

**UNIVERSITÉ PAUL SABATIER - TOULOUSE III**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1097

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de médecine de Toulouse

Le 13 septembre 2022 par **Marion ALIN**

Née le 14 septembre 1991 à Caen (14)

**ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE  
D'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL À TOULOUSE ET EN HAUTE-  
GARONNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Directrice de thèse :**

Madame la Docteure Samah CHAABAN

**JURY**

Madame la Professeure ROUGÉ-BUGAT Marie-Ève	Présidente
Madame la Docteure HASCHAR-NOÉ Nadine	Assesseur
Monsieur le Docteur PIPONNIER David	Assesseur
Monsieur le Docteur RAZONGLES Pierre	Assesseur
Madame la Docteure CHAABAN Samah	Assesseur



**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2020**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADJOU Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OUVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTALLT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHIZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RICHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROGUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSÉ Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREGINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZ Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Francis		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEDPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	Professeur ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	Professeur BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	Professeur BOUTALLT Franck
		Professeur Honoraire	Professeur BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	Professeur CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	Professeur CONTE Jean
		Professeur Honoraire	Professeur COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	Professeur DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	Professeur FRAYSSÉ Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	Professeur GUIRAUD-CHAUMEL Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur GRAND Alain
		Professeur Honoraire	Professeur JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	Professeur LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur LANG Thierry
		Professeur Honoraire	Professeur LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	Professeur LAZORTES Yves
		Professeur Honoraire	Professeur MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	Professeur MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	Professeur MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	Professeur MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur MURAT
		Professeur Honoraire	Professeur RICHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	Professeur RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	Professeur ROGUES-LATRILLE Christian

**Professeurs Emérites**

Professeur ADER Jean-Louis  
Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
Professeur ARBUS Louis  
Professeur ARLET Philippe  
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
Professeur BOCCALON Henri  
Professeur BOUTALLT Franck  
Professeur BONEU Bernard  
Professeur CARATERO Claude  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur CONTE Jean  
Professeur COSTAGLIOLA Michel  
Professeur DABERNAT Henri  
Professeur FRAYSSÉ Bernard  
Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
Professeur GUIRAUD-CHAUMEL Bernard  
Professeur GRAND Alain  
Professeur JOFFRE Francis  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LANG Thierry  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MANELFE Claude  
Professeur MASSIP Patrice  
Professeur MAZIERES Bernard  
Professeur MOSCOVICI Jacques  
Professeur MURAT  
Professeur RICHMANN Pascal  
Professeur RIVIERE Daniel  
Professeur ROGUES-LATRILLE Christian  
Professeur SALVAYRE Robert  
Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHE Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Généraliste
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHALVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET Françoise (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEONON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOUNIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Généraliste
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARENTE Jérôme	Neurologie
M. PARNALD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZIZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale  
Mme RI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Verina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Eberne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroendocrinologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Martine	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVIGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOS Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale  
M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale  
M. ABITTEBOUL Yves  
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène  
Mme MALAVALD Sandra



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN  
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUISSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Mylène	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLUSEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annabelle	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Salouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRBART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maïlys	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Tribut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurora	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUSSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Kathe	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TRENER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale  
M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOLY Julie

M.C.A. Médecine Générale  
Mme FREYENS Anne  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme PUECH Martine

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL  
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Cécile	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Véronique	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGOER Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Merlon	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Généraliste
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurora	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUA Lavina	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale  
M. BISMUTH Michel  
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale  
M. BREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Léila

## REMERCIEMENTS

À **Madame la Professeure Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT**, 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.

À **Monsieur le Docteur David PIPONNIER**, merci d'avoir accepté sans hésiter de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail.

À **Madame la Docteure Nadine HACHAR-NOÉ**, merci d'avoir accepté sans hésiter de participer à mon jury et de juger ce travail. Merci de l'intérêt porté à l'égard de ce sujet de thèse, ce fut un plaisir d'avoir pu échanger avant la soutenance.

À **Monsieur le Docteur Pierre RAZONGLES**, merci d'avoir accepté de prendre part à mon jury de thèse et d'accepter de juger ce travail. Merci de l'intérêt porté à l'égard de ce sujet de thèse, ce fut un plaisir d'échanger avant la soutenance.

À **Madame la Docteure Samah CHAABAN**, je te remercie pour ton soutien sans faille, ta disponibilité et tes précieux conseils.

À **toutes les personnes contactées pendant ce travail de thèse, aux membres du groupe d'experts**, merci pour votre disponibilité et votre expertise, pour m'avoir permis de travailler sur ce projet si passionnant.

# REMERCIEMENTS

À ma famille,

À mes parents, pour votre amour et écoute constante pendant toutes ces années. Je vous remercie particulièrement de me soutenir dans mes choix et d'en être fiers.

À mon frère, à ceux qui te rendent heureux au quotidien, Bénédicte, Mélisende et Bastien avec qui j'ai grand plaisir à faire le « chien tête en bas ». Je vous souhaite beaucoup de bonheur.

Au reste de ma famille, pour leur amour et leur soutien.

Avec tout mon amour.

À Cristobal, merci pour ton amour et ta présence dans ma vie. Tu m'inspires un peu plus chaque jour grâce à ton ouverture au monde, ton humour et ton humanité. Je remercie tout particulièrement le mot *wäscheklammer* qui m'a fait te rencontrer. Hâte de partir vivre l'aventure avec toi. Je t'aime.

À mes ami.e.s,

À ceux qui ont changé ma vie, Marie, Marika, Marco, Juliette, Martina, Eleonora, Irene, Matteo, Francesca, Matthieu, Lisa, Sandra, Pascale, Pouli, Zélie... À l'Erasmus et au café sauvage, ces aventures que je recommencerais tous les jours !

Aux copain.e.s toulousain.e.s, Tati, Ludi, Maud, PH, Typhaine, Tinmar, Cyril, Camille D., Camille L., Mathilde, Rémi la vie ici a été géniale grâce à vous.

À Laura et Tomer, aux *mauvaises voisines* Flora et Alice, merci pour vos écoutes attentives, au quotidien rythmé de cette année, entre ville et montagne. J'ai pu vivre de manière heureuse et bienveillante à vos côtés, merci.

À Joséphine et Matías, merci pour tous ces moments partagés et ces discussions passionnées. Hâte de voir la suite !

À Virgile, merci pour m'avoir fait sentir chez moi à l'autre bout de la France. Hâte de vivre pleins de nouvelles aventures, à vélo ?

À José, merci pour ta force, ton honnêteté et ta bienveillance. Te voir est toujours un bonus de bonheur pour moi.

À Chloé et à Robert, les moments passés avec vous sont une brèche dans l'espace-temps : la vie a mis de la distance kilométrique entre nous, et pourtant je me sens toujours proche de vous. Je crois que maladroitement c'est ma définition de l'amitié, la vraie. Merci de d'être si géniaux d'humour absurde, de vie loufoque et de péripéties inédites.

À Anchie, par où commencer ? Merci pour m'avoir laissé squatter ton salon toutes ces nuits, merci pour les virées en 4L et les sessions dépannages qui allaient avec, merci pour les trips improvisés, merci pour les déhanchements sur DKR, ou Slimane... Merci pour ton enthousiasme et ta folie, merci pour ta générosité et ton écoute. Merci d'avoir été là, pas loin, durant cette dizaine d'années. Merci pour ces rires et ces pleurs. Je te souhaite que du bonheur pour tes nouvelles aventures et en particulier que tes tendons d'Achille atteignent une taille raisonnable pour que tu puisses réaliser tes rêves bébé !

Avec tout mon amour.

À la Case de Santé, merci à toute l'équipe, le temps passé avec vous, m'a permis de réaliser de quelle manière je voulais exercer mon métier, dans la bienveillance et le partage. Merci pour votre ouverture d'esprit et votre humour toujours !

À Nabil, un remerciement tout spécial pour avoir relu ce travail et m'avoir aidé à le perfectionner. Merci d'avoir été un aussi bon formateur, tu as définitivement changé ma façon d'être médecin !

À Samah, merci pour ton enthousiasme et ta bienveillance. Réaliser ce travail à tes côtés a été un véritable plaisir et honneur pour moi. Tu es une source d'inspiration immense. Je respecte ta ténacité et ton optimisme sans faille. Merci et encore merci et encore merci !

# SOMMAIRE

ACRONYMES.....	1
INTRODUCTION .....	4
CONTEXTE et MOTIF DE RECHERCHE.....	6
A. Revue de la littérature sur la communication et l'interprétariat.....	6
1. <i>La barrière de la langue</i> .....	6
2. <i>L'interprétariat informel et autres méthodes</i> .....	7
3. <i>L'interprétariat professionnel</i> .....	9
B. État des lieux de l'interprétariat professionnel en France .....	13
1. <i>Le contexte légal et déontologique</i> .....	13
2. <i>Les recommandations institutionnelles récentes</i> .....	13
3. <i>Les différents projets impliquants l'interprétariat professionnel en France</i> .....	16
4. <i>En Occitanie, en Haute-Garonne et à Toulouse</i> .....	30
MATÉRIEL et MÉTHODES .....	37
A. Le groupe d'experts .....	37
B. Réalisation du cahier des charges .....	38
C. Les réunions .....	39
RÉSULTATS.....	40
A. Le cahier des charges présenté au groupe d'experts.....	40
B. Les éléments apportés lors des réunions .....	47
C. Présentation du projet final.....	54
DISCUSSION .....	63
A. Forces et limites de cette étude.....	63
B. Principaux résultats.....	65
1. « <i>L'interprétariat pour tous, par(tous)</i> ».....	65
2. <i>Fédérer autour d'un projet</i> .....	68
3. <i>Un dispositif réussi : simplicité, formation et diffusion</i> .....	69
4. <i>Plusieurs perspectives</i> .....	73
CONCLUSION .....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	83
ANNEXES .....	91

## **ACRONYMES**

AAP : Appel À Projet

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AME : Aide Médicale d'État

APTIRA : Association pour la Promotion et l'Intégration en Région Angevine

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAMLA : Association Santé Migrants Loire Atlantique

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CASO : Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation

CARMI : Collectif Associatif Régional de Médiateurs Interprètes

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAT : Centres de Lutte AntiTuberculeuse

CMP : Centres Médico-Psychologiques

CMU-C : Couverture Maladie Universelle – Complémentaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CODAGE : Collectif des Dispositifs d'Appui à la Coordination en Grand-Est

COFRIMI : Conseil et de Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations

COMEDE : Comité de la santé des exilés

CSP : Code de Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Diplôme-Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FIR : Fond d'Intervention Régional

FISS : Fond pour l'Innovation du Système de Santé

FORMS : Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IFERISS : Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISM : Inter-Service Migrants

ISM – CORUM : Inter-Service Migrants - Centre d'Observation et de Recherche sur l'Urbain et ses Mutations

LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

LSF : Langue des Signes Française

MdM : Médecins du Monde

MSA : Migration Santé Alsace

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

PRS : Projet Régional de Santé d'Alsace

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

REMEDES : Réseau de Médecins Solidaires

RIMES : Réseau de l'Interprétariat Médical et Social

RLG : Réseau Louis Guilloux

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

URMLA : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace

URPS : Union régionale des Professionnels de Santé

URPS-ML : Union régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# INTRODUCTION

La communication est par définition l'ensemble des interactions avec autrui qui transmettent une quelconque information. (1) Elle est à la base de la création de la relation entre les individus. Cette faculté de communiquer est donc un pivot dans la relation médecin-patient. Lors de mes stages d'externat puis d'internat, j'ai pu me rendre compte de la place prépondérante de la communication dans chaque temps de la consultation avec les patients : la rencontre et la présentation, puis l'interrogatoire, l'examen clinique et le diagnostic, l'information et les conseils... Ceci est d'autant plus vrai en consultation de médecine générale car le médecin généraliste est un des premiers contacts dans la prise en charge médicale des patients.

Lorsque la communication est impossible, comme dans le cas où il n'y a pas de langue commune entre les interlocuteurs, les informations ne peuvent pas être échangées.

J'ai pu observer et être confrontée à ce type de situation durant mes stages de formation. Pour réaliser ces consultations, j'ai été amené à utiliser des solutions de bricolage tel que les sites de traduction sur internet (google traduction par exemple), le recours à une personne de la famille (notamment des mineurs) ou un proche du patient qui se proposait de traduire (accompagnant la personne ou par téléphone), l'utilisation d'une tierce langue, de schémas, de gestes... Dans mon expérience personnelle, ces artéfacts de consultation m'avaient laissé une sensation d'insatisfaction, que je devinais aussi chez le patient.

Il est impossible de créer du soin de qualité sans échanges, car afin de prétendre soigner un patient, il faut tout d'abord pouvoir entendre ce pour quoi il vient consulter. Sans ce prérequis de dialogue entre le soignant et le patient, une consultation ne peut aboutir qu'à des erreurs.

L'une des raisons principales qui m'a fait aimer le métier de médecin est le contact avec la personne que je soigne. Lors de mes réflexions sur le sujet de thèse que j'allais choisir, rapidement la question de la communication est devenue évidente, et par glissement celle de l'incommunication.

J'ai pu expérimenter lors de mon dernier stage d'internat (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée ou SASPAS) dans un centre de santé, le recours à des interprètes professionnels par téléphone lors de consultations de médecine générale avec des patients non francophones (dit allophones) ou parlant difficilement le français. Cet outil m'a permis de mener des consultations de soins beaucoup plus adaptées en termes de prise en charge : examen clinique approprié, bilan sanguin plus précis, relation médecin-patient moins tendue et un

recours aux lieux de soin plus ciblé de par une meilleure information des patients (moins de recours aux urgences, orientation vers spécialiste plus précise).

À partir de ces expériences, j'ai réalisé des recherches sur l'interprétariat professionnel en France et à l'étranger dans le domaine de la santé, sur l'accès à cet outil et son impact en termes de santé publique.

Il existe de nombreuses études qui montrent les avantages de l'usage de l'interprétariat professionnel et la nécessité de sa mise en place dans le domaine de la santé. En France, il existe différentes structures qui ont mis en place cet outil et qui ont été évalué récemment dans le milieu hospitalier et en premier recours. De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé des recommandations en 2017 à ce sujet. (2)

Suite à toutes ces recherches, il m'est alors apparu important de pouvoir travailler autour d'une évaluation de la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel en médecine générale à Toulouse et ses alentours.

Afin d'aboutir à une thèse effective, et avec l'aide du Dr E. Escourrou, référent méthodologie pour le département universitaire de médecine générale de Toulouse (DUMG) , la méthodologie retenue relève de la recherche-action et comprend en premier lieu une revue narrative de la littérature sur l'interprétariat professionnel et sa mise en place en médecine de premier recours, et ensuite à partir de celle-ci, la création d'un cahier des charges évaluant la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel en médecine générale à Toulouse et ses alentours avec l'aide d'un groupe d'experts composé de professionnels concernés par cette question ainsi que des institutions du domaine de la santé publique (tel que l'Agence Régionale de Santé, ARS).

# CONTEXTE et MOTIF DE RECHERCHE

Nous commençons donc ce travail de thèse par une revue narrative de la littérature au sujet de l'interprétariat professionnel et son application, notamment en France.

## A. Revue de la littérature sur la communication et l'interprétariat

### 1. La barrière de la langue

On trouve dans la littérature de nombreuses recherches qui attestent que la barrière de la langue est une cause majeure d'inégalités de santé. Ces inégalités de santé se traduisent de différentes manières. On peut évoquer le retard diagnostique du fait de consultations tardives, des consultations multiples pour le même motif, un nomadisme médical, une multiplication des examens complémentaires, un moindre accès aux soins de prévention, et à l'éducation thérapeutique. (3–5)

La barrière de la langue implique une moins bonne compréhension du diagnostic et du pronostic, ainsi que du traitement et des soins prescrits. Différentes études montrent également que moins de visites de suivis sont prévues, une moins bonne observance thérapeutique attribuée toujours à une moins bonne compréhension, ainsi que plus de complications. (6,7,4,8)

Le défaut de communication implique également un défaut de réassurance, un défaut de motivation, un manquement en termes d'explications et de vérification de la compréhension du médecin envers le patient. (9,10)

En santé mentale, on observe les mêmes limitations avec une difficulté à l'expression des symptômes surtout dans les cas de détresse psychologique. La langue est le principal moyen par lequel les usagers transmettent leurs souffrances et par lequel les intervenants partagent leur compréhension de la situation. Avec la barrière de la langue, l'accès aux soins est diminué. (10–15) L'évaluation d'un patient, si elle ne se fait pas dans sa langue maternelle, peut conduire à un bilan incomplet ou erroné de sa santé mentale. (16–18)

La barrière de la langue est un facteur d'augmentation des coûts médicaux de deux manières principales : elle augmente le risque d'erreurs médicales et de complications par les phénomènes suscités tels qu'une faible adhérence, de mauvais diagnostics ou l'absence de soins préventifs, avec un recours aux consultations d'urgence plus fréquent ; et elle peut produire des

frais inutiles par une augmentation du nombre de consultation dû à un manque de satisfaction et de confiance du patient, des examens complémentaires inutiles, un nombre ou une durée d'hospitalisation plus importante. (19)

En effet, en cas de mauvaise communication lors de la consultation, le soignant doit considérer un plus large éventail de diagnostics différentiels et donc doit ordonner plus d'examens complémentaires afin d'établir le diagnostic. (3,20,21)

## 2. L'interprétariat informel et autres méthodes

Le travail avec des interprètes non professionnels n'est pas optimal dans la relation de soins pour des raisons de confidentialité, de compétences linguistiques ou de connaissances médicales insuffisantes. (10,22)

Le recours à des interprètes informels est pourtant régulier dans ce type de situation. (23,24) Il se définit par l'absence de formation et de rémunération de l'interprète. Ces interprètes sont soit un membre de la famille, un membre de l'entourage, un ami ou un autre accompagnant, et souvent il s'agit de mineurs. (22,25)

Ces interprètes informels sont source de beaucoup d'erreurs de traduction. En effet, il a été démontré qu'environ deux tiers des informations transmises par leur intermédiaire soit ne sont pas traduites, soit sont erronées. (26) Les erreurs peuvent être faites par omission (ne pas traduire la durée d'un traitement, les effets secondaires, le dosage, un antécédent ou une allergie), soit les informations peuvent paraître gênantes à traduire pour l'interprète informel, soit ils peuvent également donner leur avis personnel. (8) Les erreurs peuvent également être issues de mauvaises interprétations. Les traductions incorrectes peuvent être dues à des compétences linguistiques, médicales et culturelles limitées. Tous ces facteurs augmentent le risque d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques. (20,27,28)

L'interprète informel qui « traduit » n'est plus un pont entre deux interlocuteurs. Souvent, il est plutôt un barrage qui retient les paroles et puis sélectionne par rapport à ses propres critères. (29)

De plus, l'usage d'interprètes informels est contrevenant à l'éthique. Ils ne sont pas soumis au principe de confidentialité. Les enfants en tant qu'interprètes informels augmentent le risque d'interprétation erronées, mais surtout cela fait peser sur eux une responsabilité éthiquement intenable. (30,31)

Les conséquences d'erreur de traduction sont similaires à celles retrouvées en l'absence d'interprète (19,32–34) :

- Augmentation des coûts liés aux soins inutiles ;
- Erreurs diagnostiques ;
- Augmentation des consultations aux services des urgences ;
- Limite la confidentialité, obstacle sur certaines questions de santé sensibles telle que la sexualité.

Dans le cadre de la santé mentale, les erreurs d'interprétation ont des conséquences cliniques importantes au niveau de la précision du diagnostic et de la reconnaissance d'une pensée désordonnée ou d'un contenu délirant pour l'intervenant, et cela est particulièrement vrai pour les interprètes non-formés. (35)

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.

En l'absence de communication verbale, les médecins peuvent aussi être amenés à utiliser les gestes et les regards pour communiquer ou hausser le ton de la voix pour se faire comprendre. En ce qui concerne l'emploi d'une langue commune avec le patient, des réserves sur le niveau linguistique du médecin et du patient peuvent être soulignées. En effet, à part dans les rares cas de bilinguisme parfait, une tierce langue commune ne peut pas remplacer le parler et le comprendre de sa propre langue. (30)

Il existe d'autres méthodes pour essayer de communiquer, notamment celles liés à l'usage d'internet. « Traducmed » est l'outil internet le plus élaboré pour la médecine générale, néanmoins, il est axé uniquement sur le médecin, et non le patient. (36) 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. De plus, il est important de souligner que l'analphabétisme rend impossible l'utilisation de cet outil.(24,30)

### 3. L'interprétariat professionnel

La HAS définit un interprète professionnel comme un personnel formé et rémunéré pour son intervention. (2) Dans certaines situations, l'absence de traduction apporte des vécus de violence pour le patient. A contrario, accueillir un patient allophone en présence d'un interprète est un acte qui a une valeur signifiante d'hospitalité. (37)

L'interprétariat en milieu médico-social est porté depuis les années 90 par des associations à but non lucratif. Elles proposent des services d'interprétariat mis à disposition des institutions sanitaires, sociales, administratives et éducatives. Au fil des années, leurs actions se sont professionnalisées et ont donné naissance à une chartre : la chartre de l'interprétariat social et médical en France. Celle-ci donne une définition précise de la profession d'interprète en milieu médical et social : « [il] exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. » La chartre établit les règles qui régissent cette profession : la fidélité de la traduction, la confidentialité, le respect du secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des patients. (38)

Il est important de préciser ici que l'interprétariat en milieu médico-social n'est pas un métier reconnu, avec une formation spécifique. C'est le portage par la structure associative formatrice qui fait considérer le terme d'interprète professionnel. Il existe aujourd'hui un enjeu de la professionnalisation de cette discipline afin d'homogénéiser les pratiques.

L'interprète, en tant que personne formée et expérimentée, se distingue de la personne qui saurait simplement parler deux langues. Il restitue le sens des propos émis de l'un à l'autre et assure une veille de compréhension.

La compréhension linguistique, humaine et « scientifique » en question, condition sine qua non du métier de l'interprète, vient avec la formation, l'expérience et la sensibilisation aux domaines dans lesquels il travaille. (29) Un des axes de la chartre est l'importance de la formation des interprètes et la promotion des services d'interprétariat.

La connaissance 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. En effet, l'interprète ne fait pas une retranscription « mot à mot ». 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. La qualité d'écoute, de

mémorisation, de compréhension, de richesse, de réactivité linguistique sont des compétences indispensables pour limiter les malentendus pouvant influencer dans la qualité de soins.

Les interprètes professionnels restent la meilleure option pour optimiser la bonne communication entre le soignant et le soigné. Leur intervention contribue à : (8,39,40)

- Améliorer la satisfaction des patients et des soignants ;
- Garantir l'éthique médicale en matière de consentement éclairé et de confidentialité ;
- Améliorer la compréhension et l'adhésion au traitement ;
- Améliorer l'éducation et l'information pour la santé ;
- Augmenter l'efficacité et l'efficience du temps utilisé lors de la consultation ;
- Améliorer l'accès aux soins, surtout à la médecine préventive et mentale ;
- Réduire le risque d'erreurs médicales ;
- Mieux cibler recours aux spécialistes ;
- Réduire les coûts inutiles (examens complémentaires, traitements, durée d'hospitalisation, nombre de consultations).

Le recours à un interprète professionnel permet de surpasser la barrière linguistique qui peut être un obstacle à la relation médecin-patient comme on l'a vu plus haut. En établissant une communication tant culturelle que linguistique et en percevant les codes culturels au plus proche du besoin des personnes, il facilite leur intégration dans le système de soins. L'interprétariat professionnel est indispensable du point de critères éthiques, qualitatifs et économiques. (31,41-43)

En santé mentale, la présence d'un interprète permet de : (16,44-46)

- Promouvoir le développement d'une relation thérapeutique ;
- Comprendre l'expérience et le point de vue du patient et le contexte culturel qui sous-tend selon son comportement ;
- Mener une évaluation ;
- Formuler un diagnostic (distinction entre souffrance psychique, troubles psychologiques, et troubles psychiatriques) ;
- Décider, en accord avec le patient, d'un programme de traitement approprié ;
- Surveiller l'évolution de la maladie ;
- Réduire les délais d'intervention, et donc une récupération plus rapide pour le patient ;
- Évaluer l'efficacité du traitement, ainsi que les effets négatifs potentiels.

Sur le registre de l'économie de la santé, on note également une efficacité des consultations, moins d'orientations vers les urgences, une adéquation des services par rapport à la demande.

Enfin, grâce à une prise en charge optimale, on peut avancer la dimension d'intégration par le biais du soin.

De nombreuses études attestent que l'interprète vient déplacer la relation thérapeutique. On passe d'une relation duale à une relation tripartite. Cela peut être ressenti comme une confusion dans le soin et pour d'autres, cela instaure une dynamique groupale. En santé mentale, il ne s'agirait pas de rendre l'interprète expert en dimensions culturelle, sociale, anthropologique, mais de penser comment il peut venir étayer le professionnel dans sa démarche qui vise à comprendre cette altérité radicale. Malheureusement, comme le travail de soin subit une défamiliarisation au regard de l'intervention de ce tiers, il peut être sujet de tension et de rejet, et ainsi de non-recours. (17) Au-delà des bénéfices sanitaires au sens strict, le recours à l'interprète professionnel souligne un respect de la personne et de son droit à s'exprimer. À cet égard, il participe implicitement à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et les discriminations en santé dont la langue est un des facteurs centraux.

La formation des interprètes professionnels est primordiale afin qu'ils connaissent le vocabulaire adéquat, qu'ils puissent réagir professionnellement aux situations complexes et délicates. (47,48) Le recours à ces interprètes est commun dans le système hospitalier. (27,29,49)

De multiples travaux de recherche (thèses, articles publiés dans revues, travail d'association) ont étudiés le recours à l'interprétariat professionnel lors de consultations médicales, ces dernières années. (17,24,41,50-54) Une thèse a été réalisée à Toulouse en 2014 sur ce sujet, à laquelle nous reviendrons plus tard. (30)

Les services d'interprétariat par téléphone garantissent l'anonymat des patients et réduisent leur crainte de devenir victime des rumeurs, ce qui réduit le risque d'occulter des informations importantes. (55) A contrario, en santé mentale, l'interprétariat téléphonique serait plutôt porteur de difficultés (multiplication de moments d'incompréhensions et de malentendus, provoquant une tension dans la consultation). Le lien entre le soignant et le soigné est ici facilité par l'interprète. Son absence peut donc être considérée comme problématique. Le téléphone ne permet pas de voir les expressions des intervenants, diminue la complicité rendant l'interaction froide, met à distance de ce qu'il se passe dans la pièce (ne pas entendre toute la phrase à cause d'un grésillement du téléphone, interruption de la consultation sans possibilité de savoir ce qu'il se passe, impossibilité de traduire les hésitations ou incohérences). Ici, l'interprétariat téléphonique ne semble pas adapté car il ôte la dose d'humanité nécessaire en consultation de santé mentale. (56) L'interprétariat en présentiel est donc à privilégier.

Enfin, 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. (41,57)

D'après le rapport rédigé par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en avril 2019, les travaux et études réalisées ne permettent pas de conclure à un bilan économique, positif ou négatif, du recours à l'interprétariat. (58) Tout au plus, deux études mentionnent la modestie des coûts d'interprétariat rapportés à ceux des soins. (31,41) Par ailleurs, les modélisations opérées dans diverses situations de prises en charge, par exemple l'étude de la Direction Générale de la Santé (DGS) sur la prévention de complications diabétiques, et la prise en charge de patients tuberculeux ou infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), suggèrent que l'équilibre économique de l'intervention d'interprètes peut être facilement réalisé grâce au bénéfice tiré de cette intervention en termes d'observance des traitements et donc de complications lourdes évitées. (41)

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

- Une expérience frustrante pour le patient et le médecin ;
- Des diagnostics incomplets et inappropriés ;
- Une diminution du nombre de symptômes physiques et mentaux signalés ;
- Des examens, traitements et hospitalisations inutiles ou mal ciblés ;
- Des problèmes de fidélité au traitement ;
- Une sous-utilisation des services de santé (en particulier des services psychiatriques et préventifs) ;
- Une gestion inadéquate des maladies chroniques avec un taux plus bas de suivi ;
- Des problèmes médico-légaux (non-respect des principes de confidentialité et consentement éclairé) ;
- Des consultations multiples pour le même problème, avec notamment une augmentation du recours aux services d'urgence.

Pour conclure, l'absence de mots peut mettre en péril la co-construction d'une alliance thérapeutique de qualité, par le biais de 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.

## **B. État des lieux de l'interprétariat professionnel en France**

### *1. Le contexte légal et déontologique*

Il est mentionné dans le code de déontologie de la santé publique que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne, ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». (59)

Le serment d'Hippocrate prononcé avant de commencer à exercer la médecine stipule quant à lui : « j'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences ». (60)

« 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 » selon la convention européenne des droits de l'Homme. (61)

### *2. Les recommandations institutionnelles récentes*

À ce jour, concilier soins et langues reflète un réel enjeu de société. L'interprétariat médical et social professionnel a connu de fortes avancées institutionnelles ces dernières années avec l'inscription dans la loi de santé, la publication d'un décret d'application, un référentiel de la HAS et un rapport de l'IGAS sur le modèle économique de l'interprétariat.

L'article 90 de la loi de modernisation du système de santé (LMSS), du 26 janvier 2016 (62), a introduit dans le Code de la santé publique (CSP) un nouvel article (art. L. 1110-3 (63)) et a modifié l'article L. 167-31 du Code de la sécurité sociale (CSS) (64), prévoyant l'élaboration de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre des dispositifs de médiation en santé et d'interprétariat linguistique. Ces missions sont confiées à la HAS.

La HAS a donc publié en octobre 2017 un référentiel de bonnes pratiques sur l'interprétariat professionnel en santé. (2) Il précise les compétences requises, le socle minimal de formation pour l'exercice de l'interprétariat linguistique professionnel ainsi que les bonnes pratiques à respecter. Il est particulièrement mis en valeur la sensibilisation des professionnels à l'utilisation de ces nouveaux acteurs selon une « nécessité pour les étudiants des filières de santé et du secteur médico-social d'être sensibilisés aux spécificités du public ne parlant pas une même langue qu'eux, qu'ils seront amenés à prendre en charge dans leur exercice professionnel. Les étudiants et professionnels en exercice ainsi que les patients devraient être informés du recours possible à des interprètes professionnels soumis à un cadre déontologique. » (2)

Le volet précarité de chaque Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) inclut comme axe d'intervention le développement de l'interprétariat professionnel. Il stipule l'importance d'un ancrage de l'interprétariat professionnel dans les territoires au sein desquels des barrières linguistiques dans l'accès à la prévention et aux soins sont observées, aussi bien en établissement de santé qu'en médecine de ville.

Le PRAPS recense pour les 5 ans (2018 – 2023) les actions à mettre en œuvre pour faire face aux difficultés de santé rencontrées par les personnes les plus démunies, en situation de grande précarité, au niveau départemental et régional. (65) Il est mené par l'ARS dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS).

Le collège de l'HAS considère que l'interprétariat nécessite une reconnaissance et un financement adapté, et préconise la mise en place de procédures nationales harmonisées simples et rapides pour son accès.

