans la présente charte et son annexe,
- - s'engagent à inscrire l'interprétariat médical et social professionnel dans la planification stratégique de développement de leur établissement / organisation afin d'améliorer l'accessibilité des services pour les personnes non francophones,
- - s'engagent à promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel au sein de leur établissement.

Marseille, le 15 octobre 2012

Dr Bernard GRANJON

Président du centre de soins Osiris

OSIRIS
Siège Social: 50, Boulevard des Alpes-13012 Marseille
Centre soins: 4, Avenue Rostand-13003 Marseille
Tél./Fax. 04 91 91 89 73-E-mail:centre.osiris@free.fr
Association loi 1901-Siret 43369091400018-APE913E

Annexe

Interprète médical et social
Définition du métier

Préambule et visées

La dénomination « interprétariat en milieu médical et social » définit une forme d'interprétariat de liaison exercé dans les contextes spécifiques des champs médical, social, médico-social, éducatif et administratif.

L'interprétariat médical et social garantit aux professionnels des domaines concernés les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions.

L'interprétariat médical et social garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins.

Contexte d'intervention et cadres réglementaires

Porté par des associations à but non lucratif, l'interprétariat médical et social - dénommé également, selon les pays, interprétariat interculturel, interprétariat social, interprétariat communautaire, *public services interpreting*, *dialogue interpreting* ... – a émergé comme une spécialité à part au cours des années 1990 dans la dynamique impulsée par *Critical Link*. Ce réseau international, initié par une association canadienne, a posé l'objet de l'interprétariat médical et social comme mesure pour un égal accès de tous aux droits et à la santé, et fortement stimulé le questionnement des acteurs et des chercheurs sur la formation des interprètes opérant dans ces domaines et sur leurs conditions d'exercice dans le secteur public.

L'interprétariat médical et social mobilise des connaissances à la croisée de plusieurs spécialités : l'interprétation, l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, la communication, ...

A ce jour en France, comme dans beaucoup de pays, l'interprétariat médical et social n'est pas un droit juridiquement contraignant : ne pas proposer aux personnes ayant une maîtrise limitée du français des services garantissant leur expression et compréhension ne peut juridiquement pas être assimilé à une discrimination.

Cependant, la veille et la suppression des obstacles à la communication afin d'assurer l'accès de tous aux droits sont inscrits comme recommandations ou obligations, selon les cas, dans :

- les cadres réglementaires européen et français pour la promotion des droits et de l'accès équitable aux soins de santé de qualité * :
  - la Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie I, article 11, et Partie V, article E,
  - Recommandation et Annexe à la Recommandation Rec(2006)18 du Comité des Ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe,
  - Recommandation de bonne pratique N° 13-IV.2, de la Haute Autorité de Santé (France),
  - Code de santé publique (version en vigueur 2 mai 2012), Chapitre 1, Titre 1,

- complétés par les cadres réglementaires propres aux institutions médicales et sociales françaises :
  - Codes de l'action sociale et des familles (droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux), lois du 2 janvier 2002
  - Charte du patient hospitalisé – 2011
  - Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015, Axe 2,

- ainsi que les priorités / recommandations définies par les Programmes Régionaux d'Intégration des Populations Immigrées déclinant les orientations des politiques publiques sur les différentes régions du territoire national.

Définition

L'interprète en milieu médical et social exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

- restitue dans la langue cible le discours (les propos) exprimé dans la langue source, en termes de contenu, de niveau de langue, d'intention, de tonalité, ...
- retranscrit avec justesse - autant que possible - les nuances, les traits d'humour, les émotions, ...
- veille à la compréhension entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits,
- utilise des compétences non seulement linguistiques, mais aussi interculturelles ainsi que des connaissances spécifiques aux principaux champs d'intervention.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

- est spécialiste des échanges verbaux[3] ; il travaille en temps réel ; sa prestation est destinée exclusivement à l'audition directe et immédiate[4],
- ne peut exercer autrement qu'en présence des parties au cours de consultations et d'entretiens individuels, ou de réunions en comité restreint, en face à face ou téléphoniques,
- pratique essentiellement l' « interprétation consécutive » : ce mode opératoire nécessite un discours scindé par séquences pour que l'interprète en restitue le contenu, au fur et à mesure, et par intervalles réguliers,
- intervient pour imposer un temps de traduction, et ce dans l'attention du maintien de la fluidité des échanges entre les parties.

[3] L'interprète médical et social peut être à la fois interprète et traducteur ; il s'agit toutefois de deux métiers distincts qui font appel à des compétences fondamentalement différentes.
[4] Nul enregistrement, y compris par les auditeurs, ne peut être fait sans leur consentement préalable.

De manière spécifique, l'interprète médical et social :

- exerce son activité au sein d'une diversité d'institutions et de lieux,
- exerce son activité entre des usagers non ou peu francophones, et les acteurs professionnels notamment des services publics, administrations, associations, (ou exerçant en privé), qu'ils soient travailleurs sociaux, médecins, soignants, éducateurs, enseignants, ...
- intervient au sein d'une relation souvent asymétrique, entre les professionnels des différents domaines et les usagers dans une position de besoins et de demandes.

Déontologie

Fidélité de la traduction

L'interprète en milieu médical et social restitue les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité[5], sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens.

Confidentialité et secret professionnel

L'interprète en milieu médical et social a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au même secret professionnel que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.

Impartialité

L'interprète en milieu médical et social exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale aux différents protagonistes.

Respect de l'autonomie des personnes

Il n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes. Il leur reconnaît les compétences pour s'exprimer en leur propre nom et prendre des décisions en toute autonomie. Il ne se substitue pas à l'un ou à l'autre des interlocuteurs.

[5] Comme pour toute interprétation et traduction, la précision et la fidélité visent la transmission satisfaisante de l'information et du style avant la restitution lexicale exhaustive.

Fonctions essentielles

TRADUCTION ORALE

L'interprète en milieu médical et social :

- traduit tous les propos énoncés par chacune des parties et les informe de cette règle au préalable,
- restitue le sens des propos au plus près des nuances exprimées grâce à l'utilisation de techniques d'interprétariat,
- respecte dans sa traduction les différents registres des discours - culturel, social, technique, ...,
- contribue à la fluidité des échanges en ayant le souci du rythme et une veille quant à la compréhension par chaque partie des propos traduits,
- garantit une traduction fidèle aux propos des usagers et professionnels et non à leurs intentions supposées,
- reste centré sur son travail de restitution, sans être influencé par les effets de relations majoritairement « asymétriques ».

ATTENTION ET DISPONIBILITE INTERCULTURELLE

L'interprète en milieu médical et social :

- intervient au croisement de registres de langages, d'usages et de systèmes et fait preuve d'une attention et d'une disponibilité interculturelles afin de mettre en « relation de compréhension » les parties,
- analyse les situations et sait discerner les origines des dysfonctionnements ou blocages dans l'échange qui relèvent de la traduction (vide lexical et points aveugles), des mots tabous, des stéréotypes...,
- tient compte de la place et du rôle de chacun dans cette relation triangulaire inhérente à l'interprétariat de liaison en veillant à maintenir un positionnement impartial,
- reste centré sur son travail de traducteur en ayant conscience des enjeux linguistiques et/ou de positionnement que peuvent entraîner
  - sa maîtrise des deux langues,
  - sa responsabilité de « veille de la compréhension »,
  - et les attentes culturelles (conseil, expertise, explication, substitution ...) dont il peut être l'objet par les interlocuteurs.

DISTANCIATION

L'interprète en milieu médical et social :

- inscrit son intervention au sein d'un cadre professionnel,
- assure la fonction de traduction orale consécutive pour laquelle il est mandaté, quel que soit le contexte émotionnel et interculturel de la situation,
- développe au sein de groupes de pairs des capacités d'analyse, de réflexivité et de décentration pour rester à l'écoute et stable dans son travail de traduction,
- respecte l'intégrité, l'autonomie et les stratégies / logiques des interlocuteurs.