Dans ce contexte, l'IGAS a publié un rapport en avril 2019 intitulé « le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé », en réponse à la lettre de mission adressée par le Ministère des solidarités et de la santé. Le but de ce rapport était de formuler une proposition pour rendre l'accès à l'interprétariat effectif en milieu hospitalier et en ville et d'objectiver un modèle économique en identifiant les ressources requises et les modalités de financement. (58) L'IGAS souligne que la comparaison avec d'autres pays montre que la France est clairement en retrait en matière de recours à des interprètes professionnels, tant que point de vue du droit que de la pratique. Le niveau des dépenses en témoigne : à population étrangère comparable, le niveau des dépenses en France devrait se situer aux environs de 30 millions d'euros selon les standards anglais ou suisse, voire 300 millions d'euros sur la base des pratiques suédoise contre 6 millions d'euros actuellement. Deux grands modes de fonctionnement ont été observés par la mission.

Le premier mode repose sur un subventionnement direct des opérateurs d'interprétariat qui fournissent en échange un volume de services aux professionnels ou aux établissements de santé désignés dans la convention ou le contrat passé avec le ou les financeurs. Par exemple, la convention passée entre la DGS et Inter-Service Migrants interprétariat (ISM) pour les années 2018-2021 pour un montant total de 805.600 € confie à ISM la réalisation d'un certain nombre de missions, dont notamment la réalisation d'interventions d'interprétariat au profit des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), des services de maladies infectieuses, des services d'hépatologie, des Centres de Lutte AntiTuberculeuse (CLAT) et des services hospitaliers prenant en charge des malades atteints de la tuberculose et enfin au profit de lieux d'accueil spécifique du Comité de la santé des exilés (COMEDE) et de Médecins du Monde (Mdm). La convention prévoit une valeur cible du quantum d'heures annuel d'interprétariat de 10.000 heures pour les établissements de santé et 750 heures pour le secteur associatif. (41) Plusieurs ARS subventionnent également, à partir généralement de crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR), des associations d'interprétariat qui délivrent en contrepartie des prestations d'interprétariat au profit d'établissements de santé et/ou de lieux d'accueil dédiés à l'accueil de migrants.

Le deuxième mode de financement repose sur un subventionnement des offreurs de soins qui rémunèrent directement des opérateurs d'interprétariat sur la base d'une tarification généralement au temps.

Dans son rapport, l'IGAS recommande :

- Une reconnaissance du dispositif et sa justification affirmée ;
- Une élaboration des règles de bon usage et leur diffusion ;
- Une simplicité d'usage du dispositif permettant au professionnel de santé d'y recourir directement sans excès de procédures ;
- La mise en mouvement des acteurs locaux coordonnée par les ARS.

Le rapport propose également des pistes pour un financement de l'interprétariat en médecine libérale. L'IGAS considère qu'un financement dédié dans le cadre d'enveloppes fermées est la solution la plus simple, la plus rapide de mise en œuvre et la plus adaptée à l'accompagnement d'un dispositif nouveau à l'échelle nationale. S'agissant de la médecine de ville, le recours à un fonds associé à une gestion directe des achats de prestations par l'Assurance maladie apparaît par l'IGAS comme la solution la plus adaptée.

L'IGAS formule également d'autres propositions telles que :

- L'introduction d'une majoration pour les consultations libérales ;
- L'utilisation d'outils de contractualisation tels que des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de moyens (CPOM) entre ARS et les différentes Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ;
- Une extension du marché de l'interprétariat en santé qui résulterait de la mise en place de financement, avec émergence de nouveaux offreurs et une concurrence sur les prix ;
- La création d'un processus de certification obligatoire des entreprises afin de garantir la qualité du service d'interprétariat.

L'IGAS a réalisé une évaluation de la dépense attendue, avec deux méthodes différentes menant à deux résultats fortement distincts :

- Soit par une mesure du besoin théorique, avec le parti pris que chaque recours au soin équivaldrait au recours à un interprète : la dépense s'élèverait de 150 millions pour profession médicale seule, à 300 millions pour toutes les professions de santé ;
- Soit par extrapolation des dépenses à partir des comparaisons internationales ou des dépenses observées dans les régions françaises les plus avancées : 20 à 40 millions.

Les budgets dédiés à l'interprétariat dans les différentes structures restent hétérogènes en fonction des territoires, des partenariats existants et des volontés institutionnelles. Dédier une ligne budgétaire spécifique à l'interprétariat professionnel semble un point majeur pour permettre l'application de la loi. À moyen ou long terme, la cotation d'un acte d'interprétariat par la sécurité sociale permettrait de le considérer réellement comme partie intégrante du soin et de l'intégrer pleinement dans le droit commun.

Pour finir, comme le souligne le rapport du Conseil de l'Europe 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* ». (66)

### 3. Les différents projets impliquants l'interprétariat professionnel en France

Au cours des dernières années, différentes structures ont mis en place ou étudié des systèmes d'interprétariat professionnel variés, à destination des médecins généralistes. Nous allons détailler certains de ces projets utiles à nous donner des pistes pour notre réflexion.

► En Région Grand-Est, premier projet notable de la mise en place de l'interprétariat professionnel en médecine libérale :

Depuis 2007, sous l'initiative de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace (URMLA) et du PRS d'Alsace, et en partenariat avec l'association Migration Santé Alsace (MSA), les médecins généralistes, les psychiatres, les pédiatres, les gynécologues et les autres spécialités en médecine libérale ont accès à des interprètes professionnels en présentiel. (67) Initialement, cette expérimentation était destinée au périmètre de Strasbourg et Mulhouse, puis a été étendu à l'ensemble de la région Grand-Est en janvier 2018.

Afin de bénéficier du service d'un interprète, le médecin de ville contacte directement l'association MSA, avec l'accord du patient. Les interprètes travaillent dans le cadre de la chartre de l'interprétariat décrite précédemment et sont rémunérés par l'association.

Au sein de ce projet, l'association MSA travaille activement à promouvoir et perfectionner l'activité d'interprétariat professionnel. Dans son rapport d'activités de 2019, elle établit les priorités en quatre volets : la promotion de l'interprétariat professionnel, la formation des interprètes, l'activité d'interprétariat auprès des services et le développement de l'interprétariat via des projets expérimentaux. (68)

On y apprend également la création d'un nouveau Réseau de l'Interprétariat Médical et Social (RIMES) qui a pour missions de : promouvoir et développer l'interprétariat médical et social professionnel et en garantir la qualité ; de favoriser la formation et la recherche dans le domaine de l'interprétariat médical et social ; et de promouvoir, pour les interprètes, un statut professionnel en adéquation avec les compétences exigées. (Annexe 1) La naissance de RIMES vise donc à renforcer la qualité des services d'interprétariat professionnel en France dans les domaines médical, social, administratif et éducatif, et à faire reconnaître l'importance de l'interprétariat professionnel pour des parcours d'intégration réussis et pour l'égalité d'accès aux droits.

La professionnalisation des interprètes est au cœur de la démarche de MSA. Elle se réalise par une formation initiale (socle essentiel qui permet de garantir un service de qualité et le respect des principes déontologiques) ; des suivis individuels (notamment via l'instauration d'un tutorat) et collectifs ; des groupes d'analyse des pratiques et des modules de formation continue.

Concernant le financement de ce projet, le dispositif était fondé à l'origine sur deux conventions complémentaires visant à coordonner les actions des deux partenaires de l'ARS pour le déploiement de l'interprétariat : l'URPS - médecins libéraux (URPS-ML) et le prestataire des services d'interprétariat, l'association MSA.

À la fin de la consultation avec l'interprète, le médecin signe un bordereau pour le paiement. Ce bordereau est ensuite remis à MSA qui l'adresse en facturation à l'URPS-ML, qui bénéficie d'une subvention de l'ARS couvrant la rémunération des prestations d'interprétariat. Un quota d'heure est alloué à chaque médecin en fonction de son estimation des besoins. L'ARS, en accord avec l'URPS a toutefois choisi de privilégier les soins de premiers recours (médecine générale et pédiatrie) qui n'ont pas de quota opposable. A l'initiative de certains médecins des spécialités de second recours, une « bourse d'échange » a été mise en œuvre permettant des ajustements de quota en cours d'année, répondant ainsi partiellement à la difficulté signalée par l'ARS de déterminer a priori les quotas pour les médecins nouvellement engagés.

L'ARS finance ce projet à partir de crédits du FIR comme expliqués plus haut dans le rapport IGAS mais également par un subventionnement direct à hauteur de 76.000 € par an pour la période 2018-2020.

Le dispositif a concerné, en 2016, 1100 « passages/patients ». Il s'applique dans le périmètre de Strasbourg et de Mulhouse : 82 médecins y ont fait appel. Les généralistes (24 sur 82) et les psychiatres (22 sur 82) constituent les utilisateurs les plus importants avec respectivement 60 et 25 % des « passages/patients ». La dépense totale supportée par l'ARS en 2016 a été de 32.500 € dont 2.386 € (7,3 %) au titre des frais de déplacement des interprètes, soit un prix unitaire total moyen de 36,11 € l'heure d'intervention et de 29,17 € par « passage/patient ». Le dispositif a été étendu à l'ensemble de l'Alsace en 2018. Le prestataire est toujours MSA sur la base d'un tarif tout compris (qui inclut le coût et le temps de transport de l'interprète) de 35 €/heure. Le budget prévisionnel était de 46.440 € pour 2018, de 47.640 en 2019 et de 48.840 € en 2020. La dépense totale 2018 s'est établie à 53.493 €, correspondant à 1399 heures facturées (y compris les déplacements), soit 1603 « passages-patients » réalisés au profit de 120 médecins différents, en dépassement par rapport au budget prévisionnel conduisant à anticiper sur la consommation de l'enveloppe 2019.

L'URPS-ML est particulièrement impliquée dans la promotion du dispositif par l'envoi « d'ambassadeurs » auprès des médecins destinés à lever les inquiétudes de ces derniers sur les conditions d'intervention des interprètes (secret professionnel, déroulement de la consultation...). Elle assure également, en application de la convention signée avec l'ARS, la sensibilisation et la formation des médecins « utilisateurs ».

Depuis le début de sa mise en place, ce projet a été évalué plusieurs fois. En 2010, une première thèse, quantitative, mesurait le bénéfice apporté aux médecins et aux patients suite au recours à un interprète professionnel présent. (69) Une autre étude en 2014, qualitative, s'est intéressée à l'impact des interprètes présents sur la pratique des médecins généralistes. (53) Ces travaux ont démontré que l'interprétariat apportait une aide aux patients pour expliquer leur demande, pour mieux communiquer. Ceux-ci se sentaient plus reconnus. Une majorité des médecins et patients souhaitaient un interprète professionnel pour la prochaine consultation.

Une évaluation a été confiée à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand-Est par l'ARS. Un bilan d'étape a été réalisé en janvier 2019, fondé notamment sur un questionnaire en ligne destiné aux médecins utilisateurs. Les évaluations par ces derniers sont très positives et rendent compte de l'apport essentiel de l'interprète dans une consultation diagnostique, pour l'anamnèse notamment, comme dans une phase d'explication du traitement. La pertinence de l'étude est toutefois limitée par le faible nombre de réponses (33 questionnaires remplis par 13 médecins différents).

L'interprétariat téléphonique, via l'association ISM interprétariat, est disponible depuis janvier 2021, à destination des médecins libéraux et des sage-femmes de la région Grand-Est. Ce nouveau dispositif fait suite à un projet d'expérimentation mené depuis 2018 par l'ARS avec le soutien de l'URPS-ML. (70) Il suffit d'envoyer un mail à l'association Collectif des Dispositifs d'Appui en Grand Est (CODAGE), à qui l'ARS a délégué la gestion de ce dispositif. (Annexe 2) Un nouveau CPOM a été conclu entre l'ARS et l'URPS-ML pour organiser ce dispositif. Sur la base d'un tarif par appel de 20 € puis 6,50 € toutes les 5 minutes au-delà des 15 premières minutes, le budget prévisionnel est de 4000 € en 2018 (phase de test) puis 15.900 € en 2019 et 23.850 € en 2020. A la fin de l'année 2018, la dépense réelle constatée était de 1196 € (627 minutes) sensiblement inférieure à la prévision.

Si les échanges avec les acteurs locaux témoignent de leur satisfaction, trois préoccupations émergent dans la perspective d'une montée en charge du dispositif :

- Les capacités de financement de l'ARS à partir des crédits du FIR et la possibilité de solliciter d'autres financeurs ;
- La disponibilité d'une offre de service suffisante en volume, en diversité et en niveau de qualité ;
- L'incapacité de l'URPS à supporter durablement la charge de gestion financière du dispositif.

Toutefois, l'ARS et l'URPS ont pu identifier deux autres acteurs locaux, dont l'existence témoigne d'un phénomène de diversification de l'offre :

- Babel Interprètes, qui est une association d'insertion par l'activité économique basée à Chaumont qui propose un service d'interprétariat en facilitant l'insertion professionnelle des réfugiés ;
- Linoo basée à Metz, qui est une association portant une plateforme proposant des services d'interprétariat par des interprètes auto-entrepreneurs.

► **En Pays de la Loire, un second projet à dimension régionale :**

En Pays de la Loire, fin 2014, un groupe de réflexion s'est créé sur la problématique d'accès aux soins de premiers recours pour les personnes en situation de vulnérabilité. Les participants étaient MdM, des médecins recevant des patients allophones, la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), l'Association Santé Migrants Loire Atlantique (ASAMLA), l'Association pour la Promotion et l'Intégration dans la Région Angevine (APTIRA) et du service d'aide médicale urgente (SAMU) social. Après un rapprochement de l'URML des Pays de la Loire, une commission « Précarité » a été créée pour but de former un réseau « Précarité », dont un des axes de travail serait l'interprétariat professionnel. Dans ce contexte, un projet a été déposé à l'ARS et après validation, a été financé pour une expérimentation jusqu'à décembre 2019. Lancée en juin 2017 au profit des seuls médecins généralistes de l'agglomération nantaise, elle a ensuite été étendue progressivement : aux généralistes de l'agglomération angevine en octobre 2017, à l'ensemble des généralistes de la région en novembre 2017 et enfin à l'ensemble des spécialités en octobre 2018.

Un accès à l'interprétariat téléphonique (via ISM), et physique (via l'ASAMLA et l'APTIRA) pour les villes de Nantes et Angers, est assuré aux médecins libéraux des Pays de la Loire pour améliorer la prise en charge des patients allophones. Ce service est disponible pour tout type de consultation notamment pour les pathologies chroniques ou psychiatriques, la prévention, les urgences, les premières consultations ou les cas complexes. Le service est gratuit pour les patients et les médecins libéraux utilisateurs. Le financement provient de l'URML et de l'ARS. L'URPS-ML des Pays de la Loire a conçu et très largement diffusé à ses adhérents, généralistes et spécialistes un guide simple à usage opérationnel sous la forme d'un flyer qui explique le fonctionnement du dispositif. (Annexe 3) Pour adhérer, il suffit d'envoyer un mail.

De même que pour le projet alsacien, ce projet a été évalué par plusieurs travaux.

En 2019, deux travaux de recherche distincts ont évalué le niveau de satisfaction des médecins généralistes utilisant l'interprétariat téléphonique ou physique en consultation ambulatoire. (24,71) Nous allons détailler rapidement les résultats d'une de ces recherches. Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, prospective sur une période allant de juillet 2017 à février 2018. Elle a été co-financée par l'ARS des Pays de la Loire et l'URML des Pays de la Loire.

Les résultats de cette étude sont univoques : dans 91% des cas, les médecins ont noté entre 8 et 10/10 leur satisfaction globale du dispositif et 96,7% ont prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel avec le patient. L'interprétariat téléphonique a été plus largement utilisé que l'interprétariat physique. Ceci peut être expliqué par son accès plus rapide en consultation de médecine générale. L'accessibilité 24h sur 24 et le large panel de langues proposées rend ce système plus facile à utiliser. Cela est particulièrement utile pour un premier contact avec un patient allophone. Un autre avantage de l'interprétariat téléphonique est de permettre l'anonymat et la diminution de la crainte pour le patient d'être jugé. Le lien de confiance entre le médecin et le patient a été considéré comme renforcé dans 96,2% des réponses. Le sentiment d'être mieux compris est retrouvé dans 99,1% des réponses. Les réponses les plus recensées concernant l'apport de l'interprétariat étaient : d'avancer dans le plan de soin, de dénouer des problématiques non résolues auparavant, de mieux comprendre la demande du patient et de délivrer des informations ou une éducation thérapeutique.

Les principaux freins évoqués par les médecins étaient le délai jugé trop long pour obtenir un interprète en ligne pour l'interprétariat téléphonique et la planification jugée trop longue pour l'interprétariat physique. Dans la littérature anglophone, il n'est pas prouvé que la présence d'interprète rallonge le temps de consultation car les résultats des études ne sont pas unanimes (72–74). La durée moyenne des 289 entretiens téléphoniques avec ISM était de 15 minutes. Cette moyenne est proche de celle des consultations en médecine générale, d'environ 16,2 minutes selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG). (75) Malgré les difficultés énumérées, les médecins n'évoquaient pas de frein dans 62,6% des cas pour l'interprétariat téléphonique et 42,9% pour l'interprétariat physique.

Une autre thèse de 2017, réalisée à Nantes, est intéressante par son point de vue. Elle interrogeait les patients allophones sur leur ressenti concernant leurs premières consultations médicales. (76) Pour certains, la présence d'un interprète était indispensable pour le premier contact et la mise en route d'une relation médecin-patient de qualité. D'autres exprimaient que l'interprétariat professionnel était chronophage, et se disaient peu informés sur les règles éthiques des interprètes.

Sur le plan du financement, un CPOM a été signé, en novembre 2016, entre l'ARS et l'URPS-ML. Le CPOM définit un cadre général de coopération entre l'ARS et l'URPS qui porte sur quatre objectifs jugés prioritaires dont un s'intitulant lutte contre la précarité, incluant la mise en place de l'interprétariat ainsi que la formation et l'information des médecins. Le CPOM assure le financement du dispositif à hauteur de 35.000 € par an, l'URPS-ML prenant en charge les facturations des associations d'interprétariat intervenant sur la base d'un tarif horaire et l'information de ses adhérents. Elle combine, au choix du praticien, le recours à l'interprétariat présentiel ou à distance par téléphone. Les utilisateurs ont clairement privilégié l'interprétariat par téléphone (95 % par téléphone contre 5 % des interventions en présentiel).

► En Bretagne, plusieurs projets intéressants :

Une étude a été menée en 2016 à Rennes, proposant les services d'interprétariat via ISM à des médecins généralistes sur une durée d'un mois. (54) L'objectif de ce travail était de déterminer si l'interprétariat professionnel par téléphone répond à un besoin de médecins généralistes, si sa mise en place pratique est réalisable dans une consultation de médecine générale libérale et si elle apporte satisfaction à ces médecins. Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes libéraux rennais. Les entretiens avec les médecins recrutés étaient réalisés à la fin du mois d'expérimentation.

Les résultats de cette étude sont en faveur d'une faisabilité de la mise en place du système d'interprétariat par téléphone en médecine générale. En effet, l'absence d'organisation en amont et la disponibilité quasi-immédiate des interprètes s'adaptent au rythme des consultations de premier recours. On peut aussi souligner que le large panel de langues et dialectes proposés et la disponibilité des interprètes 24h sur 24h rendent leur offre encore plus attractive et efficace en cas d'urgence. L'utilisation du service par téléphone convient pour des motifs de consultations somatiques. Par contre, les troubles psychiques ou psychiatriques ne semblent pas se prêter à l'interprétariat par téléphone selon certains médecins.

Le recours à l'interprète a souvent été utilisé que pour une partie de la consultation : pour établir un diagnostic en précisant l'interrogatoire, ou plutôt en fin de consultation pour réaliser de l'éducation thérapeutique ou vérifier la bonne compréhension du patient. On voit donc que l'apprentissage à l'interprétariat professionnel joue probablement un rôle dans la façon dont les médecins vont utiliser ce service. La gestion d'une consultation à 3, a fortiori un interprète, nécessite un apprentissage, une manipulation de l'outil répétée. Même à distance, par téléphone, sa présence complexifie l'échange. Le rythme de la consultation est modifié.

Également à Rennes, plus récemment, en 2019, un projet d'expérimentation nommé « consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville » a été autorisé par l'ARS de Bretagne. (77) Pour une durée de 4 ans et sur le territoire de Rennes (avec expansion sur toute l'Ille-et-Vilaine dans la dernière année), cette expérimentation vise à mettre en œuvre une offre de consultation pour les migrants primo arrivants en médecine générale sur la base de la prise en charge financière du coût de l'interprétariat pour les personnes allophones ainsi qu'un temps de consultation médical majoré. Le projet s'appuie sur un réseau de partenaires existants dont le pivot est le réseau associatif Louis Guilloux (RLG) qui gère un centre de santé et travaille déjà avec des médecins libéraux. Il forme également des interprètes professionnels dans plus de 20 langues.

Concrètement, les consultations sont organisées par un secrétariat centralisé géré par le RLG, réalisées sur des plages horaires fléchées par les médecins de ville, partenaires du projet, en présence d'interprètes professionnels du Pôle interprétariat du RLG qui se charge d'organiser et de financer ces prestations. L'interprétariat en présentiel est assuré sur Rennes et les communes limitrophes. Au-delà de cette limite géographique, le recours à l'interprétariat se fait soit par téléphone ou en « visio » ou, en présentiel avec une majoration du coût lié au temps et aux frais de déplacements.

Afin d'évaluer l'impact économique, le coût des passages aux urgences des patients migrants non hospitalisés a été estimé, en prenant l'hypothèse que les problèmes auraient pu être traités en médecine générale, ce qui n'est bien sûr pas le cas pour tous les passages. Le total minimum des coûts, pour la sécurité sociale, imputables aux passages aux urgences hospitalières sur la région rennaise peut être estimé à 187 137€ par an.

Le financement de ce projet est réparti entre l'ARS et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) dans le cadre du dispositif de facturation spécifique prévu dans l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018. Ce dispositif permet d'expérimenter de nouvelles organisations de santé reposant sur des modes de financements inédits. Un financement par création d'un forfait de prise en charge par patient est proposé comprenant deux consultations longues de médecin généraliste par an (majoration de 25€ par consultation), les prestations d'interprétariat professionnel en présentiel ou à distance (sur la base d'un coût forfaitaire par heure de 38€), la coordination médicale et administrative, la formation des professionnels. Le forfait cible, c'est-à-dire celui de la 4<sup>ème</sup> année d'expérimentation, est évalué à 214,4 euros par patient et par an. Il pourra être diminué si la réévaluation des besoins en coordination médicale et administrative dédiés au projet montre que les besoins avaient initialement été surestimés.

Dans le modèle proposé, les financements sont portés par le RLG qui assurerait la facturation du forfait à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et la répartition des recettes auprès des médecins concernés. Le projet prévoit une phase d'évaluation médico-économique qui devrait permettre de mesurer les gains permis par une meilleure prise en charge notamment en termes de réduction des passages aux urgences et de coûts évités. L'évaluation sera réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et la CNAM. En Annexe 4, nous pourrions retrouver les estimations réalisées du coût de ce dispositif pour les 4 années de son expérimentation.

► À Bordeaux, l'expérimentation est en cours :

En 2018, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Bordeaux a mis à disposition un service d'interprétariat professionnel en présentiel et par visioconférence aux médecins généralistes de deux quartiers de Bordeaux, durant une période de 6 mois. Ce dispositif a fait l'objet d'une thèse de médecine générale de 2019 intitulée « Évaluation d'un service d'interprétariat par visioconférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux ». Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes et des patients ayant bénéficié du service d'interprétariat, d'évaluer la pertinence du dispositif dans la pratique de médecine générale et de mettre en lumière des déterminants du non-recours au service chez les autres médecins des quartiers ciblés par l'expérimentation. (50) Il en ressort que les médecins expérimentateurs ont été satisfaits de l'expérience. Ils ont noté une nette amélioration de la relation médecin patient, permettant une prise en soins de meilleure qualité. Le recours a été assez faible du fait dû à la nécessité de réserver le service d'interprétariat. Le point de vue des patients a été recueilli également. Ils ont été très satisfaits des interprètes professionnels, en qui ils avaient une grande confiance concernant la qualité de la traduction et ont ressenti une nette amélioration de la communication avec le médecin. Le média vidéo tendait à humaniser la relation, mais pour certains elle était plus intimidante que le téléphone pour aborder des sujets sensibles. La plupart des médecins n'ayant pas eu recours à ce dispositif l'expliquent par une méconnaissance de son existence et une majorité souhaitait pouvoir avoir accès à un service d'interprétariat professionnel. Pour augmenter le recours à l'interprétariat, il semble important de garantir la confidentialité et la gratuité du service dans la communication, de proposer un service à distance simple et disponible immédiatement.

Ce travail souligne également qu'une plus grande sensibilisation des médecins au cours leurs études sur l'interprétariat professionnel permettrait de banaliser le recours et de diminuer les freins psychologiques à son utilisation.

Lors des recherches bibliographiques, notre attention s'est également portée sur le projet « Interprétariat en santé et accès à la médecine de proximité » de MdM Bordeaux. (51) En 2017, MdM, le CCAS de Bordeaux, la PASS de l'hôpital Saint-André et plusieurs médecins de ville ont monté un projet expérimental visant à proposer des outils à destination des médecins de ville pour faciliter la prise en charge des patients migrants précaires. Le projet prévoyait un accès à l'interprétariat téléphonique avec ISM pour les médecins généralistes libéraux recevant des patients allophones. Après deux ans d'expérience, un bilan transitoire a été réalisé par MdM qui en présente les résultats dans son rapport :

- La mise à disposition de l'interprétariat pour les médecins de ville est essentielle à une prise en charge de qualité ;
- L'option téléphonique est à privilégier par rapport à l'interprétariat physique pour la flexibilité et la facilité d'accès qu'elle présente – réponse immédiate quel que soit la langue du patient ;
- L'animation d'un réseau de médecins pour faire vivre ces outils et les adapter est indispensable. En effet, au-delà de la diffusion des outils et de la création d'un réseau de médecins de ville, l'expérience montre que l'animation de ce réseau doit être garantie dans la durée pour éviter un essoufflement des dynamiques ;
- Ce réseau doit être large pour ne pas créer des engorgements de patients chez certains médecins ;
- L'engagement des organismes de santé (CPAM, ARS, URML, etc.) est déterminant dans la pérennité et la légitimité de ces dispositifs. Les dispositifs ayant fait leurs preuves sont soutenus, politiquement et financièrement par les ARS et les URML. La qualité des soins relève en effet de leur compétence et ils doivent être porteurs de ces projets.

Le projet bordelais a évolué récemment. Depuis janvier 2022, il propose un interprétariat présentiel via l'association Imédi et téléphonique via ISM, à destination des médecins libéraux de toutes spécialités et des sage-femmes, sur Bordeaux et Angoulême. L'élargissement à la région Nouvelle-Aquitaine est en discussion actuellement, devant une sous-utilisation du dispositif et une demande en zone rurale. Ce projet est organisé et évalué par MdM. La diffusion de l'information est aussi réalisée par MdM. Le financement est assuré par ARS dans le cadre d'un appel à projet (AAP) via l'association Imédi qui assure la gestion administrative.

► À Marseille, un dispositif unique la « PASS de ville » :

Lancée fin 2018, la PASS de ville est un dispositif permettant une orientation immédiate des patients se présentant au centre médical de MdM à Marseille vers un réseau de médecins de ville partenaires si ce patient a des droits potentiels à une couverture maladie. Elle est issue d'un partenariat entre MdM et l'URPS-ML de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. (78–80)

Le projet vise à insérer rapidement la personne dans un parcours coordonné afin de limiter l'errance médicale et d'assurer une meilleure qualité de la prise en charge. Les médecins partenaires bénéficient de plusieurs soutiens de la part du dispositif, dont un accès gratuit à l'interprétariat téléphonique via ISM. Une convention entre MdM et la CPAM 13 garantit l'obtention d'une couverture maladie sous 15 jours pour les patients orientés dans le dispositif. Le paiement pour les professionnels de santé de ville est donc effectué avec une facturation différée. Les patients ne pouvant pas prétendre à une couverture maladie sont également orientés dans le dispositif PASS de ville vers les partenaires de santé afin de leur permettre un accès aux soins. Le coût de ces soins est pris en charge par MdM qui a prévu une enveloppe à cet effet. Ce projet est financé par l'ARS, le département et la métropole.

Une thèse qualitative de 2019 a exploré le vécu de la prise en charge par les professionnels de santé partenaires du dispositif PASS de ville, ainsi que leurs stratégies et/ou postures dans le cadre de cette prise en charge. (81) Les limites de ce dispositif retrouvées étaient :

- Une non-valorisation des prises en charge complexe nécessitant un temps de consultation prolongé ;
- La lourdeur administrative du dispositif qui peut être un frein pour l'intégration des médecins dans ce dernier ;
- L'utilisation de l'interprétariat ne semble pas avoir été saisi par les professionnels, préférant maintenir leurs moyens de « débrouille » ;
- Une nécessité d'élargir le recrutement des professionnels de la PASS de ville et d'essayer de créer une équipe de professionnels partenaires du dispositif autour du médecin généraliste dans une même zone géographique.

Afin que les professionnels de santé puissent mieux se saisir de l'interprétariat pour améliorer la prise en charge de ces patients, il était alors proposé de leur apporter une meilleure information concernant les bénéfices de cet outil sur la santé des patients et de mieux les guider dans son utilisation.

Une seconde thèse datant d'octobre 2021 a étudié les expériences des patients pris en charge par le dispositif PASS de ville. (82) Concernant l'interprétariat, il est seulement fait mention qu'il a permis de se rapprocher au plus près de la population source, majoritairement allophone.

► En Auvergne-Rhône-Alpes, un autre exemple distinct à dimension régionale et une spécificité en santé mentale :

Existant depuis 2017, le dispositif d'interprétariat a subi des modifications pour aboutir en janvier 2020 à un interprétariat majoritairement téléphonique dans toute la région Auvergne-Rhône-Alpes, uniquement pour la première consultation médicale des médecins généralistes, des spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des structures d'hébergement, avec exception pour les consultations de psychiatres et de psychologues ainsi que pour les PASS qui peuvent y avoir recours plusieurs fois. (83)

L'interprétariat physique (privilégié au début du dispositif) peut être demandé sur justification. Les interventions sont programmées pour une heure minimum au téléphone et deux heures sur site et peuvent être allongées si besoin. Ce service est destiné à répondre à une demande en santé pour les patients précaires allophones. Le service est gratuit et financé par l'ARS. Le portage du projet est assuré par l'association ISM- Centre d'Observation et de Recherche sur l'Urbain et ses Mutations (ISM-CORUM) qui fournit la prestation d'interprétariat.

Une thèse de 2021 a exploré le vécu et ressentis des médecins généralistes face à l'utilisation du dispositif d'interprétariat professionnel afin d'identifier les freins et leviers à son utilisation. (84) Nous pouvons retenir de ce travail que les médecins interrogés jugent que la barrière de la langue est à l'origine d'un sentiment d'insatisfaction de prise en charge, qui est considérée comme incomplète et entraîne la crainte d'une perte de chance pour les patients. Il existe également une insatisfaction des méthodes usuelles pour pallier la barrière de la langue. Selon le profil professionnel, certains ont une affinité pour la prise en charge des patients allophones en situation de précarité souvent liée à leur expérience préalable, à une sensibilisation aux problématiques de la précarité et de l'interculturalité ou aux intérêts face aux contextes géopolitiques et migratoires des patients. Cela touche aussi à une vision sociale de la médecine avec une empathie prononcée envers les patients allophones en situation de précarité.