Responsabilités et délimitation de la pratique

L'interprète médical et social accomplit ses fonctions professionnelles en **engageant sa responsabilité** au regard :

- de **la justesse de la traduction**, entendue comme « une opération sur ce qui se dit à travers les langues », de la transmission du discours, donc du sens, à travers un choix de vocabulaire et d'expressions adéquates,
- d'une **veille de compréhension,** entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits[6] et non comme l'appropriation des enjeux de la situation par les personnes (blocages, difficultés de discernement, ...).
- d'une **attention *inter*culturelle** favorisant le repérage d'incompréhensions et de malentendus entre les interlocuteurs. Selon le cas, il est amené à interagir pour leur explicitation :
  - il demande leur reformulation,
  - ou **sort de la traduction** en l'ayant annoncé, et en proposant - sous forme d'hypothèse à valider par les interlocuteurs - des informations, éclairages ou explications.

Il **sait délimiter ses fonctions et responsabilités** :

- il informe les parties des règles déontologiques propres à son exercice,
- il exerce avec neutralité et recul, quel que soit son propre parcours ; en aucun cas il ne prend la posture de conseil ou de défenseur de l'une ou de l'autre des parties,
- dans sa qualité d'interface linguistique, il n'entre pas dans une quelconque régulation ou conciliation : il garde une posture distancée, et n'est pas habilité à assumer des fonctions de médiateur social[7],
- dans ce cadre, il n'effectue pour aucune des parties des services autres que l'interprétariat,
- il identifie ses limites linguistiques et de posture professionnelle ; il renforce sa pratique à travers la formation continue.

[6] Il s'agit d'un devoir de vérification propre à l'interprétariat de liaison et qui le distingue de l'interprétariat de conférence.

[7] La médiation étant un processus de règlement de conflit, d'aide à améliorer une relation nécessitant des compétences de négociation, de motivation des personnes, de connaissances historiques, sociologiques, ethnologiques...

Textes réglementaires européens et français référencés

- *Charte sociale européenne (révisée 1996)*, Partie V - Article E - Non-discrimination

La jouissance des droits (...) « doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation. »

- *Annexe à la Recommandation Rec(2006)18 / 3*

Stratégies d'amélioration de la santé des populations multiculturelles et des soins de santé qui leur sont dispensés – *Non-discrimination dans l'accès aux services de soins de santé,*

« La suppression des obstacles à la communication est l'aspect qui nécessite l'intervention la plus urgente, claire et évidente.

(...) Des interprètes professionnels devraient être mis à disposition et utilisés régulièrement pour assister les patients membres de minorités ethniques, si nécessaire.

(...) Les professionnels de santé devraient être conscients que les obstacles linguistiques ont des effets négatifs sur la qualité des soins. Ils devraient être formés à travailler conjointement et efficacement avec des interprètes. Des programmes de formation s'imposent pour les interprètes travaillant dans le domaine de la santé.

(...) Les services de santé publique devraient être encouragés à contrôler la qualité des services d'interprétation médicale destinés aux minorités ethniques. »

- *Code de santé publique (version en vigueur 2 mai 2012),*

Titre 1 : les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre 1 : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

« Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté »

Art. L1111-2 *« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

- *Code de l'action sociale et des familles, Loi nº 2002-2 du 2 janvier 2002*, Article L311-3

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1. *Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;*
2. *Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;*
3. *Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;*
4. *La confidentialité des informations la concernant ;*
5. *L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;*
6. *Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;*
7. *La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.*

- *Haute Autorité de Santé (France)*

Recommandation de bonne pratique N° 13 : Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement. Recommandations pour la pratique clinique, Accès aux informations concernant la santé d'une personne, décembre 2005 :

IV.2. Modalités de communication du dossier et accompagnement de l'accès

« Dans le cas particulier des personnes ayant des difficultés de communication, la transmission des informations doit être adaptée à leurs possibilités et les difficultés de compréhension doivent être prises en compte de manière spécifique. »

- *Charte du patient hospitalisé – 2011*

« L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches).