Concernant le dispositif d'interprétariat, il reste méconnu. Pourtant les médecins reconnaissent que par l'accès à la communication, l'interprétariat professionnel aide à plusieurs niveaux : à l'élaboration du diagnostic à travers un interrogatoire approfondi, à la prise en charge thérapeutique, à l'élaboration d'une relation de soin de qualité, au respect d'un cadre

déontologique. Le recours à l'interprétariat professionnel entraîne chez tous les médecins interrogés une augmentation de leur niveau de satisfaction face à la prise en charge des patients allophones. Les critères d'éligibilité au dispositif sont jugés comme restrictifs pour la majorité des médecins interrogés, sont source d'interrogations et de frustrations, et apparaissent comme des limites à l'utilisation du dispositif. Le recours unique en soins primaires (limité à la primo-consultation) est : source d'incompréhension et d'un sentiment de « retour à la case départ » ; relève d'une inadéquation face aux principes de la médecine générale (importance de la réévaluation et du suivi des traitements et symptômes, de la reprise des informations données...) ; ne respecte pas la construction sur la durée de la relation de soins. Il se pose la question d'une généralisation du recours à chaque consultation.

L'anticipation nécessaire des consultations avec interprète professionnel est également jugée non adaptée à la médecine générale et non adaptée à la population bénéficiaire (consultations non programmées, risque de rendez-vous non honorés, nomadisme médical). Tous regrettent l'absence d'un recours possible en urgence.

Le choix d'un interprétariat téléphonique présente des avantages (respect de l'intimité, relation de soins triangulaire facilitée, aspect simple et pratique du téléphone) mais également des inconvénients (l'absence de rencontre limite l'instauration d'un lien de confiance, interface virtuelle inadaptée, contrainte matérielle, temps mort de l'examen physique). L'interprétariat présentiel est apprécié par beaucoup (place du tiers facilement trouvée dans la consultation, accès à la communication non verbale et au temps de traduction « post-consultation ») mais représente une pression organisationnelle pour certains.

Concernant l'interprète, nous pouvons noter qu'il est mentionné une importance du suivi avec le même interprète et que le genre de l'interprète peut avoir une influence. Le professionnalisme des interprètes est souligné par tous les médecins interrogés.

Le dispositif a pu paraître chronophage pour certains (temps d'organisation en amont, temps d'intervention) et à l'inverse pour d'autres, l'interprétariat professionnel permet un gain de temps, l'aspect chronophage apparaît compensé par les bénéfices de l'intervention. La démarche à effectuer a paru facile et rapide pour certains, notamment lorsque le dispositif est déjà intégré dans la structure de soins, lorsque l'organisation est gérée par autrui (secrétariat médical, structures sociales ou associatives...). Au contraire, certains l'ont trouvé lourde et complexe, surtout pour la première demande d'interprétariat, les demandes suivantes apparaissent facilitées. Il existe un manque de confiance dans la pérennisation du dispositif lié à des freins financiers supposés et au flou autour des motivations institutionnelles face à son développement.

En guise de conclusion, la thèse ouvre sur des perspectives d'évolution qui sont multiples :

- La diffusion et promotion du dispositif via les structures associatives et travailleurs médico-sociaux, par le biais d'une plaquette d'information et de sensibilisation ou via une information institutionnelle (courrier postal ou électronique) ;
- La simplification de la démarche par la création d'une plateforme ou un accès libre à l'interprétariat téléphonique ;
- Une plus grande accessibilité avec élargissement des possibilités de recours et des critères d'utilisation, selon un système de forfait par patient et par année, et un recours possible en urgence (à travers une ligne téléphonique dédiée par exemple) ;
- La généralisation de sa mise en place à toute structure de soins ;
- La valorisation financière des consultations effectuées avec interprète professionnel ;
- Du côté des interprètes : une évaluation des interventions, une sur-spécialisation, une poursuite de la prise en charge avec le même interprète ;
- Un partenariat entre les institutions décisionnaires et les acteurs usagers qui favoriserait l'implication des médecins dans l'organisation et la mise en pratique, et permettrait d'adapter le dispositif aux besoins et aux contraintes du terrain.

Depuis 2016, l'Orspere-Samdarra avec le soutien de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes coordonne un temps de formation et de sensibilisation aux pratiques de l'interprétariat en santé et en santé mentale. (85) L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales dirigé par Halima-Zeroug Vial, psychiatre. L'observatoire, basé à Lyon, propose des ressources (formations, journées d'étude, coordinations, guides...) à destination des professionnels et des personnes concernées (par la santé mentale, la précarité, la migration), mais aussi du grand public. Il porte également des recherches sur les problématiques en lien avec ces thématiques et sur les innovations qui traversent le champ de la santé mentale ou de l'intervention sociale. (86)

En décembre 2019, l'Orspere-Samdarra publie un rapport concernant la coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Auvergne-Rhône-Alpes. (87) Dans ce texte, l'observatoire explique la spécificité de la mise en place et de l'utilisation de l'interprétariat en santé mentale chez les psychiatres libéraux. Nous allons nous y attarder un peu car la santé mentale est également une thématique importante dans l'activité de médecine générale.

L'entretien en santé mentale s'inscrit dans le registre de l'intime. Pour le psychiatre libéral en particulier, habitué au colloque singulier, recourir à un interprète nécessite d'accepter d'être « dérangé » dans sa pratique habituelle. Le dispositif devient groupal avec l'introduction d'un

tiers. Ceci peut engendrer des résistances dans le recours à l'interprétariat en santé mentale. Les données récoltées lors de ce travail de recherche confirme l'existence d'un refus de soins important chez les médecins spécialistes à destination des personnes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle - Complémentaire (CMU-C, aujourd'hui Complémentaire Santé Solidaire CSS) ou de l'Aide Médicale d'État (AME). La problématique de l'interprétariat est un argument qui vaut souvent comme un motif de refus de prise en charge du public allophone.

Un travail de sensibilisation à l'interprétariat en santé et santé mentale auprès des soignants paraît donc nécessaire. Pour le soignant, il s'agit de reconnaître l'interprète comme un nouvel acteur du soin. La configuration tripartite demande un investissement professionnel particulier et elle suppose également un travail d'ajustement et de coordination entre les trois participants.

Sur le plan du financement de l'interprétariat en santé mentale, il est important de souligner que les possibilités pratiques de financement existent à l'hôpital public et sur le secteur. Par contre, elles étaient jusque très récemment inexistantes dans le secteur libéral. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a récemment reconduit, pour une année supplémentaire, une enveloppe budgétaire permettant le financement de l'interprétariat en psychiatrie libérale sur la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les psychiatres en libéral n'en connaissent généralement pas l'existence, ce qui participe à sa sous-utilisation pratique et risque à terme de ne pas permettre le renouvellement de cette enveloppe. Il s'agit également de promouvoir la diffusion de cette information aux psychiatres en libéral.

#### 4. En Occitanie, en Haute-Garonne et à Toulouse

##### ► Les directives institutionnelles :

Dans les enjeux principaux du PRAPS Occitanie, il est souligné une nécessité du renforcement des moyens en matière d'interprétariat. Le PRAPS propose ainsi « la mise à disposition d'un service d'interprétariat en santé [sera] déployée sur les territoires ». (88) Afin d'y parvenir, il est prévu de renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé et de prévoir les modalités pour l'interprétariat. Le PRAPS départemental de la Haute-Garonne proposait en janvier 2020 de débiter par informer les professionnels du premier recours des outils disponibles de repérage. À cette époque, l'action était pilotée au niveau régional et en attente d'instruction et de production de l'outil. (Annexe 5)

Dans les missions du PRAPS du département de la Haute-Garonne, la priorité 4 correspond à « accompagner vers le droit commun et favoriser la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité ». Dans cette sous-mission, la facilitation de l'accès à la médecine de ville comprend une mise à disposition des professionnels de santé libéraux une offre d'interprétariat en santé via le recensement des outils et services d'interprétariat en santé ainsi qu'un appel à candidature envisagé pour déployer une offre d'interprétariat en santé.

La réflexion à ce sujet était basée sur deux constats, l'un soutenu par Médecins du Monde (MdM) et le réseau de médecins solidaires (REMEDES)<sup>1</sup>, soulignant que pour accompagner la médecine libérale dans la prise en charge des patients précaires, il faudrait développer l'offre d'interprétariat, la formation et la coordination des soins de ville ; et l'autre constat, étant un manque d'interprètes formés. Dans ce contexte, la mise à disposition des professionnels de santé libéraux d'une offre d'interprétariat en santé serait dépendante d'un recensement des outils et services d'interprétariat en santé et ensuite d'un appel à candidature envisagé pour déployer une offre d'interprétariat en santé.

► Et à Toulouse ? :

En 2014, ma directrice de thèse le Dr Samah Chaaban réalisait sa thèse intitulée « Évaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse ». Notre travail actuel est donc mené dans la continuité de cette étude et se base sur les données qui y ont été collectées et analysées. Nous avons adopté l'hypothèse que les conclusions de 2014 restaient véridiques en 2021, que l'évolution des phénomènes décrits ci-dessous en 2014 iraient dans le sens d'un accroissement.

Son étude quantitative observationnelle descriptive transversale déclarative a été menée vers tous les médecins généralistes installés à Toulouse et recevant des patients allophones. Elle avait alors observé la pratique de l'utilisation d'interprète professionnel en soins primaires par les médecins généralistes à Toulouse. Son étude avait également pour but de repérer les freins à l'utilisation d'interprète professionnel en soins primaires. Un autre de ses objectifs

---

<sup>1</sup> Réseau REMEDES : est un réseau de médecins solidaires généralistes et spécialistes, partenaire de MdM. Les objectifs de ce réseau sont : favoriser une approche médicale globale et bienveillante ; lutter contre l' « exclusion douce » (décloisonner les soins pour les personnes vulnérables/migrants/réfugiés) ; constituer un relais efficace aux structures dédiées (PASS, Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation ou CASO) quand droits obtenus ; harmoniser le parcours de soins ; améliorer la qualité des soins grâce à des réflexions collectives régulières ; participer à la réduction des inégalités sociales de santé (PRAPS) ; plaider en faveur d'une médecine « sociale » ambulatoire de qualité (accès à l'interprétariat médico-social) (89)

secondaires était d'observer si la question de l'interprétariat professionnel était abordée ou non au cours de la formation des médecins généralistes. Nous allons d'abord présenter les résultats de cette thèse.

- *La pratique de l'utilisation d'interprète professionnel en soins primaires par les médecins généralistes à Toulouse en 2014 :*

En premier lieu, cette étude atteste que les médecins généralistes à Toulouse reçoivent des patients allophones. Seuls 9% des médecins avaient déjà eu recours à des interprètes professionnels et 74% à des interprètes informels. Les interprètes informels étaient des mineurs dans 87% des cas. Parmi 9% de médecins ayant recours aux interprètes professionnels, seuls deux médecins généralistes avaient pris l'initiative de le mettre en place dans leur structure de soin, ces médecins travaillant en centre de santé associatif. Pour les dix autres médecins déclarant avoir recours à un interprète professionnel, ce sont les structures d'hébergement qui avaient organisé les accompagnements vers les médecins généralistes de ville avec un interprète professionnel. A la question « Si un service d'interprétariat professionnel était mis à votre disposition par le service public, l'utiliseriez-vous ? », 98 médecins (75%) avaient répondu oui.

- *Les freins à l'utilisation d'interprète professionnel :*

Les raisons évoquées par les médecins pouvant freiner la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel à Toulouse étaient : la méconnaissance des structures proposant un service d'interprétariat professionnel, la difficulté à le mettre en place, et enfin le coût de ce service. Le travail de recherche lui avait alors permis de distinguer certaines conditions précises au recours à un interprète professionnel par les médecins :

- 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.

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 programmées, premier recours...) est un frein à l'utilisation d'interprètes professionnels.

- *La formation des médecins généralistes :*

Concernant la formation des médecins, il a été relevé que 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. 71% pensent qu'une telle formation serait utile. 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. (90,91) Composer en consultation avec un interprète professionnel nécessite un savoir-faire et un savoir-être indispensable à acquérir.

Il est intéressant de préciser que cette étude aborde également la question de la formation de l'interprète, qui est perçue comme nécessaire par 77% des médecins généralistes interrogés. Les médecins précisaient que le contenu de la formation doit être orienté sur le vocabulaire médical, et le secret médical.

Pour conclure, nous avons réalisé un tableau comparatif qui recense les différents projets que nous avons retranscrits ci-dessus. À partir de celui-ci, nous pouvons avoir une vision des similarités et disparités entre tous. Il sera un support à la suite de notre thèse.

**Tableau 1** : Tableau comparatif des différents projets actuellement en cours en France, ayant mis en place l'interprétariat professionnel à destination des médecins généralistes.

<b>Projet</b>	<b>Grand Est</b>	<b>Loire</b>	<b>Bretagne</b>	<b>Bordeaux</b>	<b>Marseille</b>	<b>Auvergne</b>
<b>Qui ?</b>	URMLA, PRS et MSA	MdM, PASS, médecins libéraux, ASAMLA, APTIRA, SAMU social, URML	RLG, médecins généralistes libéraux	CCAS, MdM, PASS, médecins généralistes libéraux	MdM, médecins généralistes libéraux, URPS-ML	ARS et ISM CORUM
<b>Quoi ?</b>	Physique (depuis 2007) via association MSA Téléphonique (2018 phase d'expérimentation et application en janvier 2021) via ISM	Physique (2017) via ASAMLA et APTIRA Téléphonique (2017) via ISM	Physique (Rennes et communes limitrophes) Téléphonique ou par visioconférence Via pôle interprétariat RLG	Téléphonique (2017) via ISM	Téléphonique via ISM	Téléphonique et Présentiel à titre exceptionnel via ISM CORUM (2020)
<b>Où ?</b>	Physique : Strasbourg et Mulhouse puis extension à la région Grand Est en 2018 Téléphonique : toute la région Grand Est	Présentiel pour Nantes (ASAMLA) et Angers (APTIRA) Téléphonique dans toute la région Pays de la Loire	Rennes et communes limitrophes jusqu'en 2021 inclus puis expansion à l'Ille-et-Vilaine en 2022	Agglomération bordelaise	Marseille	Toute la région Auvergne-Rhône-Alpes
<b>Pour qui ?</b>	Physique : médecins libéraux (généralistes, psychiatres, gynécologues, pédiatres...), sage-femmes, infirmières, psychologues Téléphonique : uniquement pour médecins libéraux et sage-femmes. Promotion du dispositif et formation des professionnels par URMLA.	Médecins libéraux toutes spécialités (à partir de 2018, avant seulement médecins généralistes) Promotion du dispositif par URML	Médecine générale	Médecins généralistes partenaires du projet	Médecins généralistes, gynécologue, centre de radiologie, laboratoires d'analyses médicales, des dentistes libéraux, un centre de santé dentaire, pharmaciens	Seulement première consultation pour : médecins généralistes, spécialistes, dentistes, structures d'hébergement Toutes les consultations : psychiatres, psychologues, PASS

<b>Projet</b>	<b>Grand -Est</b>	<b>Loire</b>	<b>Bretagne</b>	<b>Bordeaux</b>	<b>Marseille</b>	<b>Auvergne</b>
<b>Quel public ?</b>	Tout public allophone	Tout public allophone	Migrants primo-arrivants allophones	Patients allophones, migrants avec couverture maladie	Patients allophones sans couverture maladie	Patients allophones (il est précisé : migrants, demandeurs d'asile, réfugiés) et en situation de précarité
<b>Comment ?</b>	Physique : médecin de ville requiert interprétariat auprès de MSA qui organise le rendez-vous puis bordereau remis à interprète après consultation qui le remet à MSA qui le remet à URMLA pour règlement Téléphonique : mail à association CODAGE qui contacte ISM, puis professionnel reçoit code pour appeler plateforme ISM	Physique : médecin de ville requiert interprétariat auprès ASAMLA ou APTIRA, rémunération par URML Téléphonique : appel ISM avec code personnel au médecin	Consultations organisées par RLG réalisées plages horaires fléchées par médecins partenaires du projet	Consultations de patients orientés par MdM, avec usage d'un code personnel pour contacter ISM et également pour autres consultations de patients allophones	Orientation des patients par MdM vers médecins partenaires Lien entre MdM et CPAM13 : acquisition couverture maladie sous 15 jours, paiement en différé des médecins Si acquisition couverture maladie impossible, paiement via enveloppe MdM	Professionnel envoie mail ou fax à ISM CORUM en expliquant la requête puis accord octroyé par ARS Envoie d'un code au professionnel Formulaire de demande à remplir pour prévoir chaque consultation en amont avec mail de confirmation du rendez-vous
<b>Financement</b>	Physique : Financement par ARS à partir des crédits du FIR et CPOM avec URMLA et MSA et subventionnement direct de l'ARS système de quota d'heures par médecin (illimités pour médecins généralistes et pédiatres) Téléphonique : ARS avec autre CPOM	Financement par ARS via crédits du FIR, ARS lié à URML par CPOM	Financement par ARS : (crédits FIR, FISS forfait dérogatoire), par CNAM en vertu de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale et par CPOM ARS et Ville de Rennes Financement par création d'un forfait de prise en charge par patient (214.4 € par an à 4 <sup>ème</sup> année)		Financement par ARS PACA, département 13 et métropole Aix Marseille Provence	Financement par ARS

<b>Projet</b>	<b>Grand-Est</b>	<b>Loire</b>	<b>Bretagne</b>	<b>Bordeaux</b>	<b>Marseille</b>	<b>Auvergne</b>
<b>Coût réel</b>	Physique : 2016 (Strasbourg et Mulhouse) 32 500€ 2018 : 53 493€ Dont 1 196€ pour téléphonique (CPOM prévu de 4 000€)	35 000€ par an	Total prévisionnel de 213 940€ en 2019 Et 274 500€ en 2022			
<b>Problème</b>	Trouver d'autres financeurs Disponibilité d'une offre de service suffisante (volume, diversité, qualité) Incapacité URPS à gérer charge gestion financière à long terme			Besoin d'un réseau large pour faire vivre cet outil et éviter engorgement chez quelques médecins	Non valorisation des consultations complexes et longues Lourdeur administrative Nécessité élargissement recrutement médecins partenaires Nécessité information système interprétariat	Diffusion insuffisante Nécessité de simplification de l'utilisation Accès libre à l'interprétariat téléphonique Moins de restriction en termes de recours et des critères d'utilisation, notamment recours en urgence Non valorisation financière de la consultation
<b>Évaluation Suivi</b>	Thèses relevant satisfaction de la part des professionnels et du public ciblé	Thèses : satisfaction des médecins et des patients allophones Utilisation interprétariat téléphonique majoritairement, considéré comme plus adapté à la médecine de ville		Rapport MdM : mise en place interprétariat essentielle, privilégier interprétariat téléphonique, l'engagement des organismes de santé (CPAM, ARS, URML, etc.) est déterminant dans la pérennité et la légitimité de ce dispositif	Thèses (: Dispositif innovant, répondant aux problématiques des populations précaires connaissant des obstacles aux soins	

## **MATÉRIEL et MÉTHODES**

Comme nous l'avons expliqué précédemment, le corps de cette thèse est, de s'entourer d'un groupe d'experts afin d'élaborer ensemble un cahier des charges concernant la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel en premier recours à Toulouse et ses alentours. Comme nous le verrons, la méthode ici se rapproche beaucoup de la méthode d'étude qualitative de type focus groupe.

### **A. Le groupe d'experts**

Afin de créer ce groupe, nous avons tout d'abord réfléchi à ce qu'il soit le plus représentatif des différents enjeux que porte cette question. La sélection vise à refléter la réalité et explorer la plus grande diversité des possibilités (en fonction de son corps de métier, de son expertise du sujet, de sa position géographique par exemple). Cet échantillonnage permet de faire émerger tous les points de vue sur le sujet.

La plupart des participantes et des participants du groupe pilote ont été incluses et inclus par technique de « la boule de neige », c'est-à-dire par identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes. J'ai également été contactée directement par plusieurs d'entre elles, ayant entendu parler du sujet et s'y intéressant.

Nous allons donc vous présenter les différentes personnes ayant participé à cette étude :

- Mme Blanc-Février Jeanne : représentante ARS départemental de la Haute-Garonne ;
- Mme Haschar-Noé Nadine : sociologue et chercheuse à l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS) ;
- Mme Zatvrska Pavla : interprète et coordinatrice au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse ;
- Dr Razongles Pierre : médecin coordonnateur de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de la Reynerie ;
- Dr Chaugne Cyrille : représentant de l'URPS Haute-Garonne et de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Rive Gauche à Toulouse ;
- Dr Raimbault Louis-Marie : représentant URPS Pays de la Loire ;

- Dr Bigot Raphaëlle : médecin travaillant dans la région Pays de la Loire et utilisant le dispositif ;
- Dr Chaaban Samah : médecin de Toulouse utilisant déjà un service d'interprétariat et spécialiste de la question (thèse sur ce sujet), directrice de la thèse ;
- Mr Bellon Patrick : représentant CPAM Haute-Garonne ;
- Mr Tabouri Aziz : représentant ISM ;
- Mme Thène Cécile : Infirmière Diplômée d'État (IDE) à la MSP de St Martory ;
- Dr Chabardes Arnaud : médecin en zone rurale de Haute-Garonne à la MSP d'Aurignac.

## **B. Réalisation du cahier des charges**

Après concertation avec Mme Haschar-Noé, la méthodologie retenue a été de créer un cahier des charges qui résulterait des informations issues de la revue narrative de la littérature, appliqué à la question de la mise en place de l'interprétariat professionnel à Toulouse et en Haute-Garonne. Une fois ce cahier des charges réalisé, nous pourrions dans un second temps le soumettre aux différents membres du groupe d'experts afin de recueillir leurs commentaires et discuter des modifications éventuelles à faire.

Dans un premier temps, il a fallu se renseigner sur ce qu'est un cahier des charges et comment il se construit. Un cahier des charges est un document qui doit être respecté lors de la conception d'un projet. Il peut prendre des formes variables selon le type d'activité et selon le domaine d'activité principal concerné. Il sert à formaliser les besoins et à les expliquer aux différents acteurs pour s'assurer que tout le monde soit d'accord. Sa conception permet notamment de cadrer les missions des acteurs impliqués. Il sert ensuite à sélectionner le prestataire dans le cas d'un appel d'offres, et à organiser la relation tout au long du projet. Il est considéré comme un référentiel partagé. (92)

Afin d'être au plus près du type de cahier des charges utilisé dans le domaine de la santé, nous avons recueilli et nous sommes inspiré dans les grandes lignes, des exemples de cahier des charges émanant de projet de l'ARS ou de la CPAM, notamment de la région Occitanie, du département Haute-Garonne ou de la ville de Toulouse. (93–95)

Nous avons donc construit une trame qu'il a fallu ajuster en fonction de notre sujet et de ces spécificités.

## C. Les réunions

Au sortir de la pandémie de COVID-19 et par commodités, nous avons décidé de réunir les différents membres en visioconférence. Un mail a été envoyé, détaillant le principe du groupe d'experts, les modalités de réunion, avec en pièces jointes le tableau comparatif et le cahier des charges réalisé, ainsi qu'un lien vers le site doodle afin de renseigner les disponibilités de chacun. (Annexe 6) Malheureusement, aucune date commune à tous et toutes n'a pu être trouvée. Deux réunions ont donc été réalisées.

Les groupes se sont scindés en :

- Le 14 juin 2022 : Mr Tabouri, Mme Haschar-Noé, Dr Razongles, Mr Bellon, Dr Chaaban ;
- Le 17 juin 2022 : Dr Bigot, Dr Raimbault, Dr Chaugne, Mme Blanc-Février, Mme Zatvrska, Dr Chabardes, Mme Thène, Dr Chaaban.

Un nouveau mail a été envoyé, un pour chaque groupe, avec le lien de visioconférence et de nouveau les documents en pièces jointes, que chaque membre devait avoir lu pour s'imprégner du sujet avant la réunion. (Annexe 7)

Au début de chaque réunion, nous avons réalisé un tour de présentation. Puis, nous avons présenté un power point (Annexe 8) qui reprenait les grandes lignes de la thèse et du cahier des charges. Ensuite, la discussion libre a été proposée, avec à terme quelques questions posées aux différents experts (préparées à l'avance et issues de la discussion). Enfin, les réunions se terminaient par une conclusion avec la reprise des éléments importants de la discussion.

Le power point a été modifié pour la deuxième réunion, en ajoutant les informations jugées manquantes à la première réunion, et agrémenté des réflexions des experts du 1<sup>er</sup> groupe. (Annexe 9)

Après les réunions, nous avons prévu de tenir les experts du 1<sup>er</sup> groupe au courant des informations dites au cours de la deuxième réunion, par mail.

# RÉSULTATS

## A. Le cahier des charges présenté au groupe d'experts

### « Cahier des charges concernant la mise à disposition d'un service d'interprétariat professionnel à destination des médecins généralistes »

Ce travail est réalisé par Marion ALIN doctorante en médecine générale, accompagnée par le Dr CHAABAN Samah, directrice de thèse. Les participants et participantes à l'élaboration de ce projet sont : Mme BLANC-FÉVRIER Jeanne représentante de l'ARS Haute-Garonne, Mme HASCHAR-NOÉ Nadine sociologue à l'IFERISS, Dr BIGOT Raphaëlle médecin ayant participé au projet nantais, Dr RAIMBAULT Louis-Marie élu URML de Pays de la Loire et médecin, Mme ZATVRSK Pavla interprète et coordinatrice de l'interprétariat au CHU de Toulouse, Dr CHABARDES Arnaud médecin à la MSP d'Aurignac, Dr RAZONGLES Pierre médecin coordonnateur de la MSP de la Reynerie à Toulouse, Mr BELLON Patrick représentant CPAM Haute-Garonne, Dr CHAUGNE Cyrille représentant de l'URPS Haute-Garonne et médecin coordonnateur de la CPTS Rive Gauche à Toulouse, Mr TABOURI Aziz représentant ISM, Mme THENE Cécile IDE MSP St Martory.

#### Contexte

La barrière de la langue est reconnue comme étant l'une des causes majeures d'inégalité en santé. Elle a pour conséquence une augmentation des coûts médicaux.

Aujourd'hui, pour la surpasser, les médecins libéraux utilisent majoritairement des interprètes informels ou des solutions de bricolage. Il a été démontré que cela équivaut à une absence d'interprétariat. De plus, nous conviendrons que cela ne respecte pas les grands principes de l'éthique médicale.

Pourtant, depuis de nombreuses années, l'activité d'interprète professionnel existe. La formation est assurée par des associations selon les principes d'une chartre de l'interprétariat social et médical en France qui établit les règles qui régissent cette profession : la fidélité de la traduction, la confidentialité, le respect du secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des patients.

Cette question a fait l'objet d'un référentiel de bonnes pratiques par l'HAS en 2017. Celle-ci recommande un financement adapté pour l'interprétariat. Une évaluation financière par l'IGAS en 2019 stipule que la France est en retard dans ce domaine comparé aux autres pays, notamment européens, et elle propose différentes pistes de financement. Sa mise en place et sa promotion fait partie intégrante des PRAPS des différentes régions.

Actuellement, en France, de multiples projets locaux, dont régionaux, expérimentent la mise en place de l'interprétariat professionnel à destination de professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, suivant une volonté de garantir une qualité de soins à destination du public allophone.

À ce jour, à Toulouse et a fortiori en Haute-Garonne, il n'existe pas encore de projets qui le mettent en place, malgré un besoin certain ressenti de la part des médecins généralistes, évalué en 2014 par la thèse du Dr Chaaban.

### **Objectif**

Ce présent travail a pour objectif de réaliser un modèle de la mise en place de l'interprétariat professionnel à Toulouse et en Haute-Garonne, en définissant les caractéristiques qui seraient les plus adaptées à ce territoire, et ce, grâce à l'étude antérieure des autres projets déjà en place en France.

### **Public cible**

Concernant les professionnels de santé, nous avons vu dans la revue de la littérature précédente que différentes catégories de soignants avaient accès à la mise en place de l'interprétariat. Dans certains cas, il était libre d'accès seulement aux médecins généralistes ; dans d'autres, il était ouvert à plus ou moins de spécialités de médecine libérale ; enfin dans d'autres situations, l'interprétariat était accessible à beaucoup plus de catégories professionnelles, avec plus ou moins de restriction, élargissant aux soignants paramédicaux et à différentes professions du travail social.

Dans le cas de notre étude, il nous semble que l'accès à un nombre limité de médecins généralistes aurait comme conséquence probable de créer un engorgement de patient chez eux, comme il a été décrit dans l'expérience bordelaise. Il semble alors justifié de favoriser l'accès libre à l'interprétariat pour tous les médecins généralistes qui le souhaitent, à l'image

de l'expérience nantaise. La seule recommandation avant d'entrer dans le dispositif est de contacter son assurance responsabilité civile professionnelle et de préciser la couverture des consultations avec traduction verbale, ce qui ne représente pas de surcout.

Concernant les autres catégories professionnelles médicales, paramédicales et sociales, il semblerait indispensable de promouvoir également un accès à l'interprétariat professionnel. Ceci pourrait être réalisé dans un second temps.

Concernant les patients allophones qui pourraient avoir accès à l'interprétariat, nous avons également pu voir que leur définition était très différente d'un projet à l'autre. Il nous semble que l'accès devrait être disponible à tous les patients allophones, sans limitation en termes de nombre de consultation ou de droits d'accès aux soins. En effet, des critères trop restrictifs d'inclusion ont été cités dans l'expérience auvergnate comme freins à l'utilisation du dispositif.

### **Localisation et mise en œuvre**

L'interprétariat professionnel est nécessaire partout. Il est nécessaire principalement dans les grandes agglomérations, mais également en périphérie. Concernant notre projet, il pourrait être envisagé une mise en place départementale initialement (Haute-Garonne), puis une extension régionale du projet (Occitanie) après que la réévaluation du projet ait été réalisée.

L'interprétariat professionnel téléphonique est le plus adapté à la médecine de ville selon la littérature. Un interprétariat physique est intéressant car il apporte une composante culturelle et permet de travailler avec le non-verbal. Il est utile dans certaines situations, telle que les consultations de suivi de troubles psychiatriques, une annonce diagnostique, un temps d'éducation thérapeutique ou les pathologies chroniques.

Un point important qui est souligné à plusieurs reprises dans les différents projets étudiés est la nécessité d'un dispositif simple d'utilisation. Par exemple, en Pays de la Loire et en région Grand-Est, le contact par mail avec utilisation d'un code personnel au médecin paraît répondre aux conditions de simplicité et de rapidité d'utilisation requis pour la médecine générale. Le mode d'emploi du dispositif est disponible sous forme de flyer comprenant également des coordonnées pour avoir de plus amples informations (ici l'URML).

## Proposition d'organisation avec définition des rôles de chacun

### **A- En premier lieu, l'accès à l'interprétariat nécessite un financement :**

Nous avons vu dans les différents projets que celui-ci provient souvent de fonds gérés par les ARS. Il existe également un financement possible par la CPAM, au nom de l'article 51, dans le cadre d'un dispositif à caractère innovant. Nous pouvons également notifier la possibilité d'une majoration de la consultation médicale avec interprète, qui pourrait relever d'un acte de cotation par la CPAM. D'autres financements peuvent également venir des métropoles.

La modélisation économique de l'expérience nantaise nous semble la plus proche du projet que nous voudrions mettre en place. Donc il semble logique de se caler sur le budget de ce dispositif. Le financement pourrait être réalisé dans le cadre de crédits du FIR par l'ARS. Le budget prévu initialement était de 35 000 euros par an, pour la région entière. Mme Retiere Karine qui coordonne le service d'interprétariat à l'URML de Pays de la Loire, a pu me transmettre les informations sur le début de projet et son évolution. Le coût du dispositif s'élève actuellement à 50 000 euros par an, pour la région Pays de la Loire, incluant l'interprétariat téléphonique (représentant la grande majorité des interventions) ainsi que l'interprétariat présentiel, enfin le dispositif est ouvert à tous les médecins libéraux et à différentes professions paramédicales. La modélisation du budget avait été réalisée par estimation de cote mal taillée, c'est-à-dire par estimation approximative, en supposant le nombre de médecins qui utiliseraient le dispositif et le nombre de fois par semaine. Actuellement, selon les données de l'URML des Pays de la Loire, sur 5800 médecins libéraux, une petite trentaine utilise le dispositif téléphonique (soit 0.5%), et le dispositif présentiel est utilisé une fois par mois environ.

Ici, il pourrait être envisagé une phase d'expérimentation, départementale initialement. Ensuite, le dispositif pourrait s'étendre à la région Occitanie. Nous pourrions, à l'image des Pays de la Loire, faire une estimation du nombre de médecins qui pourraient se servir de l'interprétariat ainsi que de la fréquence d'utilisation, et ainsi établir un budget alloué, révisable après réévaluation soit semestrielle soit annuelle. Selon les données de la CPAM, au 31/12/21, la Haute-Garonne recense 1510 médecins généralistes et 1748 médecins spécialistes libéraux. (Annexe 10). Ce chiffre pourrait nous permettre d'évaluer un besoin théorique.

Il faut noter qu'une part du coût initial est utilisée dans la promotion du dispositif et sa diffusion (flyer, emails et temps de travail lié). Ce financement peut être partagé entre plusieurs intervenants, notamment avec une participation de l'URPS.

Enfin, il est décrit que les patients acquièrent une autonomie au cours des années, avec entre autres l'apprentissage de la langue. Ainsi, ils ne restent pas dépendants de l'interprétariat au long terme. Ceci se vérifie par une stabilité de la demande d'interprétariat dans le projet des Pays de la Loire, qui s'équilibre entre les personnes n'ayant plus besoin de l'interprétariat et les nouvelles personnes nécessitant ce service.

#### **B- Le prestataire de service :**

Le choix du prestataire du service d'interprétariat se dirigerait vers ISM dans un premier temps. En effet, cette association a déjà l'expérience de ce type de dispositif et semble aujourd'hui être la seule qui pourrait assurer un service d'interprétariat téléphonique d'une qualité suffisante en termes de volume et de diversité.

Il est important de préciser qu'elle est signataire de la chartre de l'interprétariat ce qui est un gage de qualité éthique qui semble indispensable.

Nous ferions le choix de ne pas proposer d'interprétariat physique pour simplifier la mise en place du dispositif. Ce choix pourra être rediscuté lors d'une réévaluation du dispositif, à six mois ou à un an.

Après la modélisation d'un besoin théorique du service d'interprétariat téléphonique, l'URPS ou l'ARS pourrait proposer à ISM de budgétiser la prestation. En Pays de la Loire, l'offre propose un service illimité. Un prix fixe a été proposé par ISM comprenant un forfait des 15 premières minutes et ensuite un forfait toutes les 5 minutes suivantes. Dans ce cas, l'ARS a accepté l'offre proposée par ISM. Ce prix n'a pas évolué depuis le début de la mise en place du dispositif. A noter que dans ce projet, c'est l'URML qui est client de ISM. L'URML demande à ISM de vérifier l'identité (nom – prénom – spécialité) des personnes utilisant le dispositif, tout en spécifiant de ne jamais refuser une demande. La gestion du fonctionnement du dispositif est réalisée par l'URML et consiste à vérifier chaque mois la liste des personnes ayant utilisé le dispositif fourni par ISM et de valider le paiement.

#### **C- De la promotion à la formation des soignants :**

L'URPS a un rôle fondamental. Il est l'interlocuteur entre les financeurs et les destinataires. Il a un rôle primordial dans la diffusion et la promotion du dispositif d'interprétariat. Dans le projet des Pays de la Loire, l'URML a pris en charge une grande partie des frais d'impression, et du travail de promotion (mails, soirée de formation). Les médecins libéraux qui ont participé à la création du projet ont également reçu une indemnisation de ce temps de travail

par l'URML. Il a également pris le rôle de l'interface entre les médecins, les interprètes (ISM, APTIRA, ASAMLA), l'ARS et la CPAM.

La promotion et la diffusion peuvent être réalisées par d'autres acteurs tels que l'ARS, les facultés de médecine, ou le conseil de l'ordre. Nous avons vu que dans différentes expériences, les médecins méconnaissaient l'existence d'un dispositif d'interprétariat accessible. Ainsi, la diffusion de l'information devrait être massive et variée en termes d'expéditeurs, de destinataires et de médias de diffusion (mails, courriers, articles dans revue et sites internet).

Nous pourrions proposer sur le court terme, une formation sous forme de présentation du dispositif et des enjeux de santé publique qu'il représente auprès des médecins déjà installés en Haute-Garonne. Celle-ci pourrait être réalisée et organisée par l'URPS. En parallèle, l'URPS pourrait réaliser et diffuser une brochure type flyer qui, comme à Nantes ou Strasbourg, synthétiserait le dispositif et en donnerait un mode d'emploi succinct afin de faciliter son utilisation. Nous trouverons en Annexe 11 un exemple possible de cette brochure.

Sur le long terme, la formation des médecins à l'interprétariat professionnel devrait être enseigné dès la faculté de médecine, en étant inclus dans un des modules ou dans un nouveau module. Cette formation pourrait comprendre une formation initiale sur l'interprétariat et ses bénéfices, ainsi qu'une mise en application avec l'intervention d'interprètes professionnels sous forme de jeux de rôles. La sensibilisation dès la formation est indispensable afin que tous les étudiants puissent connaître et ensuite mettre en pratique naturellement cette pratique. Pour les médecins déjà installés, la formation à l'interprétariat pourrait faire partie des formations continues. Une formation pourrait également être proposée par les services d'interprétariat. Sachant que le temps d'un médecin est souvent précieux, la formation pourrait également prendre la forme d'un support forme power point ou vidéo, rapide et efficace.

Devant la sous-utilisation décrite en Pays de la Loire, il est proposé que la diffusion se fasse également par formation des secrétaires médicales à l'existence du dispositif.

### **Suivi et évaluation du projet**

À l'exemple de plusieurs autres projets en France, le dispositif pourrait être expérimenté sur une durée d'un an sur un territoire déterminé (départemental en premier temps) et évalué à

ce terme. Il pourrait ensuite être étendu sur une durée plus longue, avec un minimum de 4ans ou 5ans, afin d'avoir le temps d'une mise en place complète et efficace, qui permette une évaluation objective. L'extension du projet pourrait également être géographique, à la région par exemple.

L'évaluation pourrait être réalisé par un travail conjoint entre les acteurs du projet (médecins référents, interprètes référents, financeurs, coordonnateurs). Il pourrait également faire l'objet d'un prochain travail de thèse.

Le groupe d'expert réalisant le suivi pourrait se réunir au début de la phase d'expérimentation et ensuite à six mois ou à un an. Dans le projet des Pays de la Loire, le suivi est réalisé par l'URML et consiste en une surveillance de l'identité des utilisateurs du service mensuelle. Il n'existe pas d'autre évaluation économique. L'ARS pourrait également coordonner le suivi.

Les problèmes techniques (questionnement sur la consultation, problématique de la relation avec l'interprète par exemple) pourraient être soit recensés par l'URPS soit par la plateforme territoriale d'appui (PTA). À Nantes, comme nous l'avons vu plus haut, il n'existe pas de complications recensées à l'utilisation du dispositif.

### **Freins à résoudre et leviers à mobiliser**

Nous nous sommes posés la question de la spécificité de la santé mentale. En effet, d'après la littérature, il apparaît dans nos recherches que la présence d'un interprète physique est favorable à un meilleur soin. L'interprétariat téléphonique serait le plus utile en médecine de premier recours, mais la possibilité d'organiser un interprétariat présentiel pour des suivis de pathologies psychiatriques serait très appréciable. De plus, le débordement des structures tels que les Centres Médico-Psychologiques (CMP), nous mène à penser que l'accès à l'interprétariat par les psychiatres libéraux pourrait améliorer la situation.

Ce questionnement pourrait faire l'objet d'un travail de fonds à l'occasion duquel il serait intéressant de prendre contact avec des associations locales telles que l'association de Conseil et de Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations (COFRIMI) et le réseau Collectif Associatif Régional de Médiateurs Interprètes (CARMI) qui pourraient relayer un service d'interprétariat en présentiel.

### **Tableau récapitulatif :**

ARS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Financeur du dispositif</li><li>- Coordonnateur du dispositif et de son évaluation</li></ul>
URPS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diffusion du dispositif et financeur des moyens de diffusion</li><li>- Formation des médecins installés</li></ul>
CPAM	<ul style="list-style-type: none"><li>- Financeur</li></ul>
ISM	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prestataire téléphonique</li><li>- Evalueur du dispositif</li></ul>
Faculté de Médecine	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formation des étudiants</li><li>- Thèse d'évaluation du projet</li></ul>
Médecins	<ul style="list-style-type: none"><li>- Evalueurs du dispositif</li></ul>

### **B. Les éléments apportés lors des réunions**

Les résultats des deux réunions avec les différents membres du groupe d'experts sont réunis ici. Nous avons choisi de les classer par sujet, en se référant aux grandes catégories du cahier des charges présenté ci-dessus. Les éléments de réponse sont anonymisés.

#### ▪ *Éléments concernant la forme :*

Le dispositif présenté ne correspond pas à un cahier des charges. Un cahier des charges renvoie à un terme administratif, à des règles de marché et à des clauses de non-concurrence. Ainsi, inviter un prestataire de service (ici ISM) à donner son avis est non conforme à une procédure de cahier des charges. Le travail réalisé ressemblerait plus à l'élaboration d'un projet.

#### ▪ *Contexte :*

Lors d'une demande de financement, l'évaluation médico-économique est importante à faire figurer. Cela peut être sous forme de mise en avant d'études, notamment ici, celles qui évaluent le coût de l'interprétariat ou celles qui analysent les projets ayant déjà lieu en France, ou sous forme de témoignages de médecins.

En Occitanie, l'accès à l'interprétariat fait partie du PRAPS mais la région n'a pas pu avancer sur cette problématique durant les quatre dernières années. Une expérimentation a eu lieu avec le COFRIMI, notamment la mise à disposition de quelques consultations avec interprètes pour les acteurs et associations qui œuvrent dans le champ de la précarité. L'enveloppe à disposition a peu été utilisée pour plusieurs raisons : une mauvaise communication de l'expérimentation, un dispositif non adapté à l'urgence, et non disponible aux acteurs médicaux.

- *Objectif :*

Le projet pourrait porter l'égalité d'accès à l'interprétariat entre les territoires citadins et ruraux.

- *Public cible :*

Il semble dommage que les médecins spécialistes et les professions paramédicales ne puissent avoir recours à l'interprétariat d'emblée. Les patients allophones ont besoin d'interprétariat au-delà des consultations de médecine générale, pour leur suivi orthophonique ou de grossesse par exemple. Ne pas les inclure pourrait être une erreur stratégique de diffusion du dispositif. Les IDE aussi ont besoin de communiquer avec les patients allophones, afin de leur expliquer quand faire la prise de sang ou comment prendre les traitements.

Dans les situations de déserts médicaux, les autres professionnels de santé peuvent être un support pour les médecins, il faut donc pouvoir leur donner les mêmes outils.

Enfin, au vu de la sous-utilisation du dispositif dans les autres régions, l'ouverture d'emblée aux autres professions semblent envisageable.

- *Formation et diffusion de l'interprétariat :*

La formation et la diffusion doit être réalisées en amont puis en parallèle de la mise en place du dispositif. Dans les dispositifs déjà existants, un non-recours important est lié à la méconnaissance de l'existence de l'outil d'interprétariat.

La formation permet notamment de rassurer le médecin sur la formation de l'interprète. L'interprète respecte le secret médical, il est formé au jargon médical. Il sait travailler rapidement et être discret. Il permet la création d'un dialogue à trois, c'est-à-dire qu'il intervient sans altérer la relation médecin-patient.

À la faculté de médecine, la formation initiale est primordiale. Plus la sensibilisation est précoce, plus les médecins utilisent l'interprétariat ensuite. Il est plus difficile d'aller vers les médecins qui ont fini leur cursus. À Nantes et à Angers, les médecins généralistes faisant partie de la commission précarité initiatrice du projet d'interprétariat sont enseignants à la faculté. Les internes ont deux journées de formation sur les inégalités sociales de santé et sur la communication, où ils font des jeux de rôles avec des faux interprètes afin de réaliser des mises en situation.

La formation des médecins installés doit être simple et concise, sous forme de support vidéo par exemple. Il est nécessaire d'améliorer la sensibilisation des médecins aux enjeux des inégalités sociales, de la précarité, de la difficulté d'accès aux soins. Le médecin est un intervenant social, il ne soigne pas une maladie mais une personne. L'enjeu de l'acte de soin tend à être réhumaniser. En Pays de la Loire, l'URML avait réalisé des distributions de flyers informatifs ainsi que plusieurs temps de formation à destination des médecins déjà installés. Malgré tout, le système le plus efficace se révèle être le bouche-à-oreille.

Sans formation et sans sensibilisation, il sera difficile de prouver la plus-value sur la Haute-Garonne, de l'interprétariat pour la médecine libérale en premier recours.

Les formations financées de type Développement Professionnel Continu (DPC) pourraient également proposer ce type d'enseignement. Enfin, la formation des médecins installés peut également être réalisée par les CPTS.

Une diffusion auprès des personnes cibles peut également être intéressante. Certaines s'en saisiront peut-être car elles sont directement concernées et si cela vient d'elles c'est qu'elles y adhèrent.

L'URPS pourrait avoir un rôle dans la diffusion de l'information et la prise en charge de cette diffusion.

- *Localisation et mise en œuvre :*

Dans les campagnes, le besoin est présent car beaucoup de Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) s'y sont installés. Le tissu associatif très présent en ville, qui joue souvent un rôle important dans l'accès à l'interprétariat, est par contre souvent absent dans les zones rurales, qui se retrouvent sans aucune alternative.

L'interprétariat téléphonique est le plus adapté à la médecine générale car il ne nécessite pas de programmation. L'interprétariat en présentiel lui est complémentaire. Il peut être estimé comme

supérieur du point de vue qualitatif, et important à pouvoir mettre en place pour certaines situations telles qu'une prise en charge psychiatrique ou une consultation d'annonce de maladie grave. Le forfait est de 3h ce qui correspond au temps d'intervention global incluant les temps de déplacement de l'interprète. Il est donc plus coûteux que l'interprétariat téléphonique. Il faut noter que certains professionnels préfèrent l'interprétariat présentiel à celui téléphonique. L'interprétariat téléphonique via ISM fonctionne par forfait 15min + 5min. L'intervention d'un interprète ne dépasse pas le coût d'une consultation médicale classique. Les deux types d'interprétariat n'ont donc pas le même coût unitaire horaire. L'idéal serait de ne pas se contenter d'un seul type d'interprétariat. De plus, le contact avec les prestataires locaux est intéressant. Ils peuvent proposer des prestations à des prix concurrentiels, en journée du lundi au vendredi.

Un des éléments primordiaux à retenir est que le dispositif doit être le plus simple possible.

- *Financement :*

Pour faire une demande de financement, certains chiffres sont nécessaires. Le nombre de médecins qui pourraient utiliser le dispositif et le nombre de patients à qui il s'adresse. Ici, le nombre de médecins de Haute-Garonne ou Occitanie, et le nombre de personnes allophones est intéressant afin de réaliser une modélisation estimative de la population cible et donc du coût du dispositif.

L'expérience de Pays de la Loire pourrait permettre de faire un parallèle avec la Haute-Garonne, sur les prévisibles taux d'utilisation, à un an, à cinq ans.

La CPAM peut apporter son expertise, notamment sur la volumétrie et les modalités de rémunération. Mais dans le cadre de crédits FIR ou de financement par un article 51, c'est l'ARS qui reste décisionnaire.

Les crédits FIR correspondent à des financements moins cadrés que le financement dans le cadre d'un article 51 qui nécessite un cahier des charges très précis avec une modélisation économique. Dans le cadre d'un financement via un article 51, il est possible de réaliser un mode de rémunération dérogatoire au droit commun (à l'acte, au forfait, par capitation) pendant la durée de l'expérimentation. L'objectif d'un projet d'article 51 est de généraliser le projet dans un second temps.

Une majoration de cotation ne peut être décidée par la CPAM qu'au niveau national, car la nomenclature des actes médicaux est faite dans le cadre d'une convention entre l'assurance

maladie et les syndicats médicaux. Elle permettrait la valorisation de la consultation complexe et du temps passé et serait un atout majeur pour la diffusion de cet outil. C'est une procédure longue. Elle a été proposée dans le cadre de l'évaluation IGAS. Il semble important de renouveler cette possibilité. Par exemple, en Pays de la Loire, il avait été proposé une majoration de 5 euros pour les 5 premières consultations par patient allophone.

Dans le cadre de la mise en place de l'interprétariat, l'idée retenue serait plutôt une expérimentation FIR associée éventuellement à un financement par article 51 afin d'avoir une dérogation pour une majoration de rémunération à l'acte. De plus, l'article 51 promet des crédits pérennes et permettrait des résultats qui pourraient ensuite engendrer une généralisation du dispositif.

Il faut faire le lien avec l'ARS car ce sujet doit être inclus dans le prochain PRAPS.

Au niveau de la région Occitanie, il n'y a pas pour le moment d'intention de financer l'accès à l'interprétariat. Le financement par crédits FIR permet de financer projets en prévention promotion de la santé, sur des thématiques diverses. Cette année, le FIR n'est pas à la hauteur pour financer ce genre de projet. Malgré tout, un cahier des charges tout prêt permettrait de faire remonter au ministère, et de faire des propositions pour la région Occitanie.

Au niveau du ministère, il existe une réflexion de forfait qui pourrait être proposé aux ARS et intégré aux crédits FIR pour financer l'accès à l'interprétariat pour les médecins généralistes uniquement. En 2020, le réseau RIMES qui regroupe les acteurs de l'interprétariat médico-social, a posé la question au ministère de la santé de l'accès au niveau national de l'interprétariat et de son financement. À ce moment, la CNAM avait été fléchée comme opérateur possible du portage du financement au niveau national. Après son refus, les discussions se sont ralenties et pour l'instant le projet est stoppé.

Les CPTS pourraient également avoir une possibilité d'être co-financeurs de ce type de projet.

- *ISM :*

Un des questionnements est la capacité de ce prestataire à répondre à l'augmentation de la demande quantitative d'interprétariat devant le développement dans différentes régions de ce service. Le recrutement peut être difficile dans certaines langues. Du point de vue matériel, ISM s'est préparé à une généralisation nationale du dispositif, dans le cadre d'un appel d'offre qui devait être conduit par le ministère de la santé. Actuellement, ISM présente 99,3% des appels satisfaits en moins de 1 minute, sur 360 000 appels en 2021.

Il est important de proposer un temps avec l'interprète avant ou après la consultation, afin de présenter la situation, de remercier, de débriefier de la consultation ou de recueillir le ressenti de l'interprète. Cela ne demande pas beaucoup de temps, et par contre cela valorise la relation médecin-interprète.

- *Suivi et évaluation du projet :*

Concernant l'évaluation, ISM ne peut pas être dénommé comme évaluateur du dispositif. En effet, ISM peut fournir des indicateurs afin de réaliser l'évaluation du dispositif car il centralise ces données. Les indicateurs peuvent être de type quantitatifs sous forme de fournitures périodiques (tous les mois, tous les 6 mois) ou qualitatifs sous forme de questionnaire (sur le ressenti des interprètes par exemple), à partir des appels émis. Les médecins et patients sont anonymisés avec un numéro. Les données peuvent être discriminées en fonction de l'origine géographique, de la discipline ou des pathologies. ISM garantit la transparence et la fiabilité des données. Les critères d'évaluation sont à définir par les institutions. De même, les CPTS peuvent fournir des indicateurs.

Le comité pourrait avoir comme rôle de collecter l'ensemble des indicateurs fournis par les CPTS, de les analyser pour les faire remonter aux instances.

L'URML rappelle que ce n'est pas son rôle de coordonner un tel projet, mais celui des ARS. À l'ARS Occitanie, les ressources humaines ne sont pas suffisantes pour piloter de A à Z ce genre de projet.

La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) nouvellement dénommée Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) a pour rôle d'aider les professionnels de santé dans les situations complexes, ce qui peut être le cas des patients allophones. Actuellement ce n'est pas dans leur champ de mission mais cela pourrait en relever.

- *Freins à résoudre :*

Comment lever les freins chez les médecins, est-ce un refus de recevoir des patients allophones ou un refus de prendre le temps ?

Plusieurs explications sont apparues. Les dispositifs sont en général mal connus des médecins. Le coût est un autre frein à l'utilisation. La prise en charge des situations de patients allophones est plus complexe notamment au niveau social. Les médecins ont l'habitude d'une relation duale avec le patient. Dans la pratique, les interprètes informels permettent de se débrouiller en consultation.

L'interprétariat professionnel est victime d'idées reçues, telles qu'une augmentation du temps de consultation, qui limitent son recours dans les régions où il est déjà mis en place. Alors qu'en réalité, le temps de consultation est augmenté lors de la première consultation et ensuite, on remarque plutôt un gain de temps. Les études évaluant le frein temporel sont à inclure dans le contexte.

- *Ouvertures :*

Le projet REMEDES comprend des professionnels de santé sur Toulouse et la première « couronne » autour de Toulouse. Il est financé par l'ARS, pour une durée de 3ans., et inclut un accès à l'interprétariat téléphonique via ISM et physique avec le COFRIMI. La sensibilisation des médecins à l'utilisation de l'interprétariat est réalisée par la coordinatrice du projet. Aujourd'hui, l'ARS propose d'observer comment ce réseau utilise l'interprétariat en sachant que ce sont des professionnels de santé qui ont une patientèle plus allophone que d'autres. Cette expérimentation permettra à l'ARS d'avoir plus d'arguments en mains pour étendre l'accès à l'interprétariat en Haute-Garonne dans un second temps.

La PASS peut faire partie des réflexions. C'est une structure qui fonctionne par rendez-vous, comme en médecine générale, qui reçoit un public semblable, qui possède l'accès à l'interprétariat par téléphone mais aussi à l'interprétariat physique. Dans certains projets, la possibilité d'utiliser une PASS délocalisée ou hors mur est travaillée.

Il serait intéressant d'avoir contact avec l'ARS Occitanie, afin d'avoir une visibilité régionale de cette question. De plus, la prochaine écriture du nouveau PRAPS est fondamentale pour y réinscrire cette problématique.

Les CPTS peuvent être organisées pour porter ce genre de projet. Depuis récemment, s'est créée une association de coordination de CPTS toulousaine et haute-garonnaise. Elles peuvent également avoir un rôle dans la communication. Chaque CPTS écrit un projet de santé. Il en existe une quinzaine en Haute-Garonne. La mise en place de l'interprétariat peut faire partie de ce projet de santé. Si une CPTS n'inclut pas cet objectif dans son projet socle, cela peut être suggéré par l'inter CPTS de coordination des CPTS. Elles peuvent aussi a minima être un bon relais pour la diffusion des informations.

La Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS) pourrait jouer un rôle dans la mise en place de l'interprétariat. Elle présente un réseau intéressant quant à la mise en pratique et la communication de projet tel que la mise en place de l'interprétariat. Elle peut également être un outil de formation.

## C. Présentation du projet final

### **« Projet concernant la mise à disposition d'un service d'interprétariat professionnel à destination des professionnels de santé de premier recours à Toulouse et en Haute-Garonne »**

Ce travail est réalisé par Marion ALIN doctorante en médecine générale, accompagnée par le Dr CHAABAN Samah, directrice de thèse. Les participants et participantes à l'élaboration de ce projet sont : Mme BLANC-FÉVRIER Jeanne représentante de l'ARS Haute-Garonne, Mme HASCHAR-NOÉ Nadine sociologue à l'IFERISS, Dr BIGOT Raphaëlle médecin ayant participé au projet nantais, Dr RAIMBAULT Louis-Marie élu URML de Pays de la Loire et médecin, Mme ZATVRSK Pavla interprète et coordinatrice de l'interprétariat au CHU de Toulouse, Dr CHABARDES Arnaud médecin à la MSP d'Aurignac, Dr RAZONGLES Pierre médecin coordonnateur de la MSP de la Reynerie à Toulouse, Mr BELLON Patrick représentant CPAM Haute-Garonne, Dr CHAUGNE Cyrille représentant URPS Haute-Garonne et médecin coordonnateur CPTS Toulouse Rive Gauche, Mr TABOURI Aziz représentant ISM, Mme THENE Cécile IDE MSP St Martory.

#### **Contexte**

La barrière de la langue est reconnue comme étant l'une des causes majeures d'inégalité en santé. Elle a pour conséquence une augmentation des coûts médicaux par deux mécanismes principaux : l'augmentation du risque d'erreurs médicales et de complications (mauvaise compréhension, moins de prévention, moins d'adhérence du patient) et par multiplication des coûts inutiles (nouvelles consultations par manque de compréhension et insatisfaction, temps d'hospitalisation allongé ou examens complémentaires non adaptés). (31) Une étude réalisée par la DGS en 2012 sur le recours de l'interprétariat professionnel en matière de prévention et de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du diabète concluait à un équilibre économique entre ce recours et le bénéfice tiré en termes d'observance des traitements et de complications lourdes évitées. (41) À Toulouse, les médecins seraient majoritairement enclins à utiliser l'interprétariat professionnel s'il était mis à disposition par le service public. (30)

Aujourd'hui, pour surpasser cette barrière de la langue, les médecins libéraux utilisent majoritairement des interprètes informels ou des solutions de bricolage. (30) Il a été démontré

que cela équivaut à une absence d'interprétariat. (19) De plus, nous conviendrons que cela ne respecte pas les grands principes de l'éthique médicale (autonomie, justice, consentement, confidentialité).

Pourtant, depuis de nombreuses années, l'activité d'interprète professionnel existe. La formation est assurée par des associations selon les principes d'une chartre de l'interprétariat social et médical en France qui établit les règles qui régissent cette profession : la fidélité de la traduction, la confidentialité, le respect du secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des patients. (38)

Cette question a fait l'objet d'un référentiel de bonnes pratiques par l'HAS en 2017. (2) Celle-ci recommande un financement adapté pour l'interprétariat professionnel médico-social. Une évaluation financière par l'IGAS en 2019 stipule que la France est en retard dans ce domaine comparé aux autres pays, notamment européens, et elle propose différentes pistes de financement. (58)

Actuellement, en France, de multiples projets locaux, dont régionaux, expérimentent la mise en place de l'interprétariat professionnel à destination de professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, suivant une volonté de garantir la qualité des soins à destination du public allophone.

Sa mise en place et sa promotion fait partie intégrante des PRAPS des différentes régions. (88) A ce jour, en Occitanie, il n'y a pas eu d'avancement sur cette thématique, malgré un besoin certain ressenti de la part des médecins généralistes, évalué en 2014 par la thèse du Dr Chaaban. (30)

### **Objectif**

Ce présent travail a pour objectif de réaliser un modèle de la mise en place de l'interprétariat professionnel à destination du premier recours à Toulouse et en Haute-Garonne, en définissant les caractéristiques qui seraient les plus adaptées à ce territoire, et ce, grâce à l'étude antérieure des autres projets déjà en place en France. Cela permettrait d'assurer une égalité d'accès à l'interprétariat sur tout le territoire.

### **Public cible**

Concernant les professionnels de santé, les projets étudiés permettent l'accès à l'interprétariat professionnel à des catégories plus ou moins restreinte de professions du soin de premier recours. Dans certains cas, il est orienté seulement pour les médecins généralistes ; dans d'autres cas, il est ouvert à plus de spécialités de médecine libérale ; enfin dans d'autres situations, l'interprétariat est accessible à beaucoup plus de catégories professionnelles, avec plus ou moins de restriction, élargissant aux soignants paramédicaux et à différentes professions du travail social.

Dans le cas de notre projet, il nous semble que l'accès à un nombre limité de médecins généralistes aurait comme conséquence probable de créer un engorgement de patients chez eux, comme il a été décrit dans l'expérience bordelaise. (51) Il semble alors justifié de favoriser l'accès libre à l'interprétariat pour tous les médecins généralistes qui le souhaitent, à l'image de l'expérience des Pays de la Loire. (71)

Concernant les autres catégories professionnelles du premier recours (médicales, paramédicales et sociales), il semble important de leur fournir également un accès à l'interprétariat professionnel. D'une part, ils ont autant besoin de l'outil d'interprétariat pour fournir un soin efficace et de qualité ; d'autre part, le contexte de désertification médicale implique une redistribution des postes de chacun, par exemple des infirmiers et infirmières qui ont de plus en plus de rôle dans le suivi et l'éducation thérapeutique des patients.

Concernant les patients allophones qui pourraient avoir accès à l'interprétariat, nous avons également pu voir que leur définition était très différente d'un projet à l'autre. Il nous semble que l'accès devrait être disponible à tous les patients allophones, sans limitation en termes de nombre de consultation ou de droits d'accès aux soins. En effet, des critères trop restrictifs d'inclusion ont été cités dans l'expérience auvergnate comme freins à l'utilisation du dispositif. (84)

### **Formation des soignants et diffusion de l'interprétariat professionnel**

La formation des soignants et la diffusion de l'interprétariat professionnel doit impérativement se réaliser en amont puis en parallèle de la mise en place du dispositif. Sans quoi, le risque de méconnaissance du dispositif et donc de sa sous-utilisation est considérable, d'après l'exemple des Pays de la Loire. Si le dispositif est sous-utilisé, il sera alors difficile d'établir sa plus-value lors de son évaluation.

La formation des étudiants dès la faculté permet une sensibilisation précoce des professionnels et ainsi favorise son recours. La formation initiale pourrait être incluse dans un module sur les inégalités sociales en santé et la communication, et prendre la forme de mise en situation, de jeux de rôles avec l'intervention d'interprète.