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. »

- *Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015*

Axe 2 : Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires

« Garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social

- *Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider*

(...) Compte tenu de ces difficultés, qui s'ajoutent aux obstacles liés à la maladie, ces populations doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communications adaptés, organisation du recours aux services de traduction). »

comment travailler avec un interprète ?

Avant l'entretien

- Expliquez à l'interprète votre rôle et les objectifs que vous poursuivez.
- Prévenez-le de type de discussion que vous mènerez : la PPE n'est pas la psychiatrie, le service social n'est pas la police...
- Informez-vous auprès de l'interprète des sujets qu'il doit à respecter.

Au début

- Présentez l'interprète à votre interlocuteur. Insistez sur le secret d'identité, de confidentiel et d'expliquer quel rôle vous et qui sera dit sera traduit en toute confidentialité.
- Choisissez une disposition qui permette à chacun de garder le contact avec son interlocuteur.

Pendant

- Soyez patient. La traduction nécessite parfois des détours et des explications supplémentaires.
- Gardez cependant le contrôle du déroulement. Vérifiez avec l'interprète le niveau de compréhension : présence, délais, précision...
- Adressez-vous à votre interlocuteur étranger. Regardez-le. Le langage du corps est important.
- Employez des phrases courtes et simples pour faciliter le déroulement de la traduction.
  Evitez au maximum le jargon professionnel ou, le cas échéant, expliquez-le.
  Ne parlez pas plus fort que d'habitude.

Après l'entretien

- Provoquez un nouveau dialogue avec l'interprète pour évaluer la qualité de l'entretien.
- Si l'entretien s'appuie sur un cas possible ou du moins, voyez avec l'interprète. Proposez-lui d'en parler, s'il le désire.

Tout ce qui touche à l'asile est complexe et délicat. Ajoutez-y le fait qu'il n'y a pas un interprétariat, mais des interprétariats.

Des sources : www.foruminterprétariat.com

travailler avec un interprète par téléphone

Avant l'entretien

- Prévoir les procédures pratiques que l'on souhaite que vous voudriez discuter avec l'interprète.
- Assurez-vous d'un environnement propice : utilisez de préférence un téléphone sans fil.
- N'oubliez pas qu'en composant le 01 43 36 52 04 vous pouvez s'adresser à un opérateur SFT dans la mêlée vous de vous présenter dans votre demande, puis de vous connecter à l'interprète que vous souhaitez.

Au début

- L'interprète est "conseillé" par téléphone.
  Expliquez-lui brièvement le déroulement : ce dont il s'agit, votre rôle et ce que vous attendez de lui.
  Prévoyez-lui d'indiquer le nom et le prénom du demandeur par les chiffres en téléphonie "Tango Zulu" ou si vous pensez vous pouvez abréviation du nominal.
- Donnez le temps à l'interprète de se présenter à votre interlocuteur pour éviter les difficultés de confiance qu'induit systématiquement une rôle d'intermédiaire.

Pendant

- Utilisez un langage simple. Evitez les termes trop techniques, les raccourcis et surtout le jargon professionnel. Procédez par séquences courtes pour sauvegarder la sensibilité des messages.
- N'hésitez pas à user de la réformulation pour être sûr que chacun se comprenne : "Si j'ai bien compris, vous avez dit..."
- Restez maître de l'entretien du début jusqu'à la fin. Demandez à l'interprète de vous expliquer certaines longueurs. Ce le explication, il faut vous assurer que le contenu restait vos matériel.
- Observez votre interlocuteur pendant qu'il parle avec l'interprète : le ton de la voix, les hésitations, les silences... peuvent apparaître.

A la fin

- La décision de terminer l'entretien vous appartient.
- Ne demandez pas à l'interprète vos coordonnées personnelles. Il est plus que vous utilisiez l'APT interprétariat qui conviennent mieux.