La formation des professionnels déjà installés devrait être simple et concise, sous forme de vidéo par exemple. L'information doit être facile à retrouver. L'URPS pourrait réaliser et diffuser une brochure type flyer qui, comme à Nantes ou à Strasbourg, synthétiserait le dispositif et en donnerait un mode d'emploi succinct afin de faciliter son utilisation. Nous trouverons en Annexe 11 un exemple possible de cette brochure. Elle peut également faire l'objet de formation type DPC ou réalisée dans le cadre des CPTS. Dans le projet des Pays de la Loire, l'URML a pris en charge une grande partie des frais d'impression, et du travail de promotion (mails, soirée de formation). Les médecins libéraux qui ont participé à la création du projet ont également reçu une indemnisation de ce temps de travail par l'URML. En Haute-Garonne, l'URPS pourrait également assurer la diffusion de l'information et une partie des frais y étant liée.

La diffusion doit être réalisée également auprès des patients cibles afin qu'ils puissent eux-mêmes disposer de cet outil.

En Pays de la Loire, le bouche-à-oreille est le moyen de diffusion le plus efficace. Donc, dans cette logique, plus il aura de « bouches » c'est-à-dire de personnes formées, plus il y aura « d'oreilles ». La diffusion de l'information devrait être massive et variée en termes d'expéditeurs, de destinataires et de médias de diffusion (mails, courriers, articles dans revue et sites internet). Devant la sous-utilisation décrite en Pays de la Loire, il est proposé que la diffusion se fasse également par formation des secrétaires médicales à l'existence du dispositif.

### **Localisation et mise en œuvre**

L'interprétariat professionnel est nécessaire partout. Il est nécessaire principalement dans les grandes agglomérations, mais également en périphérie, où par exemple de nombreux CADA se sont installés récemment et où il n'existe pas de tissu associatif comme en ville qui peut aider à pallier le manque d'interprétariat. Concernant notre projet, il pourrait être envisagé une mise en place départementale initialement (Haute-Garonne), puis une extension régionale du projet (Occitanie) après que la réévaluation du projet ait été réalisée.

L'interprétariat professionnel téléphonique est le plus adapté à la médecine de ville, car il ne nécessite pas de programmation, ce qui respecte le rythme du premier recours. Un interprétariat physique est intéressant car il apporte une composante culturelle et permet de travailler avec le non-verbal. Il est utile dans certaines situations, telle que les consultations de suivi de troubles psychiatriques, une annonce diagnostique, un temps d'éducation thérapeutique ou dans les consultations de pathologies chroniques. De plus, certains professionnels ont une préférence pour l'interprétariat présentiel et n'utiliseraient pas l'interprétariat téléphonique. Il serait donc intéressant de pouvoir mettre en place les deux types d'interprétariat, en se mettant en contact avec les acteurs locaux de l'interprétariat en Haute-Garonne.

Un point important, qui est souligné à plusieurs reprises dans les différents projets étudiés et par le groupe expert, est la nécessité d'un dispositif simple d'utilisation. Par exemple, en Pays de la Loire et en région Grand-Est, le contact par mail avec utilisation d'un code personnel au médecin paraît répondre aux conditions de simplicité et de rapidité d'utilisation requis pour le premier recours. Le mode d'emploi du dispositif est disponible sous forme de flyer comprenant également des coordonnées pour avoir de plus amples informations (ici l'URML). Nous pourrions reproduire ce dispositif pour notre projet.

### **Les prestataires de service**

Le choix du prestataire du service d'interprétariat téléphonique se dirigerait vers ISM dans un premier temps. En effet, cette association a déjà l'expérience de ce type de dispositif et semble aujourd'hui être la seule qui pourrait assurer un service d'interprétariat téléphonique d'une qualité suffisante en termes de volume et de diversité. Il est important de préciser qu'elle est signataire de la chartre de l'interprétariat ce qui est un gage de qualité éthique indispensable.

Après la modélisation d'un besoin théorique du service d'interprétariat téléphonique, le financeur pourrait proposer à ISM de budgétiser la prestation. En Pays de la Loire, l'offre propose un service illimité. Un prix fixe a été proposé par ISM comprenant un forfait des 15 premières minutes et ensuite un forfait toutes les 5 minutes suivantes. Ce prix n'a pas évolué depuis le début de la mise en place du dispositif. À noter que dans ce projet, c'est l'URML qui est client de ISM. L'URML demande à ISM de vérifier l'identité (nom – prénom – spécialité) des personnes utilisant le dispositif, tout en spécifiant de ne jamais refuser une demande. La gestion du fonctionnement du dispositif est réalisée par l'URML et consiste à

vérifier chaque mois la liste des personnes ayant utilisé le dispositif fourni par ISM et de valider le paiement.

Concernant l'interprétariat présentiel, il serait intéressant de se rapprocher des associations locales (COFRIMI et CARMi à Toulouse) afin de discuter avec eux des modalités possibles de mise en place du dispositif (coût, répartition géographique).

### **Propositions de financement**

La modélisation économique de l'expérience des Pays de la Loire nous semble la plus proche du projet que nous voudrions mettre en place. Donc il semble logique de se caler sur le budget de ce dispositif. Le financement pourrait être réalisé dans le cadre de crédits du FIR par l'ARS. Ainsi, en Pays de la Loire, le budget prévu initialement était de 35 000 euros par an, pour la région entière. Le coût du dispositif s'élève actuellement à 50 000 euros par an, incluant l'interprétariat téléphonique (représentant la grande majorité des interventions) ainsi que l'interprétariat présentiel, enfin le dispositif est ouvert à tous les médecins libéraux et à différentes professions paramédicales. La modélisation du budget avait été réalisée par estimation de cote mal taillée, c'est-à-dire par estimation approximative, en supposant le nombre de médecins qui utiliseraient le dispositif et le nombre de fois par semaine. Actuellement, selon les données de l'URML des Pays de la Loire, sur 5800 médecins libéraux, une petite trentaine utilise le dispositif téléphonique (soit 0.5%), et le dispositif présentiel est utilisé une fois par mois environ. Il faut noter qu'une part non négligeable du budget initial a été utilisé dans la promotion du dispositif et sa diffusion (flyer, emails et temps de travail lié à la communication).

Ici, il pourrait être envisagé une phase d'expérimentation, départementale initialement. Ensuite, le dispositif pourrait s'étendre à la région Occitanie. Nous pourrions, à l'image des Pays de la Loire, faire une estimation du nombre de médecins et de professionnels de santé qui pourraient se servir de l'interprétariat ainsi que de la fréquence d'utilisation, et ainsi établir un budget alloué, révisable après réévaluation soit semestrielle soit annuelle. Selon les données de la CPAM, au 31/12/21, la Haute-Garonne recense 1510 médecins généralistes et 1748 médecins spécialistes libéraux. (Annexe 10). Ce chiffre pourrait nous permettre d'évaluer un besoin théorique. L'expérience des Pays de la Loire pourrait permettre de faire un parallèle avec la Haute-Garonne puis l'Occitanie, sur les prévisibles taux d'utilisation, à un an, à cinq ans.

Enfin, il est décrit que les patients acquièrent une autonomie au cours des années, avec entre autres l'apprentissage de la langue. Ainsi, ils ne restent pas dépendants de l'interprétariat au long terme. Ceci se vérifie par une stabilité de la demande d'interprétariat dans le projet des Pays de la Loire, qui s'équilibre entre les personnes n'ayant plus besoin de l'interprétariat et les nouvelles personnes nécessitant ce service.

Il existe également un financement possible par la CPAM, au nom de l'article 51, dans le cadre d'un dispositif à caractère innovant. Ce financement nécessite un cahier des charges précis avec une modélisation économique. Il a pour avantage la possibilité de mettre en place un mode de rémunération dérogatoire au droit commun (à l'acte, au forfait, par capitation) pendant la durée de l'expérimentation. L'objectif d'un projet d'article 51 est de généraliser le projet dans un second temps.

Une majoration de cotation ne peut être décidée par la CPAM qu'au niveau national, car la nomenclature des actes médicaux est faite dans le cadre d'une convention entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux. Elle permettrait la valorisation de la consultation complexe et du temps passé et serait un atout majeur pour la diffusion de cet outil. C'est une procédure longue. Elle a été proposée dans le cadre de l'évaluation IGAS. Il semble important de renouveler cette possibilité. Par exemple, dans les Pays de la Loire, il avait été proposé une majoration de 5 euros pour les 5 premières consultations par patient allophone.

Donc, dans le cadre de la mise en place de l'interprétariat, l'idée retenue serait plutôt une expérimentation FIR associée éventuellement à un financement par article 51 afin d'avoir une dérogation pour une majoration de rémunération à l'acte. De plus, l'article 51 promet des crédits pérennes et permettrait des résultats qui pourraient ensuite engendrer une généralisation du dispositif.

Dans le cas où l'ARS ne pourrait proposer un financement comme décrit ci-dessus, un portage financier pourrait être en partie réalisé par le réseau de CPTS.

### **Suivi et évaluation du projet**

À l'exemple de plusieurs autres projets en France, le dispositif pourrait être expérimenté sur une durée d'un an sur un territoire déterminé (départemental en premier temps) et évalué à ce terme. Il pourrait ensuite être étendu sur une durée plus longue, avec un minimum de 4ans ou 5ans, afin d'avoir le temps d'une mise en place complète et efficiente, qui permette une

évaluation objective. L'extension du projet pourrait également être géographique, à la région Occitanie par exemple.

L'évaluation pourrait être réalisé par un travail conjoint entre les acteurs du projet (médecins référents, interprètes référents, professionnels de santé utilisateurs, financeurs, coordonnateurs), à partir d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs transmis par les prestataires d'interprétariat et les CPTS, par exemple. Il pourrait également faire l'objet d'un prochain travail de thèse.

Le groupe d'expert réalisant le suivi pourrait se réunir au début de la phase d'expérimentation et ensuite à six mois ou à un an. Dans le projet des Pays de la Loire, le suivi est réalisé par l'URML et consiste en une surveillance mensuelle de l'identité des utilisateurs du service. Il n'existe pas d'évaluation économique. Ce groupe réalisant le suivi pourraient être référent dans la prise en charge des problèmes techniques (rares dans l'expérience des Pays de la Loire), tels que le questionnement sur la consultation ou une problématique de relation avec l'interprète par exemple. Cela rentrerait également dans les missions du DAC (ancienne PTA).

### **Freins à résoudre et leviers à mobiliser**

La problématique principale est le risque de sous-utilisation du dispositif, à l'image des autres projets. Plusieurs explications sont apparues : la méconnaissance de l'existence du dispositif, le défaut de formation, le coût lorsque celui-ci n'est pas financé par le service public, la complexité de prise en charge des situations de patients allophones notamment au niveau social, l'habitude d'une relation duale médecin-patient, l'utilisation de l'interprétariat informel qui permet de « se débrouiller ». Enfin, l'interprétariat professionnel est victime d'idées reçues, telles qu'une augmentation du temps de consultation, qui limitent son recours dans les régions où il est déjà mis en place. Alors qu'en réalité, l'interprétariat professionnel permet d'augmenter l'effectivité et l'efficacité du temps utilisé durant la consultation. (30) Bien que le temps soit peu susceptible d'être réduit en termes absolus, le temps de consultation est augmenté lors de la première consultation et ensuite, on remarque plutôt un gain de temps sur le long terme du fait d'une moindre répétition de consultations inabouties pour le même motif. (53)

Nous nous sommes également posés la question de la spécificité de la santé mentale. En effet, d'après la littérature, il apparaît dans nos recherches que la présence d'un interprète physique est favorable à un meilleur soin. (17) L'interprétariat téléphonique serait le plus utile en

médecine de premier recours, mais la possibilité d'organiser un interprétariat présentiel pour des suivis de pathologies psychiatriques serait très appréciable. De plus, le débordement des structures tels que les CMP, nous mène à penser que l'accès à l'interprétariat par les psychiatres libéraux pourrait améliorer la situation. Ce questionnement pourrait faire l'objet d'un travail de fond à l'occasion duquel il serait intéressant de prendre contact avec des associations telles que l'association le COFRIMI et le CARMI qui pourraient relayer un service d'interprétariat en présentiel.

# DISCUSSION

## A. Forces et limites de cette étude

### 1. Forces

La principale force de cette étude réside dans son originalité. En effet, il s'agit de la première étude explorant les possibilités de mise en place d'un dispositif d'interprétariat à Toulouse et en Haute-Garonne. 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.

Le choix de la méthodologie de type recherche action, rare dans les thèses de médecine générale, a pu être justifié par la pertinence de son sujet. Elle permet de partir de la réalité du terrain pour proposer des solutions adaptées aux besoins et peut donc permettre de modifier les pratiques dans un futur proche. Elle est initiatrice d'un projet global et entreprenant pour aider à la prise en charge des personnes allophones. De plus, elle a le mérite de s'intéresser à la pratique professionnelle, dans une thématique spécifique et originale en médecine générale.

Ce travail est réalisé dans la continuité de la thèse de 2014 du Dr S. Chaaban, ma directrice de thèse. Ce fut un plaisir de pouvoir donner une suite à cette recherche jusque-là restée sans suite.

Fort de notre propre expérience de médecin et de l'interprétariat professionnel, nous étions légitimes à venir interroger sur les perspectives de la mise en place de l'interprétariat professionnel dans notre territoire de santé. Mon expérience de l'interprétariat professionnel a été une force pour la construction de l'étude comme pour la conduite des entretiens avec les experts.

### 2. Limites

Tout d'abord, cette thèse représente un premier travail de recherche. La chercheuse n'avait pas d'expérience à la méthode de recherche-action ni à la méthode de l'entretien. Nous avons tenté de pallier cela par un recours à l'avis de spécialistes connaissant cette méthodologie, un retour d'expérience des premiers entretiens ainsi qu'une discussion des moments clés avec la directrice de ce travail.

La recherche-action peut se définir comme une méthode de recherche dans laquelle « il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; recherche ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations ». (96) Ceci implique pour le chercheur d'intervenir délibérément sur la réalité étudiée, démarquant par là son rôle de celui de l'observateur neutre prescrit par les démarches scientifiques traditionnelles. La recherche-action possède trois dimensions clés : changement, élaboration de connaissance et intervention. Elle a pour objectif de changer la réalité sociale et de produire des connaissances sur ces changements.

Notre travail de recherche aurait pu faire l'objet de plusieurs travaux de recherche : une revue systématique de la littérature avec la création d'un cahier des charges et une autre enquête qualitative évaluant l'applicabilité de ce cahier des charges par le groupe d'expert. Le choix de réunir ces deux travaux en un, a été fait suite à la volonté de réaliser une thèse ayant une visée pratique. Nous avons jugé que la revue de la littérature seule, ne permettrait pas de faire avancer concrètement la thématique de l'interprétariat professionnel à Toulouse. Pourtant, il nous semblait indispensable de faire l'état des lieux en France, afin d'avoir des arguments pour créer ce cahier des charges. Ensuite, la décision de mettre ce travail à l'épreuve d'experts de la question, nous a paru donner de la force à ce cahier des charges, s'étant transformé en projet. À terme, nous espérons que ce travail pourra être un support aux futures réflexions sur le sujet.

Nous nous rendons compte que le choix de cette méthodologie a pu paraître surprenante et déconcertante, étant peu fréquente dans les thèses de spécialités médicales. De plus, nous avons conscience que le fait de ne pas être formées à cette méthodologie provoque une perte de puissance des résultats.

Concernant la revue narrative de la littérature, celle-ci ne répond pas à une méthodologie type revue systématique. Le choix des articles et études inclus s'est fait par pertinence ressentie pour construire le contexte de l'interprétariat professionnel et de ses particularités en général, en France et à Toulouse.

Concernant les entretiens, la méthode « focus groupe » a pu inspirer leur direction, même si celle-ci n'a pas été strictement respectée. Leur réalisation à distance nous a paru avoir des inconvénients : altération de la qualité des échanges, difficultés techniques (mauvaise connexion internet) ...

La retranscription des résultats a été faite au plus proche des dires, grâce aux enregistrements des deux entretiens. Ceux-ci ont été analysés par une seule chercheuse et donc un biais d'analyse peut être expliqué par l'impossibilité de croiser les regards et les expériences sur l'orientation du projet et sur l'interprétation des résultats.

## **B. Principaux résultats**

### *1. « L'interprétariat pour tous, par(tous) »*

La revue narrative de la littérature, première partie de ce travail, a permis de poser le cadre de recherche : l'interprétariat professionnel comme réponse à la problématique de la barrière de la langue lors de consultation avec un patient allophone.

Nous avons pu voir que cette question anime beaucoup d'initiatives en France. Les formes en sont variées en termes d'objectif, de moyens, de public cible, de type d'interprétariat, de dimension...

Dans le cahier des charges, nous proposons un interprétariat téléphonique uniquement dans un souci de s'adapter au mieux au premier recours et d'alléger la mise en œuvre du dispositif en ne choisissant qu'un type d'interprétariat. Nous avons déduit cette proposition à partir des évaluations des autres projets. Le recours à l'interprétariat téléphonique étant jugé comme le plus adapté à l'exercice du soin de premier recours : libre d'accès, disponible immédiatement dans toutes les langues, sans avoir à réserver. (30,50,55) La plupart des projets ont mis en place l'interprétariat téléphonique en priorité, associé ou non à l'interprétariat présentiel. La région Grand-Est est le seul projet qui a existé avec l'interprétariat présentiel uniquement, mais depuis janvier 2021 l'interprétariat téléphonique est également disponible. (70) La réflexion menée avec le groupe expert, basée sur la revue de la littérature ainsi que l'expérience de chaque participant, nous a conduit à modifier notre hypothèse initiale. L'interprétariat présentiel favorise la qualité des échanges (prise en compte du langage non verbal, meilleure audibilité, fluidité de la communication) et est donc plus pertinent dans certains types de consultation (préférence du médecin ou du patient, prise en charge psychologique, éducation thérapeutique...). (2,56) Pour ces raisons, il a été jugé plus pertinent de l'inclure d'emblée dans le dispositif.

D'autre part, nous avons pu voir des projets à dimension géographique variable. Notre choix d'appliquer le dispositif au département haut-garonnais en phase d'expérimentation a été validé par le groupe expert, afin par la suite de l'étendre à d'autres départements voire à la région. Nous avons pu nous inspirer des autres projets tels que celui de la région Grand-Est ou des Pays de la Loire, qui ont commencé à l'échelle des métropoles pour s'étendre rapidement aux départements puis aux régions. Ces phases d'extension ont été réalisées devant un faible recours du dispositif, et une demande dans les zones rurales. Le département de la Haute-Garonne présente l'avantage de contenir l'agglomération toulousaine où le besoin en interprétariat est prééminent, mais également des zones rurales où ce besoin existe aussi tels que les villes où se situent les CADA recevant les demandeurs d'asile. Cette échelle permet une évaluation à la fois quantitative et qualitative du recours à l'interprétariat sur un territoire varié. De plus, elle pourrait faciliter sa reproductibilité aux autres départements lors de phase d'extension du dispositif.

Enfin, l'accès à l'interprétariat professionnel est possible pour différents corps de métier et de manière plus ou moins libre, en fonction des différents projets. Par exemple, dans la région Grand-Est, l'accès à l'interprétariat téléphonique est libre pour tous les médecins libéraux (généralistes, psychiatres, gynécologues, pédiatres...), les sage-femmes, les infirmières, les psychologues ; par contre l'interprétariat présentiel est accessible uniquement aux médecins libéraux et sage-femmes. (53,67,70) Une autre option est celle du projet de la région Auvergne-Rhône-Alpes qui ouvre l'accès à une consultation avec interprétariat à de multiples professions (médecins généralistes, spécialistes, dentistes, structures d'hébergement) et à toutes les consultations pour les psychiatres et les psychologues. Nous avons fait l'hypothèse d'un dispositif d'interprétariat à destination des médecins généralistes dans un premier temps. Ce choix était justifié par plusieurs raisons : une envergure de projet moins imposante, nécessitant la mise en action de moins d'intervenants, facilitant donc sa mise en pratique et faisant envisager un budget plus restreint. Cette logique d'extension secondaire aux autres professions n'a pas été retenue lors des entretiens avec le groupe expert pour plusieurs raisons. D'un point de vue éthique, l'accès à l'interprétariat n'est pas moins utile et primordial lors d'une consultation avec un médecin spécialiste ou une sage-femme. D'autre part, la mise en place de l'interprétariat permettrait d'unifier le territoire quant à la qualité des soins pour les personnes allophones. Ainsi, cela permettrait d'alléger certaines structures hospitalières (telles que les PASS ou les CMP) et de diminuer le recours inutile à certaines consultations spécifiques. Le parcours de soin entre hôpital et ville gagnerait en fluidité. Enfin, dans un contexte de désertification médicale, les missions attribuées aux professions paramédicales sont plus

variées et certaines sont impossibles à réaliser sans interprétariat, par exemple une consultation d'éducation thérapeutique par une IDE.

Nos choix dans le cahier des charges initial étaient justifié par une première phase d'expérimentation qui permettait de mettre en reliefs les améliorations ou les modifications à réaliser par la suite, tels que l'adjonction de la possibilité d'un interprétariat présentiel ou l'ouverture à d'autres professions du premier recours. Tout cela, dans une logique du « commencer petit, rêver grand ».

Finalement, au cours des discussions avec les experts, cette logique s'est retrouvée déconstruite par l'argument de la sous-utilisation du dispositif dans les autres projets, notamment dans les Pays de la Loire. (71) Dans cette étude menée de juin 2017 à décembre 2018 dans les Pays de la Loire, il a été observé que sur les 5 459 médecins sollicités, 265 (4,8 %) ont adhéré au dispositif et 87 (1,6 %) ont utilisé le dispositif. L'utilisation mensuelle du dispositif s'est progressivement accrue, passant de 13 utilisations en juin 2017 à 104 en décembre 2018. Pour certains médecins, l'interprétariat paraît répondre à un besoin ponctuel. Pour d'autres, il constitue un véritable outil de pratique courante (75 % des médecins ont utilisé le dispositif plus d'une fois). Il existe cependant une tendance des professionnels médicaux à rester en retrait de ces dispositifs malgré leur gratuité. La faible adhésion semble plutôt due aux contraintes administratives, à l'absence de besoin ressenti ou à une réticence à utiliser un nouveau dispositif faisant intervenir un tiers dans la relation médecin-patient. La tendance de sous-utilisation de cette étude reste d'actualité selon les experts des Pays de la Loire ayant participé aux entretiens.

Ainsi, en partant du principe que malgré une formation et une diffusion du dispositif, celui-ci reste peu utilisé, nous proposons de :

- Mettre en place de manière simultanée l'interprétariat téléphonique et présentiel ;
- Ouvrir d'emblée l'accès à l'interprétariat professionnel à d'autres professions de santé (médecins spécialistes libéraux, psychologues, sage-femmes, infirmiers...)
- Opter pour une dimension départementale puis régionale.

Par expérience du projet des Pays de la Loire, nous pouvons affirmer que le changement de pratiques, ici inclure l'interprétariat professionnel dans la consultation médicale, est long à mettre en place. Les professionnels doivent se former, connaître l'existence du dispositif et le mettre en place. Toutes ces étapes ne sont pas innées et nécessitent un temps d'apprentissage. Dans cette logique, proposer l'accès à l'interprétariat professionnel à un plus large panel de soignants, laisse penser que le recours sera toujours minime dans les premiers temps. Ainsi, nous avons donc préféré penser plus grand et inclusif, tout en sachant où nous allons tant du point de vue pragmatique, que budgétaire.

## 2. Fédérer autour d'un projet

Dans chaque projet étudié, un réseau d'acteurs a été à l'initiative de la mise en place de l'interprétariat professionnel. En région Grand-Est, c'est grâce à l'association MSA que le projet a pu être débuté. (67) En Pays de la Loire, différents acteurs qui jouent un rôle dans l'accès aux soins pour les personnes précaires (Mdm, PASS, SAMU social, médecins libéraux...) se sont réunis afin de réfléchir à cette question et le projet d'interprétariat est né. (24)

La création d'un groupe expert, pour la seconde partie de cette thèse, avait pour but de mettre à l'épreuve le cahier des charges créé suite à la revue narrative de la littérature. De manière imprévue, nous nous rendons compte que cela ressemble aux premières phases des autres projets : la réunion d'un groupe de personnes ayant une énergie de réflexion insufflée par l'envie et le besoin d'améliorer la qualité de soin des personnes allophones. Cela s'est ressenti fortement durant les entretiens. Aux termes de ceux-ci, certains experts ont exprimé le désir d'une prolongation des échanges et de formuler les prochaines étapes du projet.

D'autre part, le cahier des charges s'étant transformé en un projet, cela confirme ce sentiment. Ce travail aura permis de mettre en lien les différents acteurs du territoire et de continuer la réflexion sur les possibilités pour la mise en application du projet.

Du point de vue institutionnel, il n'est pas à ce jour envisagé d'aller plus en avant sur cette thématique. Les justifications données sont d'une part une impossibilité de financement actuellement (par exemple, par crédits FIR de l'ARS), un manque de ressources humaines institutionnelles pouvant développer ce type de projet et le coordonner, et malgré la reconnaissance de l'importance du sujet, une mise de côté par rapport à d'autres problématiques jugées plus prioritaires à régler. Dans ce contexte, il serait intéressant d'avoir un contact avec l'ARS Occitanie afin d'avoir une visibilité régionale de cette question. De plus, le PRAPS 2018-2023 s'achevant prochainement, l'écriture du suivant a lieu en ce moment. Il est indispensable d'y réinscrire la problématique de l'interprétariat professionnel afin que cette question puisse être traitée.

### 3. Un dispositif réussi : simplicité, formation et diffusion

#### ► **Simplicité**

Le développement de procédures d'interprétariat professionnel « harmonisées, simples et rapides » fait partie des recommandations émises par le collège de la HAS dans son référentiel sur le sujet. (2) Pour que les médecins se saisissent et s'approprient le dispositif d'interprétariat proposé, il est nécessaire de simplifier au maximum ses formalités d'accès.

Une étude nantaise réalisée en 2019 avance des explications quant à la sous-utilisation du dispositif d'interprétariat des Pays de la Loire, gratuit depuis 2017. (71) La faible adhésion des professionnels semblait en partie expliquée par les contraintes administratives liées à l'utilisation d'un nouveau dispositif. Parallèlement, l'augmentation constante et l'excellente satisfaction des utilisateurs sont le reflet du fonctionnement performant du dispositif et indiquent que les freins potentiellement perçus par les médecins n'ont pas entravé son utilisation.

Dans le travail de thèse réalisé par A-E. Morice à Bordeaux en 2019, et qui avait pour sujet l'évaluation d'un service d'interprétariat par visioconférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux, il apparaît indispensable de proposer un service très simple d'utilisation, accessible quasi-instantanément, sans réservation préalable. (50) Elle précisait également que si le service choisi fonctionne sur la base de rendez-vous, il apparaît nécessaire de proposer un soutien logistique aux médecins dans l'organisation et la planification des consultations avec interprètes ; et de mettre en place des procédures d'identification des besoins d'interprétariat en amont de la consultation (formation et sensibilisation du personnel d'accueil et de secrétariat médical par exemple).

Lors de la création du cahier des charges, nous avons retenu cet élément comme étant central dans la création d'un dispositif. Les entretiens avec les experts ont confirmé que le choix de reproduire le mode d'utilisation utilisé dans les Pays de la Loire était justifié par sa grande simplicité. La seule contrainte qui pourrait être substituée est la nécessité d'avoir un code d'accès, et donc d'avoir anticipé sa première consultation nécessitant un interprète en faisant une demande au préalable, comme en témoigne un confrère médecin nantais pour qui ce code avait été un empêchement à l'utilisation de l'interprétariat, qui s'était vu refusé la communication par ISM et qui n'avait jamais fait la démarche ensuite.

#### ► **Formation des professionnels de santé**

Pour que l'interprétariat puisse s'intégrer dans les pratiques courantes en consultation, il est indispensable au préalable que les médecins soient sensibilisés à son importance et formés au travail avec un interprète.

La formation des soignants à l'interprétariat fait partie des recommandations émises par la DGS dans son rapport sur l'usage et l'opportunité de l'interprétariat en santé (41) et par la HAS dans son référentiel sur l'interprétariat (2), reprenant ainsi les recommandations du Conseil de l'Europe sur les services de santé dans une société multiculturelle : « 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. ». (97) Dans la littérature, l'absence de sensibilisation des soignants à la pertinence du recours à l'interprétariat professionnel par rapport aux autres modes d'interprétariat est un facteur important du non-recours. Il a été observé que les professionnels de santé qui ont reçu une formation sur l'interprétariat professionnel y font d'avantage appel. (98)

Dans sa thèse concernant les expériences et vécus des médecins généralistes face à l'utilisation d'un dispositif d'interprétariat professionnel en Auvergne-Rhône-Alpes, dans la prise en charge des patients allophones en situation de précarité, J. de Larminat apporte de nouveaux éléments concernant la formation à la pertinence du recours à l'interprétariat professionnel. (84) Des médecins interrogés sur la manière d'augmenter le recours à l'interprétariat insiste sur la nécessité de banaliser le recours à l'interprétariat professionnel avec une sensibilisation au cours des études à ce sujet, et l'apprentissage par l'exemple des maîtres de stage et professeurs qui en feraient usage (en libéral et à l'hôpital). Cela permettrait de normaliser le recours à l'interprétariat et ainsi diminuer la charge mentale liée à son utilisation inhabituelle. Cela se rapproche du constat fait par MdM à Bordeaux, qui relie la sous-utilisation de l'interprétariat professionnel à une difficulté à modifier sa pratique, et que la formation doit s'orienter vers une modification pérenne des habitudes de consultation. (51)

J. de Larminat explique que les freins soulevés par les médecins non-expérimentateurs sur la question du secret médical montrent l'importance de faire connaître aux soignants le métier d'interprète professionnel (ses compétences, fonctions et rôles tel que stipulés dans la charte de l'interprétariat en milieu médical et social), ainsi que le cadre déontologique dans lequel il intervient. Elle suggérait que ce dernier point serait facilité par la reconnaissance par l'État du statut d'interprète professionnel dans le domaine de la santé, qui permettrait de fixer, dans un cadre légal et réglementaire, les droits et obligations des interprètes notamment en matière de formation et de conditions d'exercice, et donc d'aider à sa reconnaissance par les autres professionnels de santé. Dans ce même travail de recherche, un médecin expérimentateur qui a une longue expérience de l'interprétariat en santé rappelle que le travail avec interprète nécessite un apprentissage, qu'il ne « s'improvise pas ».