Plus tard...

- N'hésitez pas à faire part à l'APT interprétariat de vos appréciations. Elles pourront à améliorer le quotidien de notre travail.

APT Interprétariat - 24, rue de Malakoff 75016 Paris - FRANCE
Mail : apt@apt.org - Téléphone : 01 53 36 53 24
Interpretation par téléphone : 01 53 36 52 04
Fax : 01 53 36 52 04

Nom : CHAABAN Prénom : Samah

EVALUATION DE LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES SUR L'UTILISATION D'INTERPRETE PROFESSIONNEL FACE A UN PATIENT NON FRANCOPHONE OU UTILISATEUR ELEMENTAIRE DE LA LANGUE FRANCAISE A TOULOUSE.

Thèse soutenue à Toulouse le 18 Juin 2014

La communication est un pivot dans la relation entre deux individus, elle est basée sur l'échange entre un émetteur et un récepteur qui sont deux humains complexes. Cette complexité se retrouvent dans la consultation médicale et peuvent être une source de malentendus. D'autres obstacles existent, notamment lorsque le médecin et le patient n'ont pas de langue commune. Quelle est la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel? Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive transversale déclarative par téléphone sur l'ensemble de la population de médecins généralistes installés à Toulouse et recevant des patients non francophones ou utilisateurs élémentaires de la langue française.

Nous avons retrouvé 130 médecins sur les 275 médecins généralistes, ils reçoivent des patients non francophones ou dit utilisateurs élémentaires de la langue française. Seuls 9% des médecins ont déjà eu recours à des interprètes professionnels et 74% à des interprètes informels. Les freins à l'utilisation d'interprète professionnel sont principalement la méconnaissance des structures proposant un service d'interprétariat professionnel, la complexité de sa mise en place et le coût. 75% l'utiliseraient s'il était mis à leur disposition mais avec des réserves. 91% n'ont pas reçu de formation. Les médecins généralistes à Toulouse n'ont pas recours aux interprètes professionnels ; ceci est lié aux difficultés d'accès et à la formation des médecins. Cette étude quantitative ouvre sur une étude pilote pour évaluer la faisabilité d'un dispositif d'accès à des interprètes professionnels pour les médecins généralistes à Toulouse.

EVALUATION OF THE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS ON THE USE OF PROFESSIONAL INTERPRETER FACE A PATIENT NOT SPEAKING OR USER BASIC FRENCH LANGUAGE AT TOULOUSE.

The communication is a pivot in the relationship between two individuals; it is based on the exchange between a transmitter and a receiver, which are both complex human. This complexity is reflected in the medical consultation and can be a source of misunderstanding. There are other obstacles, especially when the doctor and the patient do not have a common language. What is the practice of general practitioners on the use of professional interpreter? To meet these goals, we conducted an observational cross-sectional descriptive quantitative study declarative call on the entire population of GPs located in Toulouse and receiving non-francophone patients or users of elementary French. We found 130 doctors on 275 GPs receive non- francophone patients or users of the said elementary French language. Only 9% of physicians have been using professional interpreters and 74% using informal interpreters. Obstacles to using professional interpreters are mainly ignorance of structures offering professional interpreting service, the complexity of its implementation and cost. 75% would use it if it was available to them but with reservations. 91% did not receive training. GPs in Toulouse do not use professional interpreters related to difficulties of access and the training of physicians. This quantitative study opens up a pilot study to assess the feasibility of access to professional interpreters for GPs in Toulouse.

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Mots clés : soins primaire- médecine générale – médecine de famille - relation médecin patient -communication-interprétariat professionnel-migrant-inégalités sociales de santé
Keywords: primary care- general medicine- family medicine-doctor-patient communication- interpreter professional – migrant- social inequalities in health

Faculté de Médecine Rangueil – 133, route de Narbonne-31062 TOULOUSE Cedex 04- France

Directrices de thèses : MAINCION Virginie, GAUDILLIERE Bénédicte