Dans la thèse sur la mise à disposition d'interprètes professionnels en cabinet de médecine générale en Alsace, la moitié des médecins interrogés était intéressée par une formation. (53) Certains avaient répondu par la négative au départ puis ont changé d'avis par la suite se rendant compte de la nécessité d'une formation au fur et à mesure des consultations avec interprètes. Des recommandations simples sur le bon déroulement d'un entretien avec un interprète sont proposées dans les recommandations de la HAS, où l'on encourage le professionnel à informer l'interprète sur le motif de la consultation et les objectifs prévus lors de l'entretien, à présenter l'interprète au patient en expliquant brièvement son cadre d'intervention, et à inviter l'interprète à exposer le cadre déontologique de sa fonction. (2) Il est recommandé par ailleurs, dans la mesure du possible, d'opter pour une disposition en triangle, et au professionnel de santé de s'adresser directement au patient compte tenu de l'importance de la communication non verbale. Enfin, après l'entretien un moment d'échange entre le professionnel de santé et l'interprète est encouragé, notamment dans le cas d'entretiens émotionnellement difficiles. (99)

Une étude concernant les pratiques d'accueil des populations allophones dans le réseau de la santé mentale à Montréal souligne l'importance d'une information sur les dangers du travail avec interprètes ad hoc ou sans interprètes et sur les ressources disponibles d'une part, et aussi la reconnaissance du statut de l'interprète professionnel comme membre de l'équipe de soins à part entière d'autre part. (35) Une autre décision politique pourrait être la mise sur pied d'un cursus de formation plus complet pour les interprètes, qui amènerait à une reconnaissance plus formelle de leurs compétences et faciliterait l'établissement du lien de confiance. La situation est similaire en France, où il n'existe pas de cursus de formation hormis un Diplôme-Inter-Universitaire (DIU) "Santé, Société et Migration" qui propose un module de formation spécifique à l'interprétariat et la médiation en santé. Il est piloté par l'Orspere-Samdarra et proposé par les facultés de médecine de Lyon et de St Etienne.

En Auvergne-Rhône-Alpes, depuis 2016, l'Orspere-Samdarra coordonne une action de formation des interprètes et des soignants aux pratiques de l'interprétariat en santé. (100) Un module est proposé aux interprètes et un autre aux soignants, qui les invite à faire abstraction de leur méthode de travail habituelle et à réfléchir au cadre de travail des interprètes pour « s'ouvrir à l'autre ». Ces formations se terminent par un temps d'échange entre soignants et interprètes autour des pratiques de chacun à partir de l'analyse croisée de consultations médicales filmées. Ainsi, en complément de la formation croisée entre interprètes et soignants, il semble essentiel de comprendre ce qu'éprouvent les personnes allophones et de l'inclure dans les prochaines sessions de formation.

Enfin, la thèse réalisée par M. Schoenel à Strasbourg en 2014 analysait les effets de l'interprète professionnel sur la pratique des médecins généralistes. (53) Elle posait la question du besoin ressenti de formation. Pour les médecins intéressés, celle-ci prendrait une forme pratique telle que des groupes d'échange de pratiques entre médecins mais aussi avec des interprètes professionnels. Cette possibilité a été envisagée dans plusieurs autres études. (101–103)

Notre travail de recherche a permis de confirmer les données de la littérature décrites ci-dessus. Elle doit être réalisée le plus tôt possible, dès la faculté, afin que la pratique de l'interprétariat professionnel soit naturelle pour les jeunes médecins. Pour les médecins installés, dont le temps est compté, la formation doit être simple et concise. Notre travail appuie la diversité de formation possible et les différents organismes qui peuvent la réaliser : type DPC, organisées par l'URPS ou les CPTS, sous forme de jeux de rôles ou de support vidéo... Quelle que soit la forme, nous affirmons par notre travail, qu'elle est un prérequis nécessaire à l'utilisation et à la mise en place de cet outil.

#### ► Diffusion

Après la formation des professionnels de santé, une autre des conditions *sine qua none* à la réussite de la mise en place d'un système d'interprétariat est la diffusion de l'information. En 2017, l'HAS recommandait déjà une meilleure diffusion de l'information sur la possibilité du recours à l'interprétariat auprès des usagers, à savoir les autorités de santé, les établissements et professionnels de santé, les associations travaillant dans le domaine sanitaire et social auprès de patients et des usagers. (2)

L'étude nantaise de 2019, mentionnée plus haut, donnait également comme explication quant à la sous-utilisation du dispositif d'interprétariat des Pays de la Loire, la communication insuffisante autour du dispositif. (71)

Dans l'étude bordelaise, la plupart des médecins non-expérimentateurs interrogés n'avait pas eu recours à l'interprétariat faute d'avoir été informé sur la possibilité d'y faire appel. (50) Le non-recours et la sous-utilisation des professionnels au service d'interprétariat mis à leur disposition, démontrait donc la nécessité de promouvoir en parallèle les services d'interprétariat même quand ils sont déjà disponibles et connus, pour habituer les professionnels de santé à les utiliser.

La diffusion peut se faire au moyen de différents supports (guide papier, tutoriel vidéo, recueils de témoignage) et s'inspirer de ce qui est proposé par l'URLM Pays de la Loire (104), qui décrit

simplement la procédure pour accéder à l'interprétariat, en précisant que l'interprète est soumis au secret professionnel et que le service est gratuit pour le médecin comme pour le patient. Ces deux derniers points sont essentiels à mettre en avant car il est apparu dans ce travail, à l'instar d'autres études, que le coût et les problèmes de confidentialité supposés par les médecins sont des freins importants au non-recours.

La HAS recommande également que la possibilité de recours à l'interprétariat soit davantage diffusée auprès des patients et des usagers. (2) C. Morice proposait qu'une fiche d'information sur la possibilité et la manière de demander aux médecins d'avoir recours à l'interprétariat professionnel puisse être également éditée à destination des patients, disponible dans divers lieux publics, structures d'hébergement et associations, et mise à disposition des travailleurs sociaux par exemple. (50) Elle devrait alors être traduite dans les langues les plus couramment rencontrées.

Selon le rapport MdM de Bordeaux, la diffusion de l'existence du dispositif permettrait d'en favoriser l'accès en cas de nécessité, mais son taux de recours resterait raisonné. Sa diffusion en serait donc bénéfique sans entraîner par ailleurs une hausse drastique des budgets alloués. (51)

Ainsi, comme nous avons pu le retrouver dans notre travail, la diffusion est un élément clé à la réussite de la mise en place du dispositif et à son utilisation. Elle fait partie intégrante du dispositif. Nous pouvons ajouter que le bouche à oreille est également un mode de diffusion qu'il faut souligner.

#### 4. *Plusieurs perspectives*

Lors des réunions avec le groupe expert, plusieurs pistes pour la mise en place d'un dispositif d'interprétariat professionnel à Toulouse et en Haute-Garonne ont été proposées.

##### ► **Le projet e.Care et le réseau REMEDES**

Il existe d'ores et déjà à Toulouse un réseau de professionnels de santé REMEDES ayant un accès à l'interprétariat professionnel. Ce projet, financé par l'ARS, initialement porté par MdM est dorénavant porté par le service e.Care du CHU de Toulouse. Depuis 2019, e.Care assure le lien entre l'hospitalier et l'ambulatoire : les patients allophones repérés en consultation hospitalière sont reçus en consultation avec une IDE puis sont orientés lorsque cela est

nécessaire vers une prise en charge ambulatoire via les professionnels du réseau REMEDES. Les médecins du réseau REMEDES établissent un contrat avec Mdm précisant le nombre de patients et le nombre de créneaux par semaine qu'ils laissent disponibles aux patients issus de l'orientation e.Care. Les professionnels de santé du réseau REMEDES sont situés à Toulouse et dans la première « ceinture » autour de Toulouse (Colomiers, Levignac, St Lys, Rieux Volvestre, Villeneuve Tolosane, Aucamville, Castelnau d'Estrefonds). Ce réseau compte 16 médecins généralistes libéraux.

Les objectifs du projet e.Care sont : (105)

- Faciliter le repérage des personnes en situation de précarité en s'appuyant sur le maillage territorial existant et en proposant des consultations avancées sur certains lieux repérés ;
- Fluidifier et coordonner les parcours de soins complexes à partir d'objectifs travaillés avec la personne concernée ;
- Améliorer l'accès et la qualité aux soins de premier et second recours en soutenant les professionnels de santé ;
- Permettre aux professionnels du réseau l'accès à l'interprétariat professionnel via un service d'interprétariat téléphonique ;
- Favoriser une prise en charge empathique, de qualité et adaptée via la formation des professionnelles de santé à travers la mise en place d'outils et d'échanges de pratiques.

Les objectifs du réseau REMEDES sont : (89)

- Favoriser une approche médicale globale et bienveillante ;
- Lutter contre « l'exclusion douce » : décroiser les soins pour les migrants/réfugiés ;
- Constituer un relais efficace aux structures dédiées aux patients n'ayant pas de couverture maladie (PASS, CASO) ;
- Améliorer la qualité des soins grâce à des réflexions collectives régulières ;
- Plaider en faveur d'une médecine « sociale » ambulatoire de qualité (accès à l'interprétariat médico-social) ;
- Participer à la réduction des inégalités sociales de santé (PRAPS).

Dans ce projet, l'interprétariat professionnel a un financement pour un volume de 200 h/an avec le COFRIMI, pour interprétariat téléphonique et présentiel. L'enveloppe budgétaire allouée par l'ARS est gérée par MdM, en cours de passation avec e.Care depuis avril. Un des objectifs prochains est d'élargir le réseau REMEDES. Celui-ci est financé par l'ARS, pour une durée de 3ans. La sensibilisation des médecins à l'utilisation de l'interprétariat est réalisée par la coordinatrice du projet. L'ARS propose tout d'abord d'observer comment ce réseau utilise l'interprétariat, en sachant que ce sont des professionnels de santé qui ont une patientèle plus allophone que d'autres. Aux termes des 3ans d'expérimentation, l'ARS attend que ce projet lui fournisse des indicateurs concernant l'utilisation de l'interprétariat professionnel par les professionnels du réseau REMEDES, afin d'émettre un avis favorable ou défavorable à son extension à d'autres professionnels de santé au-delà du réseau initial. Ainsi, ce projet pourrait constituer le terreau du développement de l'interprétariat en médecine générale à Toulouse et en Haute-Garonne.

Cette expérience se rapproche du projet bordelais « Interprétariat en santé et accès à la médecine de proximité » initié également par MdM. Notons que, dans ce projet, un décalage entre les besoins réels et les moyens mis en place a rapidement été souligné. Ainsi l'élargissement à la région Nouvelle-Aquitaine est en discussion actuellement au vu des besoins identifiés en zone rurale.

### ► **Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**

Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Leurs objectifs sont le décloisonnement et la réorganisation des soins autour du patient afin de garantir une plus grande fluidité du parcours de santé : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile... Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. La création des CPTS est l'une des mesures du plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » lancé en 2018 qui vise à décloisonner et réorganiser le système de soins. (106)

La CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en

matière de santé qu'ils ont identifiés. Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS. (107)

En Haute-Garonne, elles sont au nombre de 15 : CPTS Toulouse Nougaro – CPTS Canal Garonne – CPTS La Providence – CPTS Toulouse Rive Gauche – CPTS Nord Est Toulousain – CPTS Pastel – CPTS Portes du Lauragais – CPTS Sud Toulousain – CPTS Terres du Lauragais – CPTS du Comminges – CPTS du Val – CPTS Nord Haute Garonne – CPTS Ouest Haute Garonne – CPTS Est Haute Garonne. À titre d'exemple, la CPTS Toulouse Rive Gauche regroupe 1192 professionnels de santé.

L'interprétariat professionnel pourrait être inclus dans le projet de santé de ces CPTS. Si une CPTS ne l'inclut pas, cela peut lui être suggéré par l'inter-CPTS qui coordonne l'ensemble des CPTS.

Les CPTS ont un financement lié à un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec l'Assurance Maladie et peuvent également avoir un financement par l'ARS dans le cadre d'appels à projets.

Ainsi, on pourrait imaginer qu'une CPTS intègre l'accès à l'interprétariat professionnel dans son projet de santé. Celui-ci pourrait faire l'objet de financement dans ce cadre. Puis, il peut être repris par d'autres CPTS, par l'intermédiaire de l'inter-CPTS, avec un dispositif homologue d'une CPTS à l'autre. Cet accès à l'interprétariat pourrait donc se généraliser par l'inclusion dans les projets de santé de chaque CPTS. Ce qui est intéressant dans ce dispositif, c'est que l'accès à l'interprétariat concernerait tous les professionnels libéraux rattachés à la CPTS, et donc cela permet l'élargissement de l'accès à d'autres professions de santé (IDE, kinésithérapeute, sage-femme...). Ceci constitue une autre manière d'imaginer la mise en place du dispositif, et de son financement. Enfin, les CPTS peuvent être un bon relais pour la diffusion des informations par leur réseau étendu, et elles ont également un rôle prépondérant dans la formation des professionnels de santé, notamment à de nouvelles pratiques.

#### ► **La Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS)**

La FORMS existe depuis 2015. Elle accompagne, forme et soutient les équipes de santé dans l'exercice pluriprofessionnel coordonné sur toute la région Occitanie. (108) Ses objectifs sont :

- Accompagner les équipes de soins primaires, CPTS, MSP en projet ou en fonctionnement dans la réalisation de leurs objectifs ;
- Assurer et développer la formation des coordinateurs et des professionnels qualifiés ;
- Appuyer les besoins en information et formation des équipes de soins primaires ;
- Promouvoir l'exercice pluriprofessionnel coordonné en soins primaires et développer des projets innovants, via l'article 51 ;
- Représenter les équipes pluriprofessionnelles coordonnées de notre région auprès des institutions et des partenaires locaux, régionaux et nationaux ;
- Favoriser la recherche et le développement des pratiques pluriprofessionnelles en soins primaires ;
- Accompagner tout nouveau dispositif de loi de santé impliqué relevant de l'exercice pluriprofessionnel coordonné.

Elle peut intervenir à la demande des porteurs de projets et équipes de soins pluriprofessionnelles, qu'ils soient du domaine sanitaire ou du domaine institutionnel ou lors de contact institutionnel avec l'ARS Occitanie, les délégations départementales de l'ARS, le DUMG, les URPS, etc. (109)

Ainsi, elle présente un réseau intéressant quant à la mise en pratique et la communication de projet tel que la mise en place de l'interprétariat. Elle peut également être un outil de formation.

#### ► **La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)**

La PASS peut faire partie des réflexions dans la mise en place du projet à Toulouse et en Haute-Garonne. Dans les Pays de la Loire et à Bordeaux, elle faisait partie des initiateurs des différents projets. C'est une structure assez similaire à l'exercice de médecine générale : elle fonctionne par rendez-vous, reçoit un public semblable, possède l'accès à l'interprétariat par téléphone mais aussi à l'interprétariat physique. Son expertise pourrait amener des éléments intéressants à la réflexion concernant la création d'un dispositif d'interprétariat professionnel en premier recours.

Dans certains territoires où il existe une forte précarité et une pénurie médicale, une des solutions proposées a été la création d'une PASS dite « hors les murs ». (110) Celle-ci consiste à étendre le champ d'actions de la PASS en partenariat avec des acteurs locaux (CPTS par exemple) en organisant des consultations infirmières en dehors des locaux hospitaliers. Cette solution ne parait pas répondre aux enjeux de la mise en place de l'interprétariat professionnel

sur le territoire haut-garonnais. De plus, la capacité des PASS à assurer cette nouvelle mission est probablement impossible pour la plupart d'entre elles.

### ► **Expérimentation « Centres et maisons de santé participatifs »**

Une autre perspective de développement de l'interprétariat professionnel en soins de premier recours se situe au niveau des centres et maisons de santé « participatifs » (ou « communautaires »). Ces structures visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins de leurs usagers. Cette prise en charge est particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin, car elle se fonde sur un accompagnement médico-psycho-social mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle, associant notamment des médecins généralistes et auxiliaires médicaux, des psychologues, des agents d'accueil, des médiateurs en santé et des interprètes professionnels. Ces professionnels font participer les usagers au projet de santé de la structure, en visant à les rendre acteurs de leur propre santé (en allant vers eux, en mettant en place des espaces de parole, des actions de médiation en santé, avec des services d'interprétariat professionnel, accompagnement médical, psychologique et social). Malgré la reconnaissance de leur service rendu, leurs modes de financements actuels ne permettent pas d'assurer la soutenabilité de ces structures, tant en termes d'équilibre budgétaire que de pérennité des financements.

Suite à un appel à projet du Ministère de la Santé de septembre 2021, vingt-six structures doivent préfigurer et tester le modèle de la "santé participative". Six structures préfiguratrices étaient déjà opérationnelles depuis le 1er août 2021 à Echirolles, Marseille, Saint-Denis, Strasbourg, Toulouse et Vaulx-en-Velin. Elles sont désormais rejointes, depuis le 31 janvier 2022, par les 20 nouvelles structures, réparties dans 11 régions de métropole. L'ensemble de ces centres et maisons de santé sont situés dans un quartier prioritaire de la ville ou à proximité. Nous pourrions trouver en Annexe 12 la répartition de ces structures sur le territoire.

Grâce à une enveloppe de 30 millions d'euros, ces 26 structures vont tester durant près de deux ans, jusqu'au 31 décembre 2023, le modèle économique de la santé participative, en conditions réelles, en vue de la généralisation de cette approche innovante de l'accès aux soins. L'objectif est ainsi de créer à terme 60 centres et maisons de santé « participatifs » en inscrivant la santé communautaire dans un modèle économique pérenne et soutenable, en 2024. Le financement de l'expérimentation est assuré par le Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et porté par l'assurance maladie. Chaque centre ou maison de santé participatif prenant part à l'expérimentation bénéficiera d'un financement constitué de quatre dotations fongibles entre elles : une dotation rémunérant les

activités participatives réalisées par des professionnels autres que les professionnels de santé (personnel d'accueil, médiateurs en santé, travailleurs sociaux, coordinateurs...), une dotation rémunérant les temps consacrés par les professionnels de santé à la démarche participative et la prise en charge d'une patientèle précaire ou vivant dans un territoire fragilisé, une dotation finançant le recours à des services d'interprétariat professionnel et une dotation complémentaire sur le soutien psychologique. Ces différentes dotations sont destinées uniquement à financer du temps humain. Le cahier des charges précise toutefois que "les porteurs de projets sont invités à solliciter les collectivités locales et préfetures pour mobiliser des financements complémentaires, afin de soutenir leur démarche participative". (111–113)

► **Article 51 « Expérimenter et innover pour mieux soigner »**

Enfin, nous pouvons également citer le recours à l'article 51 comme voie possible afin d'instaurer localement en premier lieu puis de généraliser le recours à l'interprétariat professionnel. L'article 51 est né de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 pour améliorer et transformer le système de santé. Il permet de déroger aux règles parfois contraignantes de tarification, de facturation ou d'organisation pour les acteurs de santé ou de remboursements de soins pour les patients, et instaure un fond dédié pour financer ces expérimentations, ainsi il offre un cadre inédit permettant d'expérimenter de nouvelles organisations de prise en charge des patients. En testant de nouveaux modèles de financement des soins, ces projets peuvent permettre de déterminer si des facturations dérogatoires peuvent faire l'objet d'un passage dans le droit commun, en écho aux principes directeurs du dispositif de toujours anticiper la capacité à généraliser un projet. Un grand nombre de professions intervient dans les différents projets d'article 51, qui s'inscrivent pour la plupart dans une démarche pluri-professionnelle ou multidisciplinaire, sous forme par exemple d'un parcours de soins. (114)

Depuis 2018, 71 expérimentations autorisées représentent un engagement pluriannuel sur le FISS d'environ 380 millions d'euros (dont 100 millions d'euros en 2021) et de 19 millions d'euros sur le FIR des ARS. (115)

Les modèles avec une approche globale des patients pour des accompagnements spécifiques adaptés peuvent relever du dispositif d'article 51, et à travers eux le recours à de l'interprétariat professionnel est possible. À l'exemple du projet « Consultations santé migrants » du réseau Louis Guilloux à Rennes, dont nous avons parlé précédemment. L'enjeu est de donner à tous les migrants primo-arrivants du territoire un égal accès aux soins avec un premier bilan de santé,

qu'ils soient francophones ou non, qu'ils bénéficient de droits ouverts ou non. L'opérationnalité et l'efficacité du projet est soumise au développement de l'accès à l'interprétariat en médecine de droit commun (médecine libérale, centres de santé, MSP) par la mise à disposition d'interprètes médico-sociaux professionnels, la gestion des prises de rendez-vous et la proposition d'une prise en charge financière d'un temps de consultation adapté au profil des patients (consultation plus longue et complexe). L'expérimentation d'une durée de 4ans pourrait permettre de généraliser le recours à l'interprétariat pour les primo-arrivants allophones et d'instaurer une majoration de la consultation médicale, fixée à 25euros pour ce projet. (77,116)

En Occitanie, les projets autorisés portent sur des thèmes inscrits au PRS à fort enjeux : la santé mentale et les addictions, la prévention de la fragilité des personnes âgées, l'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap, le suivi des patients atteints de maladies chroniques, les troubles du neurodéveloppement chez l'enfant. (117)

Les autres projets étudiés nous avaient fournis des pistes concernant les possibilités de mise en place du dispositif d'interprétariat. En France, il existe une variabilité territoriale concernant les ressources matérielles et humaines pouvant être engagées pour réaliser ce type de projet. Notre étude a donc permis de mettre en lumière les différents intervenants possibles sur le territoire toulousain et haut-garonnais.

## CONCLUSION

Ce travail de recherche-action évaluant la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel à Toulouse et en Haute-Garonne en médecine générale est inédit. Tout d'abord, grâce à une revue de la littérature, nous avons pu synthétiser les connaissances actuelles concernant la barrière de la langue et son impact en termes d'inégalité de santé. Cette contextualisation nous a permis de redéfinir les bénéfices du service d'interprétariat professionnel, avec les données des études les plus récentes.

Afin de pouvoir définir les modalités de mise en place d'un dispositif d'interprétariat à Toulouse et en Haute-Garonne, nous nous sommes inspirés des différentes initiatives qui se servent déjà de cet outil sur le territoire français en médecine de premier recours. Grâce à l'exploitation des renseignements fournis par ces projets, un cahier des charges adapté à notre problématique a été construit. Afin de parfaire ce cahier des charges, d'autres points de vue sur la question ont été recherchés, par le biais d'entretiens avec un groupe d'experts. Nous avons abouti à la création, non pas d'un cahier des charges, mais d'un projet. Ce projet propose dans les grandes lignes, la mise à disposition d'un service d'interprétariat téléphonique et présentiel, à destination des professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, spécialistes libéraux et autres professions paramédicales), à destination de la patientèle allophone, de manière gratuite et illimitée. L'accent est mis sur la nécessité d'une formation des soignants à la pratique de l'interprétariat professionnel ainsi qu'à la diffusion du dispositif.

Les politiques institutionnelles départementales et régionales de l'ARS, malgré des recommandations nationales de la HAS (2), de l'IGAS (58), ou encore l'inclusion dans le PRAPS (Annexe 5), n'ouvrent à ce jour pas de perspectives de financement de l'interprétariat selon les modalités que nous décrivons ci-dessus. Tout au plus, elle finance un projet local axé autour de la santé des personnes vulnérables, dont un des outils est l'interprétariat professionnel.

Ce travail de recherche a toutefois permis de réunir des acteurs du soin de premier recours concernés par le besoin d'interprétariat professionnel au quotidien. Ces membres du groupe d'experts ont pu mettre en évidence d'autres points de vue pour aborder la mise en place d'un tel dispositif, notamment l'émergence d'intervenants que nous n'avions pas recensés dans les autres initiatives étudiées. Nous pouvons citer ici des structures spécifiques locales telles que la FORMS, les CPTS, la PASS, la DAC, les centres de santé dits participatifs et les maisons de santé. Ainsi, de nouvelles perspectives s'ouvrent.

En fonction du modèle d'exercice de premier recours, les perspectives sont différentes. Pour les exercices de médecine générale en libéral on peut imaginer plusieurs scénarios tel qu'un financement en lien avec un projet de santé de CPTS puis une généralisation à d'autres CPTS ou l'élargissement du réseau REMEDS et sa pérennisation. Pour les centres de santé participatifs, cela repose sur l'article 51 qui inclut le financement de l'interprétariat professionnel. Si l'expérimentation nationale sur ce modèle d'exercice de premier recours est renouvelée, cela augmenterait les lieux de soin où l'accès à l'interprétariat professionnel est possible.

Il est important de rappeler que l'accès aux soins de premier recours pour tous et toutes est un axe fondamental en termes de santé publique pour réduire les inégalités sociales de santé. L'accès à l'interprétariat professionnel favorise l'accès à des soins adaptés à la demande.

C'est pourquoi ce travail de thèse pourrait par la suite être le support de la création d'un cahier des charges à présenter aux institutions pour mettre en place un dispositif d'interprétariat professionnel pour les médecins généralistes quel que soit leur mode d'exercice.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Communication. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Communication&oldid=188425995>
2. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. 2017; Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante)
3. Woloshin S, Schwartz LM, Katz SJ, Welch HG. Is language a barrier to the use of preventive services? *J Gen Intern Med.* août 1997;12(8):472-7.
4. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics.* juin 1999;103(6 Pt 1):1253-6.
5. Priebe S, Sandhu S, Dias S. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries - PubMed [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21439059/>
6. Bernstein J, Bernstein E, Dave A. Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up - PubMed [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16228770/>
7. Bernstein, J.; Bernstein, E.; Dave, A.; Hardt, E.; James, T.; Linden, J.; Mitchell, P.; Oshi, T. & Safi, C. (2002) Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services, subsequent charges, and follow-up. *Journal Of Immigrant Health*, 4(4): 171-176. - [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16228770/>
8. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review - PubMed [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15894705/>
9. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* mars 1989;27(3 Suppl):S110-127.
10. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé - Santé Canada [Internet]. 2003 [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>
11. Stuart GW, Minas IH, Klimidis S, O'Connell S. English language ability and mental health service utilisation: a census. *Aust N Z J Psychiatry.* avr 1996;30(2):270-7.
12. Trauer T. Ethnic differences in the utilisation of public psychiatric services in an area of suburban Melbourne. *Aust N Z J Psychiatry.* déc 1995;29(4):615-23.
13. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Abdool SN. Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field. *Patient Educ Couns.* mai 2006;61(2):236-45.
14. Roberts N, Crockford D. Psychiatric admissions of Asian Canadians to an adolescent inpatient unit. *Can J Psychiatry.* oct 1997;42(8):847-51.
15. Rueda-Lara MA, Buchert S, Skotzko C, Clemow LP. Psychiatric symptoms masking pituitary adenoma in Spanish speaking immigrants. *Gen Hosp Psychiatry.* oct 2003;25(5):367-71.
16. Bauer AM, Alegría M. Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatr Serv.* août 2010;61(8):765-73.

17. Chambon N, Béal A. Le recours à l'interprète en santé mentale: enjeux et problèmes [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01242671>
18. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. mai 2013;91(2):131-40.
19. Lee TS, Lansbury G, Sullivan G. Health care interpreters: A physiotherapy perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2005;51(3):161-5.
20. Ku L, Flores G. Pay now or pay later: providing interpreter services in health care - PubMed [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15757928/>
21. Chen A. Doctoring Across The Language Divide. *Health Affairs*. 1 mai 2006;25(3):808-13.
22. Boss-Prieto OL. L'interprétation en Suisse francophone : le cas de la communauté hispano-américaine. *Çedille Revista de Estudios Franceses*. 2014;(4):63-76.
23. Lordier N. De la PASS au droit commun : état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011 - Thèse [Internet]. 2017 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/60224318-Universite-de-nantes-faculte-de-medecine-annee-2017-n-these-pour-le-diplome-d-etat-de-docteur-en-medecine-des-de-medecine-generale-par.html>
24. Ali M, Ducroz M. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018 - Thèse [Internet]. Angers Nantes: Université Angers Nantes; 2018. p. 55. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/15007808/2018MCEM9390/fichier/9390F.pdf>
25. Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. Caring for patients with limited English proficiency: the perspectives of small group practitioners. *J Gen Intern Med*. nov 2007;22 Suppl 2:341-6.
26. Laws MB, Heckscher R, Mayo SJ, Li W, Wilson IB. A new method for evaluating the quality of medical interpretation - PubMed [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14713741/>
27. Bischoff A. Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals: A Review of Effective Interventions. 1 janv 2006;
28. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. janv 2003;111(1):6-14.
29. Maux d'Exil, la revue du Comede | Comede - Part 5 [Internet]. 2016 [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.comede.org/maux-dexil/>
30. Chaaban S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. Thèse [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1634/>
31. PASS international. Is the use of interpreters in medical consultations justified ? A critical review of the literature. [cité 12 oct 2021]; Disponible sur: [www.pass-international.org](http://www.pass-international.org)
32. Davies MM, Bath PA. The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. *J Adv Nurs*. oct 2001;36(2):237-45.

33. Betancourt JR, Jacobs EA. Language barriers to informed consent and confidentiality: the impact on women's health. *J Am Med Womens Assoc* (1972). 2000;55(5):294-5.
34. Juckett G. Cross-cultural medicine. *Am Fam Physician*. 1 déc 2005;72(11):2267-74.
35. Leanza Y, Brisset C. « L'interprétariat en santé mentale à Montréal. Perspectives des intervenants, entre méconnaissance et co-thérapie », *Les Cahiers du Rhizome* [bulletin santé mentale et précarité édité par l'Observatoire des pratiques en Santé Mentale et Précarité, France], no. 55 : 20-27. [Internet]. 2015 [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.orspere-samdarra.com/rhizome/cahiers-de-rhizome-n55-linterpretariat-en-sante-mentale-fevrier-2015/>
36. Traducmed, outil d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants [Internet]. [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <http://www.traducmed.fr/>
37. Mestre C. L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité. *Rhizome*. 2015;55(1):38-47.
38. ADATE, APTIRA, ASAMLA, COFRIMI, ISM Corum, ISM Interprétariat, et al. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adopté à Strasbourg le 14/11/12 [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>
39. Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*. août 2003;57(3):503-12.
40. Jacobs E, Chen AHM, Karliner LS, Agger-Gupta N, Mutha S. The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q*. 2006;84(1):111-33.
41. Direction Générale de la Santé. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé - Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du diabète. [cité 12 oct 2021]; Disponible sur: [solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr)
42. Hsieh E. Interpreters as co-diagnosticians: overlapping roles and services between providers and interpreters. *Soc Sci Med*. févr 2007;64(4):924-37.
43. Cave A, Maharaj U, Gibson N, Jackson E. Physicians and immigrant patients. Cross-cultural communication. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*. 1 nov 1995;41:1685-90.
44. Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. *Hommes & migrations Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*. 1 nov 2009;(1282):102-6.
45. Leanza Y, Miklavcic A, Boivin I, Rosenberg E. Working with Interpreters. In 2014. p. 89-114.
46. Es-Safi L. La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. *Pensee plurielle*. 2001;3(1):27-34.
47. Abbe M, Simon C, Angiolillo A, Ruccione K, Kodish ED. A survey of language barriers from the perspective of pediatric oncologists, interpreters, and parents. *Pediatr Blood Cancer*. nov 2006;47(6):819-24.
48. Miller KE, Martell ZL, Pazdirek L, Caruth M, Lopez D. The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study. *Am J Orthopsychiatry*. janv 2005;75(1):27-39.

49. Bischoff A, Tonnerre C, Eytan A, Bernstein M, Loutan L. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Soz Präventivmed*. 1999;44(6):248-56.
50. Morice AE. Evaluation d'un service d'interprétariat par visio- conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux - Thèse [Internet]. [Bordeaux]; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02394617/document>
51. Médecins du Monde Bordeaux - Rapport d'activités 2020 - Projet « Interprétariat en santé et accès à la médecine de proximité ».
52. Migrations Santé Alsace - Interprétariat professionnel dans les domaines de la santé et du travail social. – Note d'opportunité pour un interprétariat médical et social professionnel – Avril 2009 [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: [https://www.migrationsssante.org/wp-content/uploads/2016/03/Note\\_interpretariat\\_professionnel.pdf](https://www.migrationsssante.org/wp-content/uploads/2016/03/Note_interpretariat_professionnel.pdf)
53. 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-.....). Faculté de médecine; 2014. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=176776648>
54. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016 [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/333c0268-d9ad-4ed2-a3f5-88975171a712>
55. Karlsen WB, Haabeth AL. The telephone interpreter. A good alternative to the traditional interpreter. 1998;118(2):253-4.
56. Chambon N, Carbonel N. L'interprète, un intervenant en santé mentale ? *Rhizome*. 2015;55(1):86-97.
57. Hadziabdic E, Albin B, Heikkilä K, Hjelm K. Family members' experiences of the use of interpreters in healthcare. *Prim Health Care Res Dev*. avr 2014;15(2):156-69.
58. Burnel P, Calmette P. IGAS - Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé [Internet]. 2019 [cité 8 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article752>
59. Article 35 - Code de déontologie médicale - Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006680538/2021-10-12/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680538/2021-10-12/)
60. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
61. Convention européenne des droits de l'homme [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_FRA.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf)
62. Légifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
63. Article L1110-13 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031919839/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031919839/)

64. Article L161-37 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043895879/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895879/)
65. PRS Occitanie [Internet]. PRS Occitanie. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://prs.occitanie-sante.fr/>
66. Conférence des Ministres responsables de la culture (Bakou, 2-3 décembre 2008) : « Le dialogue interculturel comme fondement de paix et de développement durable en Europe et dans les régions voisines » [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806b0156>
67. L'interprétariat, un outil d'accès aux droits et aux soins | Migrations Santé Alsace [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.migrationsante.org/axes-d-intervention/interpretariat/linterpretariat-un-outil-dacces-aux-droits-et-aux-soins/>
68. Publications | Migrations Santé Alsace [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.migrationsante.org/pole-ressources/productions/publications/>
69. Boucekkine S. Mise à disposition d'interprètes professionnels en cabinet de médecine libérale: à propos d'une étude pilote [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2010. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs//DB=2.1/SET=1/TTL=1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=RLV&TRM=boucekkine+mise+%C3%A0>
70. Interprétariat téléphonique : lancement du dispositif en Grand Est pour les médecins et sages-femmes [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/interpretariat-telephonique-lancement-du-dispositif-en-grand-est-pour-les-medecins-et-sages-femmes>
71. Bigot R, Dallet N, Rousseau R. Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire dans les Pays de la Loire. *Santé Publique*. 2019;31(5):663.
72. Tocher TM, Larson EB. Do physicians spend more time with non-English-speaking patients? *J Gen Intern Med*. mai 1999;14(5):303-9.
73. Kravitz RL, Helms LJ, Azari R, Antonius D, Melnikow J. Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. *Med Care*. juill 2000;38(7):728-38.
74. Hampers LC, McNulty JE. Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Arch Pediatr Adolesc Med*. nov 2002;156(11):1108-13.
75. Kandel O, Ripault A, Jourdain M, Bouche G. La durée de consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes? *LA REVUE DU PRATICIEN*. 2008;58:6.
76. Gallon AC, Rousseau R, Le Quéré, F, Brohan Oheix, F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales: entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français [Internet]. [Université de Nantes]; 2017. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=20051900X>
77. ARS Bretagne. « Consultations santé pour les migrants » : une expérimentation sur 4 ans [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/consultations-sante-pour-les-migrants-une-experimentation-sur-4-ans>

78. PASS de Ville Marseille - Rapport d'activités 2019 [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://lapasdevillemarseille.fr/wp-content/uploads/2021/12/Rapport-dactivite%CC%81s-2019-min.pdf>
79. PASS de Ville Marseille - Rapport d'activités 2020 [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://lapasdevillemarseille.fr/wp-content/uploads/2021/12/Rapport-dactivite%CC%81s-2020-min.pdf>
80. Pass de ville à Marseille : un dispositif innovant d'accès aux soins [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/pass-de-ville-marseille-un-dispositif-innovant-dacces-aux-soins>
81. Halford A. Accès aux soins primaires chez les patients précaires: à propos d'une permanence d'accès aux soins de santé de ville à Marseille. Étude qualitative sur les expériences et ressentis des professionnels de santé partenaires du dispositif PASS de ville de Médecins du Monde à Marseille [Internet]. Marseille; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02518580>
82. Geffroy S, Reynaud T. D'une PASS de ville aux soins primaires : expériences des patients pris en charge par le dispositif « PASS de Ville » de Médecins du Monde - Aix-Marseille Université [Internet]. Marseille; 2021 [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-AMU/dumas-03591100>
83. Appassara - Interprétariat en santé et santé mentale [Internet]. Association des PASS Rhône-Alpes. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.appassra.org/organisation-et-fonctionnement-d-une-pass/interpretriat/>
84. Larminat J de. Expériences et vécus des médecins généralistes face à l'utilisation d'un dispositif d'interprétariat professionnel en Auvergne-Rhône-Alpes, dans la prise en charge des patients allophones en situation de précarité [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2021 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m62f7n1s>
85. Orspere-Samdarra - Sessions de formation 2019 - L'interprétariat en santé Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/formation\\_interpretes\\_et\\_soignants\\_2019\\_VF.pdf](https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/formation_interpretes_et_soignants_2019_VF.pdf)
86. Missions et organisation [Internet]. Orspere-Samdarra. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.orspere-samdarra.com/qui-sommes-nous/missions-et-organisation/>
87. Orspere-Samdarra - Rapport décembre 2019 - Coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/2019\\_Orspere-Samdarra\\_-\\_Coordination\\_des\\_psychiatres\\_liberaux.pdf](https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/2019_Orspere-Samdarra_-_Coordination_des_psychiatres_liberaux.pdf)
88. Projet Régional de Santé Occitanie - Programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018-2022 [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: [https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/3\\_projet-rgional-de-sant-occitanie-programme-rgional-dacces--la-prvention-et-aux-soins.pdf](https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/3_projet-rgional-de-sant-occitanie-programme-rgional-dacces--la-prvention-et-aux-soins.pdf)
89. Réseau REMEDES - Un réseau de médecins solidaires, partenaire de Médecins du Monde [Internet]. Disponible sur: [https://www.hjd.asso.fr/sites/default/files/JDC%20REMEDES\\_0.pdf](https://www.hjd.asso.fr/sites/default/files/JDC%20REMEDES_0.pdf)
90. 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*. 2004;12(5):407-13.

91. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gildengorin G. The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. *J Gen Intern Med.* févr 2004;19(2):175-83.
92. Cahier des charges. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cahier\\_des\\_charges&oldid=191722533](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cahier_des_charges&oldid=191722533)
93. Un nouveau cahier des charges pour la permanence des soins ambulatoires en Occitanie | Agence régionale de santé Occitanie [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/un-nouveau-cahier-des-charges-pour-la-permanence-des-soins-ambulatoires-en-occitanie>
94. ARS Occitanie - exemple de cahier des charges pour appel à manifestation d'intérêt 2021 [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/84331/download?inline>
95. Cahier des charges spécifique au financement de projets dans le cadre de «Moi(s) sans tabac» Appel à projet 2018 dédié CNAM [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/76427209-Cahier-des-charges-specifique-au-financement-de-projets-dans-le-cadre-de-moi-s-sans-tabac-appel-a-projet-2018-dedie-cnam.html>
96. Vigarello G. Hugon (Marie-Anne), Seibel (Claude), éd. — Recherches impliquées. Recherche action: le cas de l'éducation. *Revue française de pédagogie.* 1990;92(1):113-4.
97. Conseil de l'Europe. Recommandation du Comité des ministres aux états membres sur les services de santé dans une société multiculturelle. Strasbourg: CE; 2006. [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805d73bf](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d73bf)
98. Ribera JM, Grietens KP, Toomer E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié? [Internet]. Belgique: Cofetis; 2008 mars [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: [http://www.appartenances.ch/images/medias/recherches/PASS-COFETIS\\_Recours\\_aux\\_interpretes\\_consultations\\_medicale.pdf](http://www.appartenances.ch/images/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf)
99. Cordier A, Herpin P. Vécu des interprètes professionnels intervenant en consultation médicale en Pays de la Loire: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2021.
100. Santé Publique France. La Santé en action, Décembre 2017, n°442 Interculturalité, médiation, interprétariat et santé. [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-en-action-decembre-2017-n-442interculturalite-mediation-interpretariat-et-sante>
101. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R. Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Educ Couns.* août 2007;67(3):286-92.
102. Hsieh E. Provider-interpreter collaboration in bilingual health care: competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient Educ Couns.* févr 2010;78(2):154-9.
103. Raval H, Smith JA. Therapists' Experiences of Working with Language Interpreters [Internet]. 2003 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/41345050>
104. URML Pays de la Loire - Guide utilisation Interprétariat professionnel [Internet]. URPS. 2020 [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://urml-paysdelaloire.org/nos-services/interpretariat-2/>

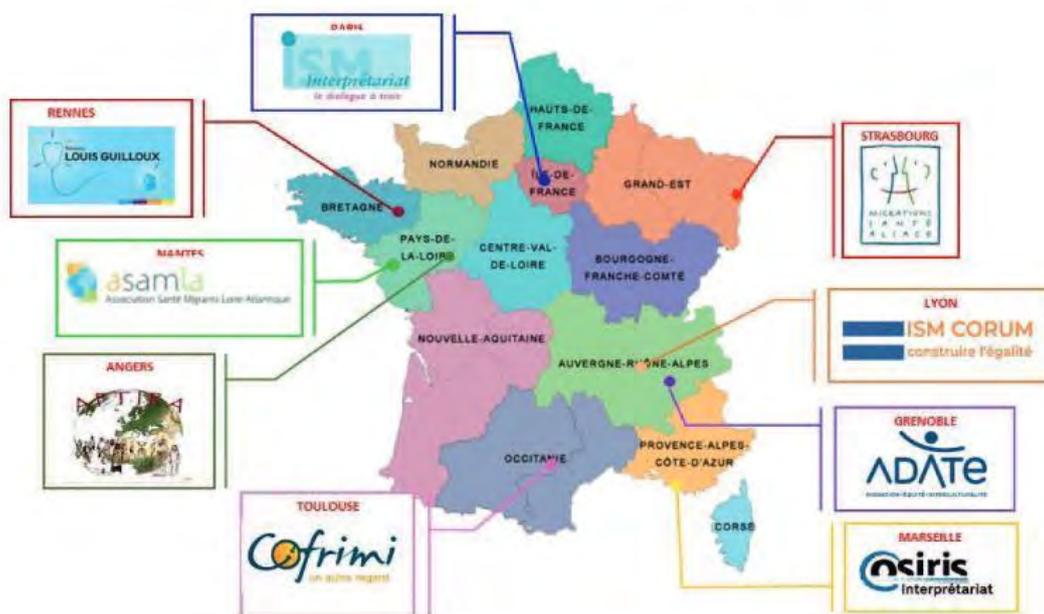
105. e.CARE - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-e-care->
106. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
107. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
108. La Forms | Maisons de Santé en Occitanie - Forms - Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.forms-etc.fr/la-forms>
109. Nos actions | Maisons de Santé en Occitanie - Forms - Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.forms-etc.fr/nos-actions>
110. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) hors les murs - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/84231>
111. Vingt-six structures retenues pour préfigurer la « santé participative » et un nouveau cahier des charges [Internet]. Banque des Territoires. 2022 [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.banquedesterritoires.fr/vingt-six-structures-retenues-pour-prefigurer-la-sante-participative-et-un-nouveau-cahier-des>
112. Ministère des solidarités et de la santé : Appel à candidatures - Expérimentation « Centres et maisons de santé participatifs » [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/appel\\_a\\_projet\\_\\_sec\\_participatives\\_2021-07-26.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/appel_a_projet__sec_participatives_2021-07-26.pdf)
113. Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté - Communiqué de Presse - 31 janvier 2022.
114. Expérimenter et innover pour mieux soigner - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>
115. Ministère des Solidarités et de la Santé - Dossier de presse - Bilan du dispositif Article 51 14 janvier 2021 [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2021-01-14-dp-bilan-dispositif-article-51-lfss-2018.pdf>
116. ARS Bretagne - Projets article 51 autorisés en Bretagne [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/projets-article-51-autorises-en-bretagne>
117. ARS Occitanie - Expérimenter des organisations innovantes - Art.51 Loi de financement de la sécurité sociale 2018- [Internet]. 2022 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/experimenter-des-organisations-innovantes-art51-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-2018>

# ANNEXES

## ANNEXE 1

Carte du réseau RIMES regroupant neuf associations françaises, qui créent le réseau national de promotion de l'interprétariat médical et social professionnel afin de garantir un accès effectif aux droits fondamentaux des personnes allophones. Image issue du site de l'association MSA. Disponible sur : <https://www.migrationsante.org/2019/04/29/rimes-reseau-de-linterpretariat-medical-et-social/>

### Réseau de l'Interprétariat Médical Et Social



## ANNEXE 2

Flyer expliquant dispositif d'interprétariat téléphonique à destination des médecins libéraux et des sages-femmes dans la région Grand -Est depuis janvier 2021

### UN DISPOSITIF D'INTERPRÉTARIAT TÉLÉPHONIQUE EN GRAND EST

### POUR LES MÉDECINS ET SAGES-FEMMES EXERÇANT EN LIBÉRAL



Depuis janvier 2021, un dispositif d'interprétariat téléphonique est mis à disposition de tous les médecins et les sages-femmes exerçant en libéral dans la région Grand Est par l'Agence Régionale de Santé.

*Environ 185 langues sont proposées par ISM Interprétariat dont le russe, géorgien, roumain, serbo-croate, arabe, turc, polonais, arménien, ourdou, ....*

L'objectif visé par le dispositif d'interprétariat téléphonique est de faciliter la relation soignant/soigné en donnant la possibilité aux professionnels de santé libéraux de recourir à un interprétariat professionnel de qualité et d'un accès facile.

Par leur action, les interprètes professionnels permettent d'établir une communication tant linguistique que culturelle, et de faciliter ainsi l'intégration dans le système de santé.

### Interprétariat téléphonique : le dispositif régional en pratique

#### Un interprète ? Pour quel type de consultation ?

La sollicitation d'un interprète peut être organisée pour n'importe quelle consultation, selon les besoins du médecin/sage-femme libéral(e) qui en fait la demande, comme par exemple, l'interrogatoire détaillé dans le cadre d'une recherche diagnostique, l'annonce d'un diagnostic, la mise en place d'un protocole de soin, d'explications administratives relatives aux droits du patient (certificats,...),

#### Comment adhérer au dispositif ?

**Étape 1 :** Il suffit d'envoyer un mail à l'association CODAGE (Collectif des Dispositifs d'Appui en Grand Est), à qui l'ARS a délégué la gestion de ce dispositif, en indiquant >>> « INTERPRÉTARIAT » à [codage.interpretariat@gmail.com](mailto:codage.interpretariat@gmail.com) avec vos nom/prénom / type d'activité / code postal et ville de votre lieu principal d'exercice libéral.

*Si vous souhaitez des précisions supplémentaires, contactez les représentants de CODAGE en charge de la gestion du dispositif pour le Grand Est (cf. au dos).*

**Étape 2 :** La structure d'interprétariat, ISM Interprétariat, vous transmettra alors un numéro de téléphone dédié et gratuit ainsi qu'un code confidentiel que vous devrez utiliser à chaque fois que vous ferez appel au dispositif d'interprétariat.



Service d'interprétariat en direct sans RDV > 24h24/7j7 (Possibilité d'un RDV si besoin)

Accès à la prestation (dans 185 langues) : 2 mn

Sur demande et sur RDV, le même interprète peut réaliser toutes les consultations avec le même patient

**ISM Interprétariat > 01 53 26 52 62**

### Mode opératoire : comment obtenir un interprète par téléphone ?

Pour obtenir l'assistance d'un interprète d'ISM Interprétariat, il vous faudra appeler le **01 53 26 52 62**. Le coordinateur d'ISM qui reçoit votre appel vous demandera de fournir plusieurs informations avant de vous mettre en relation avec l'interprète souhaité.

Ces renseignements ont pour but de :

- # Identifier votre structure : cela est possible grâce au code utilisateur fourni par ISM lors de votre adhésion au dispositif (cf. Étape 2). Communiquez votre code utilisateur en premier lieu pour que le coordinateur saisisse et traite votre demande. Il s'agit d'un code de 3 à 5 chiffres qui correspond à votre structure.
- # Identifier le professionnel : le coordinateur vous demandera votre nom. Lors de votre 1<sup>ère</sup> demande, vous devrez préciser votre fonction, votre service et votre numéro de téléphone professionnel.
- # Identifier le besoin d'interprétariat : une fois tous les renseignements d'ordre administratifs recueillis, précisez la langue pour laquelle vous avez besoin d'un interprète. Le coordinateur peut vous aider à l'identifier.
- # Mettre le professionnel en relation directe avec l'interprète : le coordinateur se chargera de trouver rapidement un interprète et vous mettra en relation avec lui.

### Pratique : comment travailler avec un interprète par téléphone ?

#### 1- Avant l'entretien

- Notez les principaux points et les questions que vous souhaitez aborder avec l'interprète.
- Assurez-vous d'un environnement propice : absence de bruit, disposition adaptée autour du téléphone...
- N'oubliez pas qu'en composant le **01 53 26 52 62**, vous passez d'abord par un opérateur ISM dont le rôle est de vous assister dans votre demande, puis de vous connecter à l'interprète que vous recherchez.

#### 2- Au début

- L'interprète est « parachuté » parmi vous. Expliquez-lui brièvement la situation : ce dont il s'agit, votre rôle et ce que vous attendez de lui. Précisez-lui d'emblée si vous et votre interlocuteur étranger parlez devant un téléphone « mains libres »
- Donnez le temps à l'interprète de se présenter à votre interlocuteur, pour établir un climat de confiance et situer clairement son rôle d'interprète.

#### 3- Pendant

- Utilisez un langage simple. Évitez les termes trop techniques, les raccourcis et autres jargons professionnels. Procédez par séquences courtes pour sauvegarder la précision des messages.
  - N'hésitez pas à user de la reformulation pour être sûr que chacun comprenne : « Si j'ai bien compris, vous dites... ».
  - Restez maître de l'entretien.
- Au besoin demandez à l'interprète de vous expliquer certaines longueurs de la traduction rendues nécessaires par le contexte social ou culturel.
- Observez votre interlocuteur pendant qu'il parle avec l'interprète : le ton de la voix, les mimiques, les silences... parlent également.

#### 4- A la fin

- La décision de terminer l'entretien vous appartient.
- Ne demandez pas à l'interprète ses coordonnées personnelles. Il ne peut que vous adresser à ISM Interprétariat qui coordonne son travail.

### EN SAVOIR PLUS SUR LE DISPOSITIF ? CONTACTEZ CODAGE !

Votre lieu d'exercice	Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) ou Réseau concerné	Contacts téléphoniques	Pages d'ouvertures
Champagne - Ardenne (08/10/51/52)	Association d'Appui aux Professionnels de Santé (AAPPS) - PTA Marne et Ardennes	03 26 82 88 84	8h00/17h30 Lundi/Vendredi
Lorraine (54/55/57/88)	Réseau Gérard Cuny - PTA Métropole Grand Nancy	03 83 45 84 90	8h00/17h30 Lundi/Vendredi
Alsace (67/68)	PRAG (Plateforme Territoriale d'Appui d'Alsace)	03 67 30 03 67	8h30/12h00 13h30/18h00 Lundi/Vendredi

ARS Grand Est / DPSPAE - Janvier 2021



## ANNEXE 3

Flyer réalisé par l'URML des Pays de la Loire à destination des médecins libéraux expliquant le fonctionnement du dispositif d'interprétariat professionnel

# Interprétariat en médecine libérale en Pays de la Loire

## GUIDE D'UTILISATION

**URML Pays de la Loire**

**Missions :**

- Représenter les médecins libéraux de la région (interlocuteur de l'ARS, des collectivités locales, des autres URPS)
- Informer les médecins libéraux sur les sujets professionnels (accessibilité, démographie, hôpitaux, maisons de santé, comptabilité, nomenclature...)
- Accompagner les projets des médecins libéraux
- Etudier et expérimenter de nouveaux modèles d'organisation des entreprises médicales libérales

Ce projet est né du travail de la Commission Procédure / Interprétariat de l'URML.  
A ce titre la Commission remercie : l'ARS, Médecins du Monde, ASAMLA, l'APTIRA et ISM Paris.

Le secrétariat de l'Union est disponible pour toute question au sujet de l'interprétariat  
13 rue de la Loire - Bât. C2 - 44 200 St SEBASTIEN sur LOIRE  
Tél. : 02 51 82 23 01 - Fax : 02 51 82 23 15  
Email : [contact@urml-paysdelaloire.org](mailto:contact@urml-paysdelaloire.org)  
[www.urml-paysdelaloire.org](http://www.urml-paysdelaloire.org)



L'URML Pays de la Loire vous propose un **service d'interprétariat** (patients non francophones) en médecine libérale (hors Permanence des Soins).



UNION REGIONALE DES MEDICINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE



ARS  
Agence Régionale de Santé  
Pays de la Loire



UNION REGIONALE DES MEDICINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE



ARS  
Agence Régionale de Santé  
Pays de la Loire

## Interprétariat téléphonique

Pour tous les médecins libéraux  
PAYS DE LA LOIRE

**Objectifs :**

Donner accès à l'interprétariat téléphonique et physique aux médecins libéraux des Pays de la Loire pour améliorer la prise en charge des patients non francophones.

**Pour quelles consultations ?**

Toutes consultations et notamment les pathologies chroniques, psychiatriques, prévention, urgence, 1<sup>ère</sup> consultation, cas complexes (*hors Permanences des Soins*).

**Le coût :**

Le service est **GRATUIT** pour les patients et les médecins libéraux utilisateurs (financement par l'URML et l'ARS).

**Quelques points clés :**

- \* Pour tous les Médecins Libéraux des Pays de la Loire : service d'interprétariat téléphonique.
- \* Pour les Médecins Libéraux de Nantes Agglo et Angers Agglo : possibilité en + d'avoir accès à un service d'interprétariat présentiel.

**EN PRATIQUE :**

- \* Je vérifie que mon «assurance RCP» couvre les consultations via une traduction verbale.
- \* J'organise ma consultation : questions à aborder et environnement propice.
- \* En début de consultation, je laisse l'interprète se présenter et rappeler son cadre déontologique.



**ISM Paris\***

J'appelle ISM au 01 53 26 52 62  
Code utilisateur URML fourni après adhésion par mail  
Je m'identifie : NOM-PRÉNOM-SPECIALITÉ

**ASAMLA\*** : Nantes agglo  
**APTIRA\*** : Angers Agglo

Pour les deux associations : nécessité de programmer le rendez-vous  
Mode d'accès fourni après adhésion par mail

**COMMENT ADHERER ?**

Il suffit de nous envoyer un mail, en indiquant **Service Interprétariat**, à :  
[contact@urml-paysdelaloire.org](mailto:contact@urml-paysdelaloire.org)  
avec votre **NOM-PRENOM-VILLE D'ACTIVITE**.

Référence : *Inspire des recommandations HAS - Interprétariat dans le domaine de la santé*  
Références de compétence, de formation et de bonnes pratiques  
[http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c\\_2740321/interpr%C3%A9tariat\\_linguistique\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sant%C3%A9](http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c_2740321/interpr%C3%A9tariat_linguistique_dans_le_domaine_de_la_sant%C3%A9)

\*ISM Paris, Asamla et Aptira est signé la « Charte de l'Interprétariat Médical et social professionnel en France ». Elles respectent la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et l'autonomie des personnes.

## ANNEXE 4

Lettre d'intention du Réseau Louis Guilloux pour l'appel à projets 2018 en Innovation santé  
 article 51 : Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en  
 médecine de ville

### 7. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 - I-1°)	Cocher
---	--------

28

a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	<input type="checkbox"/>
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants au projet d'expérimentation d'expérimentations	<input type="checkbox"/>
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	<input type="checkbox"/>

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 - I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	<input type="checkbox"/>
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	<input checked="" type="checkbox"/>

### 8. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel (le 1 <sup>er</sup> point a d'ailleurs été identifié dans la publication de l'HAS d'octobre 2017 sur l'interprétariat dans le domaine de la santé)	<p>Les consultations pour les migrants sont difficilement intégrées dans l'organisation actuelle de la médecine de droit commun pour plusieurs raisons :</p> <p>1. La durée des consultations : celles-ci sont plus longues notamment parce qu'elles nécessitent le plus souvent la présence d'un interprète (au moins 2 fois plus longues qu'une consultation « classique » en médecine générale soit entre 30 et 40 minutes) : temps de traduction, temps d'échanges médecins-interprète.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ces consultations proposent une évaluation globale et des propositions de dépistages et d'actions de prévention (vaccination...)</li> <li>- les consultations ont souvent une spécificité voire une singularité clinique</li> </ul> <p>2. Le recours et le financement de l'interprétariat (incluant les frais de déplacements ou frais de télécommunication/système de visio)</p> <p>3. La coordination pour la gestion centralisée des RDV et le temps de coordination médicale pour l'appui aux médecins généralistes en cabinet.</p>
<p><u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facturation,</li> <li>- Tarification,</li> <li>- Remboursement,</li> </ul>	<p>Il est envisagé de solliciter un <b>forfait par patient</b> incluant le financement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <u>temps supplémentaire</u> par rapport à une consultation classique</li> </ul>

29

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paiement direct des honoraires par le malade</li> <li>- Participation de l'assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'interprétariat + frais de télécommunication ou frais de déplacement</li> <li>- Le temps de coordination (secrétariat + médical)</li> </ul> <p>Remboursement sur la base d'un fichier récapitulatif adressé par le Réseau Louis Guilloux à la CPAM sur la base d'un forfait patient.</p>
---	--

## 9. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :

### 9.1. Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion :

#### Profil des personnes reçues en consultation :

Personnes migrantes primo-arrivantes en situation de précarité :

- ayant des droits ouverts à la sécurité sociale,
- allophone ou francophone.

	Nombre de consultations prévues (à raison de 2 consultations par patient + consultations non honorées)*	Estimation du nombre de patients
1 <sup>ère</sup> année	500	220 patients
2 <sup>ème</sup> année	750	330 patients
3 <sup>ème</sup> année	1000	450 patients
4 <sup>ème</sup> année	2 000	900 patients
<b>TOTAL</b>	<b>4 250</b>	<b>1 900 patients</b>

\*Au CMLG les rdv manqués sont environ de 12%.

### 9.2. Estimation financière du modèle

Le principe du modèle économique réside dans l'estimation d'une tarification forfaitaire par patient pour les consultations de migrants vus par les médecins généralistes en cabinet de ville et destiné à rémunérer :

- Le temps supplémentaire par rapport à une consultation classique
- Le coût de l'interprétariat + frais de télécommunication ou frais de déplacement
- Le temps de coordination (secrétariat + médical)
- 

Ces coûts sont détaillés dans le point 10 (modalités de financement du projet)

Le forfait dérogatoire comprend 2 consultations par patient, et intègre les consultations non honorées dont il faudra supporter le coût.

Le forfait cible, c'est-à-dire celui de la 4<sup>ème</sup> année d'expérimentation, est évalué à **214,4 euros** par patient et par an. Le montant du forfait cible pourra être diminué si la réévaluation des besoins en coordination médicale et administrative dédiés au projet montre que les besoins avaient initialement été surestimés. La réévaluation aura lieu au plus tard au premier semestre 2021. L'évolution du coût du forfait lors des 4 années d'expérimentation est détaillée dans le point 10

Calcul du coût forfait/patient	Coûts 4 <sup>ème</sup> année sur la base de 900 patients	Répartition en %
Coût interprétariat	76 000 €	39,4 %
Coût majoration consultation en sus des 25 € pris en charge par le droit commun	50 000 €	26%
Coordination médicale et administrative	67 000 €	34,7 %
Total	193 000 €	100 %
<b>Coût forfait/patient</b>	<b>214,4 €</b>	

### 9.3. Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles...)

**Afin d'évaluer l'impact économique de la mise en place de consultation de médecine générale longue facilitée par de l'interprétariat médico-social, nous avons estimé le coût des passages aux urgences des patients migrants non hospitalisés pour la Sécurité sociale.**

En 2017, d'après les chiffres du CHU de Rennes, 7 431 passages aux urgences sans hospitalisation ont été le fait de patients avec une CMU (6 854) ou une AME (577). Etant donné le fait que ces passages n'ont pas débouché sur une hospitalisation, nous partons de l'hypothèse que les problèmes auraient pu être traités en médecine générale, ce qui n'est bien sûr pas le cas pour tous les passages<sup>12</sup>. Ainsi, ce chiffre de recours non adaptés aux urgences est probablement surestimé.

Toutes les personnes avec AME sont par définition étrangères. Nous avons donc essayé d'approcher le nombre de personnes migrantes bénéficiaires de la CMU et étant passées aux urgences du CHU de Rennes en 2017 sans hospitalisation par les calculs suivants :

#### **Estimation du nombre de patients migrants ayant une CMU sur l'île et vilaine**

- Il s'agit des demandeurs d'asile (DA) en structures d'hébergement dédiées (CADA, CAO, HUDA...) : 1 433 places (chiffre de fin 2018)
- Auxquelles il faut rajouter :
  - Les personnes ayant obtenu le statut de réfugié dans l'année, environ 30 % des DA soit 423
  - Les personnes déboutées qui conservent pendant un certain temps (environ 1 an) leur droit à la CMU estimées à 500
  - Les DA qui ne sont pas hébergés en CADA par manque de place et que l'on peut estimer par le pourcentage des DA rencontrés au CMU qui n'ont pas d'hébergement au moment de leur première consultation, ce qui correspond à une estimation de 210
  - Les Mineurs Non Accompagnés : 120
- Avec ces estimations, pour l'île et Vilaine, le nombre de migrants ayant une CMU (sur une période de 1 an) peut être estimé à **2 666**, avec toutes les limites évoquées et sachant que cela ne comprend pas les autres migrants pouvant avoir une CMU dont nous n'avons pas de chiffres (titres de séjour pour soins, conjoints de Français...).

#### **Estimation du nombre de passages (sans hospitalisation) de migrants ayant une CMU aux urgences du CHU**

- Le nombre de bénéficiaires de la CMU en 2018 dans le 35 est de **52 689** (Ameli.fr), les migrants représentent environ **5,1%** de ces bénéficiaires (= nb estimé de migrants avec CMU/nb total de bénéficiaire de la CMU).
- Le nombre de passages aux urgences du CHU de Rennes pour les migrants ayant une CMU est estimé à  $6854 \times 5,1\%$  **soit 350 passages en 2017**.

#### **Estimation du nombre de passages des migrants aux urgences du CHU de Rennes et coût pour la sécurité sociale :**

- Nombre de passages :  
 $577$  (bénéficiaires de l'AME) +  $350$  (bénéficiaires de la CMU) = **927 passages**
- Coût estimé :  $927 \times 161,5\text{€} =$  **149 710 €** pour l'année 2017  
( $161,5\text{€}$  = coût moyen estimé pour un passage aux urgences : rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale 2014).

#### **A ce coût, il convient de rajouter :**

- La Cour des comptes évalue que le recours aux urgences dans les établissements privés représentent 25% du nombre de recours au public. Ainsi, en reprenant le chiffre du coût estimé du recours au CHU de Rennes, on peut évaluer le coût de recours aux urgences des migrants dans les établissements privés à : **37 427€** ( $149 725 \times 25\%$ ).

**Le total minimum des coûts, pour la sécurité sociale, imputables aux passages aux urgences hospitalières sur la région rennaise peut être estimé à  $149 710 + 37 427 =$  **187 137€** par an.**

Il ne s'agit que d'une estimation de coût avec toutes les précautions déjà citées. Par ailleurs, ce chiffre ne tient pas compte de l'habitude que peuvent avoir certains migrants dans leur pays d'origine où la réponse à un problème de santé passe obligatoirement par une structure hospitalière (peu ou pas de médecins de proximité).

**Rapporté à une consultation de médecine générale de ville, ce coût permettrait de réaliser 7 485 consultations de soins primaires à 25 €, ce qui correspond probablement à plus de consultations qu'il n'existe de migrants primo-arrivants chaque année sur le département.**

Cette évaluation permet d'identifier des coûts évités couverts par le projet. Toutefois à ce stade nous n'avons pas d'éléments pour étayer un calcul précis car beaucoup de variables sont inconnues quand elles ne sont pas recueillies de façon prospective dans le cadre d'une évaluation construite. Nous projetons la réalisation d'une étude médico-économique pour permettre d'apprécier les coûts évités.

Une étude, dont les modalités sont décrites dans la partie évaluation, permettrait de tester les hypothèses suivantes :

- Une baisse du nombre annuel de passages aux urgences de patients migrants non hospitalisés,
- Une baisse du nombre d'examen et de consultations réalisées en doublons,
- Une baisse des hospitalisations et de la consommation de soins grâce à la vaccination et au dépistage précoce de maladies (ex : dépistage des tuberculoses infections-latentes évitant le passage à la tuberculose maladie...),
- Une baisse de la consommation de soins pour des complications d'une pathologie par défaut d'observance du traitement.

## 10. Modalités de financement de l'expérimentation

### **Budget prévisionnel**

#### **Le calcul du forfait patient :**

- le **coût de la majoration de la consultation** (majoration de 25 € par consultation)
- le **coût de l'interprétariat** sur la base d'un coût forfaitaire par heure de 38 €
- les **coûts de coordination du projet** liés aux postes créés pour la mise en œuvre du projet : temps médical et de secrétariat. Le Réseau Louis Guilloux n'est pas en mesure d'assurer la mise en œuvre du projet sans moyens humains complémentaires. Ceux-ci évoluent en fonction de l'augmentation du nombre de consultations.

- **les coûts supportés par le Réseau Louis Guilloux** pris en charge par d'autres financements (CPOM ARS, Etat, Collectivités territoriales) :

- consultations médecin infectiologue et consultations d'appui ;
- formation et temps de régulation des interprètes ;
- consultations psycho/psychiatrique.

#### **-la partie ingénierie (FIR) :**

- le coût d'un.e chargé.e de mission pour accompagner la mise en place et le suivi du projet : communication auprès des partenaires, recrutement nouveaux médecins dans le réseau, mise à disposition de données de qualité et exhaustives, rédaction de livrables dans le cadre de l'évaluation pilotée par la CNAM et la DREES,...
- le coût de l'aménagement des postes d'interprétariat téléphonique avec une salle dédiée et insonorisée (investissement) ;
- le coût nécessaire pour l'adaptation d'un logiciel pour l'interprétariat (investissement);
- le coût pour la mise en service de la connexion fibre (investissement)
- les frais de fonctionnement :
  - abonnement fibre et adaptation de la capacité du système d'information avec la nécessité d'avoir un 2ème serveur pour héberger les logiciels et la maintenance du logiciel interprétariat
  - l'édition d'outils ad hoc en direction des médecins et secrétaires des cabinets médicaux
  - les frais liés à l'organisation des temps d'information et de sensibilisation mais aussi à la formation et coordination du projet (frais postaux et de communication, frais de déplacements et de fournitures)
  - les coûts supplémentaires pour les fonctions support (facturation, suivi de l'activité, comptabilité ; RH)

Charges	Montant	Produit/Type de financement	Montant
<b>Achats</b>		<b>FIR (ingénierie)</b>	
Adaptation logiciel interprétariat (investissement)	9 600 €	Chargé.e de mission	67 000 €
Frais pour Connexion fibre (investissement)	5 000 €	investissement logiciel interprétariat	9 600 €
Aménagement local dédié à l'interprétariat téléphonique (postes en visio, aménagement postes de travail, insonorisation) - Investissement	35 000 €	Connexion fibre(investissement)	5 000 €
		Aménagement local dédié interprétariat (investissement)	35 000 €
<b>Total</b>	<b>49 600 €</b>	Frais fonctionnement projet	11 600 €
		<b>Total</b>	<b>128 200 €</b>
<b>Autres Services extérieurs</b>			
Interprétariat 500 consultations x 38 €	19 000 €	<b>FSS (Forfait dérogatoire)</b>	
Majoration de consultations médicales =25 € x 500 consultations	12 500 €	Consultations médicales	12 500 €
Consultations médicales financement droit commun = 25 x 500 consultations	12 500 €	Interprétariat	19 000 €
		Coordination (temps secrétariat, médecin)	29 740 €
<b>Total</b>	<b>44 000 €</b>	<b>Total</b>	<b>61 240 €</b>
<b>Charges de personnel</b>		<b>Financement Droit commun</b>	
Ingénierie de projet : FIR Chargé.e de mission 1,5 ETP	67 000€	Consultation médicales	
Secrétariat : gestion des rendez-vous 0.5 ETP	15 740 €		
Coordination médicale 0.2 ETP	14 000 €		
<b>Total</b>	<b>96 740€</b>	<b>Total</b>	<b>12 500 €</b>
Coûts supplémentaires liés au fonctionnement du projet	11 600 €	<b>Autres financements RLG</b>	
Coûts portés par le RLG	12 000 €	<i>(CPOM ARS- Etat – CD – Ville de Rennes)</i>	
<b>Total</b>	<b>23 600 €</b>	<b>Total</b>	<b>12 000 €</b>
<b>Total</b>	<b>213 940 €</b>		<b>213 940 €</b>

2<sup>ème</sup> année : 2020

Charges	Montant	Produits	Montant
		FIR (ingénierie) Chargé.e de mission	25 000 €
		Frais fonctionnement projet	11 700 €
		<b>Total</b>	<b>36 700 €</b>
<b>Autres Services extérieurs</b> Interprétariat 750 consultations x 38 €	28 500 €	FISS (Forfait dérogatoire) Consultations médicales	18 750 €
Consultations médicales majorées = 25 € x 750	18 750 €	Interprétariat	28 500 €
Consultations médicales- financement droit commun= 25 € x 750	18 750 €	Coordination (temps secrétariat, médecin)	37 000 €
		<b>Total</b>	<b>84 250 €</b>
<b>Total</b>	<b>66 000 €</b>		
<b>Charges de personnel</b> Chargé.e de mission : 0,5 ETP	25 000 €	Financement Droit commun Consultations médicales	18 750 €
Secrétariat : gestion des rendez-vous 0,5 ETP	16 000 €		
Coordination médicale 0,3 ETP*	21 000 €		
		<b>Total</b>	<b>18 750 €</b>
<b>Total</b>	<b>62 000 €</b>		
Coûts supplémentaires liés au fonctionnement du projet	11 700 €	Autres financements RLG (CPOM ARS- Etat – CD – Ville de Rennes)	
Coûts portés par le RLG	14 000 €		
<b>Total</b>	<b>25 700 €</b>	<b>Total</b>	<b>14 000 €</b>
<b>Total</b>	<b>153 700 €</b>		<b>153 700 €</b>

35

3<sup>ème</sup> année : 2021

Charges	Montant	Produits	Montant
		FIR (ingénierie) Chargé.e de mission	25 000 €
		Frais fonctionnement projet	12 000 €
		<b>Total</b>	<b>37 000 €</b>
<b>Autres Services extérieurs</b> Interprétariat : 1 000 CS x 38 €	38 000 €	FISS (Forfait dérogatoire) Consultations médicales	25 000 €
Consultations médicales majorées = 25 € x 1 000	25 000 €	Interprétariat	38 000 €
Consultations médicales- financement droit commun= 25 € x 1000	25 000 €	Coordination* (temps secrétariat, médecin)	50 400 €
		<b>Total</b>	<b>113 400 €</b>
<b>Total</b>	<b>88 000 €</b>		
<b>Charges de personnel</b> Chargé.e de mission : 0,5 ETP	25 000 €	Financement Droit commun Consultations médicales	25 000 €
Secrétariat : gestion des rendez-vous 0,7 ETP*	22 400 €		
Coordination médicale 0,4 ETP*	28 000 €		
		<b>Total</b>	<b>25 000 €</b>
<b>Total</b>	<b>75 400 €</b>		
Coûts supplémentaires liés au fonctionnement du projet	12 000 €	Autres financements RLG (CPOM ARS- Etat – CD – Ville de Rennes)	
Coûts portés par le RLG	18 000 €		
<b>Total</b>	<b>30 000 €</b>	<b>Total</b>	<b>18 000 €</b>
<b>Total</b>	<b>193 400 €</b>		<b>193 400 €</b>

36

\*Les besoins en ressources humaines dédiés spécifiquement à la coordination médicale et administrative seront réévalués en fonction des besoins réels observés en 2019 et 2020.

4<sup>ème</sup> année : 2022

Charges	Montant	Produits	Montant
---------	---------	----------	---------

37

		FIR (ingénierie) Frais fonctionnement projet Total	12 500 € 12 500 €
<b>Autres Services extérieurs</b> Interprétariat : 2 000 CS x 38 €	76 000 €	FISS (Forfait dérogatoire) Consultations médicales	50 000 €
Consultations médicales Majorées = 25 € x 2 000	50 000 €	Interprétariat	76 000 €
Consultations médicales- financement droit commun= 25 € x 2 000	50 000 €	Coordination* (temps secrétariat, médecin)	67 000 €
<b>Total</b>	<b>176 000 €</b>	<b>Total</b>	<b>193 000 €</b>
<b>Charges de personnel</b> Secrétariat : gestion des rendez-vous 1 ETP*	32 000 €	Financement Droit commun Consultations médicales	
Coordination médicale 0,5 ETP*	35 000 €		
<b>Total</b>	<b>67 000 €</b>	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>
Coûts supplémentaires liés au fonctionnement du projet Coûts portés par le RLG	12 500 € 19 000 €	Autres financements RLG (CPOM ARS- Etat – CD – Ville de Rennes)	
<b>Total</b>	<b>31 500 €</b>	<b>Total</b>	<b>19 000 €</b>
<b>Total</b>	<b>274 500 €</b>		<b>274 500 €</b>

\*Les besoins en ressources humaines dédiés spécifiquement à la coordination médicale et administrative seront réévalués en fonction des besoins réels observés en 2019 et 2020.

**Evolution du forfait patient dérogatoire au cours de l'expérimentation**

	1 <sup>ère</sup> année	%	2 <sup>ème</sup> année	%	3 <sup>ème</sup> année	%	4 <sup>ème</sup> année	%
	220 patients		330 patients		450 patients		900 patients	
Interprétariat	19 000	31	28 500	33,8	38 000	33,5	76 000	39,4
Consultations	12 500	20,4	18 750	22,2	25 000	22	50 000	28
Coordination et secrétariat*	29 740	48,6	37 000	43,9	50 400	44,4	67 000	34,7
<b>Totaux</b>	<b>61 240</b>	<b>100</b>	<b>84 250</b>	<b>100</b>	<b>113 400</b>	<b>100</b>	<b>193 000</b>	<b>100</b>
<b>Coût forfait/patient</b>	<b>278,4 €</b>		<b>255,3 €</b>		<b>252 €</b>		<b>214,4 €</b>	

Le coût moyen du forfait patient est estimé à **237,8 €** sur la durée de l'expérimentation (1900 patients pour un 451 890 € de budget). 47 % des patients seront vus la 4<sup>ème</sup> année.

Les besoins en ressources humaines dédiés spécifiquement à la coordination médicale et administrative dédiés au projet seront réévalués, au plus tard au premier semestre 2021, par le comité technique de l'innovation en santé. Suite à cette réévaluation, les ressources en coordination médicale et administrative pourraient être revues : ressources inchangées entre la 2<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> année, par exemple. Dans ce scénario, le forfait cible serait alors de 181€.

**Le coût du forfait par patient de la 4<sup>ème</sup> année correspond à celui qui pourrait être généralisé après l'expérimentation.**

Les coûts des forfaits/patient au début de l'expérimentation sont plus élevés, ceci s'expliquant par le nécessaire investissement dans la mobilisation des partenaires et, la construction d'outils ad hoc pour développer et gérer le projet.

## ANNEXE 5

Tableaux figurants dans le PRAPS Occitanie et PRAPS Haute-Garonne, qui définissent les directives régionales et départementales sur la question de l'interprétariat médico-social

### PRIORITÉ D'ACTION N° 2

### RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

#### OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.2

*Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé*

#### ACTION STRUCTURANTE N° 2.2.1

Organiser des permanences de professionnels de santé libéraux dans les PASS et conventionner avec les MSP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et chirurgiens-dentistes) pouvant assurer des permanences dans les PASS via les URPS et les Conseils de l'ordre</li> <li>- Etablir un planning des permanences des professionnels de santé libéraux avec les PASS et prévoir les modalités pour l'interprétariat</li> <li>- Mettre en place des conventionnements entre les PASS et les MSP des territoires pour favoriser l'accompagnement vers le droit commun et la continuité des soins le cas échéant (à l'aide d'un conventionnement type)</li> <li>- Informer le public et les partenaires du planning des permanences et des conventionnements (via les différents supports de communication)</li> </ul>
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels de santé libéraux</li> <li>- Les professionnels des PASS</li> </ul>
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ARS</li> <li>- La coordination régionale des PASS</li> </ul>
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les URPS et Conseils de l'ordre (médecins, chirurgiens-dentistes)</li> <li>- L'Assurance Maladie et les PFIDASS</li> <li>- Les MSP</li> <li>- La fédération des maisons de santé</li> <li>- Les cabinets libéraux</li> <li>- Les structures accueillant les personnes en situation de précarité</li> <li>- Les CSAPA et les CAARUD</li> </ul>
Leviers et points de vigilance	<p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisation de professionnels de santé libéraux sur la base du volontariat</li> </ul>
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de PASS ayant mis en place des permanences en médecine générale</li> <li>- % de PASS ayant conventionné avec les MSP</li> </ul>

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

**RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS**

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.2

*Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé*

ACTION STRUCTURANTE N° 2.2.2

Mobiliser les URPS, les Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé pour une meilleure connaissance des dispositifs et une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inviter les URPS, Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé aux journées régionales d'échanges des PASS, des LHSS et des ACT afin de les informer sur les dispositifs spécifiques existants</li> <li>- Organiser des séances d'informations sur les dispositifs spécifiques lors des rencontres institutionnelles (coordination ville/hôpital, CTS, PTA, ESP, CPTS...)</li> <li>- Contacter les associations locales de formation des médecins généralistes libéraux afin d'intégrer à la formation continue des médecins libéraux des séances d'information sur les dispositifs et les spécificités des publics précaires, engager un dialogue sur la question du refus de soin</li> <li>- Contacter les IFSI pour identifier les dispositifs comme des lieux de stage pour les IDE</li> <li>- Proposer la participation des Conseils de l'ordre aux comités départementaux de suivi du PRAPS</li> </ul>
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels de santé libéraux</li> <li>- Les représentants des professionnels de santé aux URPS et Conseils de l'ordre</li> <li>- Les établissements de santé</li> <li>- Les PASS, LHSS, ACT, LAM</li> </ul>
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	- L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les URPS</li> <li>- Les Conseils de l'ordre</li> <li>- Les établissements de santé</li> <li>- La Fédération des maisons de santé</li> <li>- Les PASS, LHSS, ACT, LAM</li> </ul>
Leviers et points de vigilance	<p>Levier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La coordination régionale des PASS</li> </ul>
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	- Nombre de participants de ces structures lors des journées d'échanges et

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

**ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES**

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

*Faciliter l'accès à la médecine de ville*

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.3

Mettre à disposition des professionnels de santé libéraux une offre d'interprétariat en santé

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les outils (web et autres) et les services d'interprétariat en santé</li> <li>- Diffuser auprès des professionnels de santé et des structures accueillant les personnes en situation de précarité</li> <li>- Élaborer un appel à candidature pour déployer une offre d'interprétariat en santé sur les territoires</li> </ul>
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Public migrant</li> <li>- Professionnels de santé libéraux</li> </ul>
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et siège
Porteurs de l'action repérés	- ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels de santé libéraux</li> <li>- Les structures accueillant les personnes en situation de précarité</li> <li>- La DRJSCS</li> <li>- OFII</li> </ul>
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Référentiel HAS</li> <li>- Décret du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé</li> <li>- Une offre disponible en Occitanie</li> <li>- Un savoir-faire de quelques établissements de santé</li> <li>- Un état des lieux en cours par le comité de suivi PRAPS du 82</li> </ul>
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	-

**PRIORITÉ D'ACTION N° 4****ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES****OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1****Faciliter l'accès à la médecine de ville****ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.1**

Soutenir la médiation en santé

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les besoins en formation et renforcement des compétences en santé des professionnels en charge de l'accompagnement des personnes en situation de précarité</li> <li>- Mettre en place sur les territoires des formations répondant aux besoins recensés et diffuser ces informations à l'ensemble des structures en charge de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de précarité</li> <li>- Soutenir l'intervention de médiateur en santé en direction des populations, des squats et des bidonvilles</li> </ul>
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnels de santé</li> <li>- Professionnels en charge de l'accueil et de l'accompagnement dits de « première ligne »</li> </ul>
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	ARS / siège
Porteurs de l'action repérés	- Opérateur à définir en fonction des réponses aux appels à candidature ou appel à projet
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels de santé libéraux</li> <li>- Les structures accueillant les personnes en situation de précarité</li> <li>- La DRJSCS</li> <li>- Les collectivités locales</li> </ul>
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Référentiel HAS pour la médiation</li> <li>- Décret du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé</li> <li>- Une enquête auprès des professionnels réalisés en 2012</li> <li>- Une forte mobilisation des partenaires sur cette fonction</li> </ul> <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- légitimité des médiateurs en santé auprès des professionnels de santé</li> </ul>
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS

## ANNEXE 6

### Email de présentation groupe expert

Bonjour à tous et toutes,

Cet email a pour objectif de vous présenter en quoi consiste votre recrutement dans le groupe « pilote » ou « expert » de ma thèse. Comme vous le savez, ma thèse porte sur l'évaluation de la mise en place d'un système d'interprétariat professionnel à destination des médecins généralistes libéraux en Haute-Garonne.

Elle se compose de deux parties : une revue de la littérature concernant l'interprétariat professionnel en France, puis l'établissement d'un cahier des charges « idéal » qui sera soumis au jugement d'un groupe « d'expert ». En effet, chacun.e d'entre vous m'a semblé pouvoir m'apporter un avis intéressant quant au développement de ce projet, de par votre expérience de l'interprétariat ou de son absence, ou votre activité professionnelle par exemple.

Je vous propose donc que l'on se réunisse en conférence visio (plus commode car certain.e.s intervenant.e.s sont d'une autre région), dans l'idéal tous ensemble, mais au vu du délai pour organiser, il se peut que nous ne trouvions pas de dates communes à tou.t.e.s. Le cas échéant, j'organiserais deux conférences Afin de convenir d'une date, je vous laisse vous référer au lien doodle ci-joint pour établir vos préférences et indisponibilités. Je vous prie de le remplir rapidement que je puisse m'organiser au mieux. Je reviendrais vers vous dans une semaine.

Lorsqu'une ou deux dates seront fixées, je vous transmettrai le lien zoom correspondant.

En amont de la réunion, vous pourrez vous imprégner du cahier des charges « idéal » que j'ai réalisé à partir de la revue de la littérature réalisée. C'est sur ce cahier que nous nous baserons pour discuter et pour recevoir vos commentaires. Pour ceux qui le souhaitent, je peux également faire parvenir la partie correspondant à la revue de la littérature. Je ne le transmets pas en priorité car cette partie est longue à lire. Je sais que vous êtes très occupé.e.s et ne souhaitez pas vous rajouter une charge de travail. Par contre, je vous transmets un tableau récapitulatif des différents projets ayant mis en place l'interprétariat professionnel en médecine libérale en France.

Pour avoir un ordre d'idée, j'estime que la réunion pourrait durer environ deux heures.

Je vous remercie d'avoir lu et de prendre le temps de renseigner le lien doodle. Je reviendrais vers vous très prochainement.

<https://doodle.com/meeting/participate/id/e73m4POe>

Marion ALIN

## ANNEXE 7

Emails envoyés à chaque groupe expert afin d'organiser chaque réunion (avec un erratum sur la date de la première réunion, réalisée le 14/06/22 et non 14/09/22)

Bonjour à vous,

La réunion du groupe pilote se fera finalement en 2 réunions n'ayant pu trouver une date et un horaire qui coïncide avec le planning de chacun.e.

Dans la réunion du 14/09/22 qui vous concerne, seront présents :

1. Dr Razongles Pierre (médecin coordonateur de la MSP de la Reynerie à Toulouse)
2. Dr Raimbault (médecin représentant l'URPS des Pays de la Loire)
3. Mr Tabouri Aziz (représentant ISM)
4. Mme Haschar-Noé Nadine (chercheuse IFERISS)
5. Mr Bellon Patrick (représentant la CPAM Toulouse)

J'animerai cette réunion avec Samah Chabaan ma directrice de thèse.

Je vous avais transmis deux documents dont il faudrait que vous vous imprégnez avant la réunion car ils seront à la base de notre réflexion : le tableau récapitulatif des différents projets ayant mis en place l'interprétariat professionnel à destination des médecins généralistes en France, ainsi que le cahier des charges de la mise en place d'un tel dispositif en Haute-Garonne. Je les remets en PJ de ce mail si besoin.

Je vous transmets ici le lien pour se connecter à la réunion ZOOM. Pour rappel, elle commencera à 10h.

<https://us06webzoom.us/j/81631760283?pwd=WUFpUHD1eDc5K2Q2VXRrbE1CVitPUT09>

ID de réunion : 816 3176 0283

Code secret : 257014

S'il vous manque quelque information, je suis disponible au 06 77 20 26 35 ou par mail à cette adresse.

A bientôt,

Marion ALIN

Bonjour à vous,

La réunion du groupe pilote se fera finalement en 2 réunions n'ayant pu trouver une date et un horaire qui coïncide avec le planning de chacun.e. La première réunion aura eu lieu le 14/06.

Dans la réunion du 17/06/22 qui vous concerne, seront présents :

1. Dr Chaugne (médecin représentant URPS)
2. Dr Bigot (médecin Pays de la Loire)
3. Mme Thene Cécile (IDE St Martory)
4. Mme Blanc-Février (ARS Haute Garonne)
5. Mme Zatvrska (interprète coordinatrice CHU Toulouse) (?)

J'animerai cette réunion avec Samah Chabaan ma directrice de thèse.

Je vous avais transmis deux documents dont il faudrait que vous vous imprégnez avant la réunion car ils seront à la base de notre réflexion : le tableau récapitulatif des différents projets ayant mis en place l'interprétariat professionnel à destination des médecins généralistes en France, ainsi que le cahier des charges de la mise en place d'un tel dispositif en Haute-Garonne. Je les remets en PJ de ce mail si besoin.

Je vous transmets ici le lien pour se connecter à la réunion ZOOM. Pour rappel, elle commencera à 9h30.

<https://us06web.zoom.us/j/89972484178?pwd=K1JOeGEvTStCNzJmV2lMRW5ZeUN4UT09>

ID de réunion : 899 7248 4178

Code secret : 874469

S'il vous manque quelque information, je suis disponible au 06 77 20 26 35 ou par mail à cette adresse.

A bientôt,

Marion ALIN

## ANNEXE 8

Power point présenté au cours de la première réunion du groupe expert en visioconférence, le 14 juin 2022

### THÈSE POUR DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

*Évaluation de la mise en place d'un service  
d'interprétariat professionnel à Toulouse et en  
Haute-Garonne en médecine générale*

- Réunion du groupe expert -

#### Introduction

- Communication = pivot relation médecin-patient
- Si communication impossible = pas de soin
- Aujourd'hui en Haute-Garonne : patient allophone -> recours à interprétariat informel (souvent mineurs) ou solutions de bricolage (sites de traduction) : risque d'ERREURS ++, problème ETHIQUE
- Pourtant, l'interprétariat professionnel existe
- Recommandations nationales : HAS 2017, IGAS 2019, PRAPS...
- Projets existants en France : Région Grand-Est, Pays de la Loire, Rennes, Bordeaux, Marseille, Auvergne-Rhône-Alpes...

## À Toulouse ?

▸ Thèse de médecine générale du Dr S. Chabaan 2014 :

- Médecins généralistes reçoivent patients allophones
- Utilisation interprétariat informels (notamment enfants)
- Freins utilisation interprétariat professionnel : méconnaissance structure, difficulté à mettre en place et coût
- Pas de formation à l'utilisation de l'interprétariat

Région Grand-Est	Pays de la Loire	Ille-et-Vilaine	Bordeaux	Marseille	Auvergne-Rhône-Alpes
Interprétariat physique et téléphonique	Interprétariat physique et téléphonique	Physique, téléphonique, visioconférence	Téléphonique	Téléphonique	Téléphonique et physique (exceptionnel)
ISM, MSA	ISM, ASAMLA, APTIRA	Interprétariat RLG, ISM	ISM	ISM	ISM, ISM CORUM
Médecins libéraux et paramédicaux	Médecins libéraux	Médecins généralistes	Médecins généralistes	Généralistes, quelques spécialistes et paramédicaux	1 <sup>ère</sup> CS médecine générale, spécialistes, dentistes, hébergement Toutes consultations : santé mentale
Public allophone	Public allophone	Primo-arrivants	Avec couverture maladie	Sans couverture maladie	Allophones précaires

**Tableau : comparatif des différents projets de mise en place d'interprétariat professionnel en France**

Région Grand-Est	Pays de la Loire	Ille-et-Vilaine	Bordeaux	Marseille	Auvergne-Rhône-Alpes
Financement ARS (crédit FIR) CPOM entre URMLA et MSA	Financement ARS (crédit FIR) CPOM entre URML et ARS	Financement ARS (crédit FIR), CNAM article 51, CPOM ARS et ville de Rennes		Financement ARS, département 13, métropole	Financement ARS
Comptabilité par URMLA	Comptabilité par URML		Organisation par <u>MdM</u>	Organisation par <u>MdM</u>	Gestion par ARS
2018 : 53 493€ par an	50 000€ par an	Total prévisionnel 274 500€ en 2022			

**Tableau : comparatif des différents projets de mise en place d'interprétariat professionnel en France**

## Information de dernière minute :

- \* Le projet bordelais a évolué récemment :
  - Depuis janvier 2022
  - Interprétariat présentiel via association IMEDI et téléphonique via ISM
  - Médecins libéraux toutes spécialités et sage-femmes
  - Bordeaux et Angoulême, mais élargissement à la région Nouvelle-Aquitaine en discussion actuellement
  - Organisé et évalué par MdM
  - Diffusion par MdM
  - Financement par ARS (AAP) et MdM, via IMEDI

## Cahier des charges :

- Suite à la revue de la littérature
- Création d'un cahier des charges « idéal »
- Adapté à Toulouse et à la Haute-Garonne
- Dans le but d'avancer sur la thématique de l'interprétariat professionnel
- Entre dans le cadre du PRAPS : « la mise à disposition d'un service d'interprétariat en santé [sera] déployée sur les territoires »

## Cahier des charges :

- CONTEXTE : barrière de la langue = inégalités de santé ; recommandations interprétariat professionnel (HAS, IGAS...) ; besoin en Haute-Garonne
- OBJECTIF : créer modèle applicable en Haute-Garonne
- PUBLIC CIBLE : tous les médecins généralistes, tous les patients allophones
- LOCALISATION et MISE EN ŒUVRE : Haute-Garonne dans un premier temps ; interprétariat téléphonique ; utilisation simple comme Pays de la Loire

## Cahier des charges :

### PROPOSITION ORGANISATION avec ROLES de CHACUN :

ARS	- Financeurs du dispositif - Coordonnateur du dispositif et de son évaluation
URPS	- Diffusion du dispositif et financeur des moyens de diffusion - Formation des médecins installés
CPAM	- Financeurs
ISM	- Prestataire téléphonique - Evaluateurs du dispositif
Faculté de Médecine	- Formation des étudiants - Thèse d'évaluation du projet
Médecins	- Evaluateurs du dispositif

- SUIVI et EVALUATION du PROJET : création d'un comité ; évaluation à un an ; par comité ou par travail de thèse ?
- FREINS à RESOUDRE et LEVIERS à MOBILISER : mise en place interprétariat physique ? Lien avec association interprétariat en Haute-Garonne ?

## Création et Rôle du groupe expert

- Création :
  - Volonté de mettre à l'épreuve le cahier des charges ;
  - Choisi à partir de la revue de la littérature ;
  - Acteurs dans projet (utilisateurs, financeurs, coordinateurs...).
- Rôle :
  - En fonction de son expérience, donner avis constructif à propos du cahier des charges ;
  - Juger de la faisabilité du dispositif ;
  - Faire se rencontrer les acteurs entre différents projets et sur le territoire de la Haute-Garonne ;
  - Construire réflexion commune sur ce sujet
  - Discuter de façon pratique de la mise en place du projet à terme : financement? Nouvelle rencontre ? Création d'un comité concernant ce projet ?

## Place à la discussion !



## ANNEXE 9

Slides rajoutées à la fin du premier Power Point pour la 2<sup>ème</sup> réunion du 17 juin 2022

### 1<sup>ère</sup> réunion du 14 juin :

- Ont participé :
- Mme Haschar-Noé (sociologue IFERISS)
- Mr Bellon (CPAM Haute-Garonne)
- Mr Tabouri (ISM)
- Dr Razongles (médecin coordonateur MSP Toulouse)

### 1<sup>ère</sup> réunion : éléments soulevés lors de la discussion

- Ne correspond pas à cahier des charges mais plutôt présentation de projet
- Avant mise en place : Formation et diffusion +++ car non-recours fréquent dans projets déjà en place
- Le dispositif doit être SIMPLE +++
- Besoin de chiffres : nombre de médecins + de patients concernés ; mise en avant études attestant la diminution des coûts liés à la barrière de langue
- Accès d'emblée aux spécialités libérales et paramédicales
- Financement par FIR, article 51 et rémunération complémentaire à l'acte : CPAM avis / ARS décisionnaire
- Le prestataire ≠ évaluateur ; par contre, fournisseur d'indicateurs pour évaluation (qualitative et quantitative)
- Suivi et évaluation : rôle PTA (DAC) ?
- Comment service d'interprétariat peut répondre à demande croissante ?

## Éléments de réponse

- Nombre médecins en Haute-Garonne :

erroné dans cahier des charges distribué, 1510 médecins généralistes et 1748 médecins spécialistes libéraux (source CPAM Mr Bellon)

- Nombre patients potentiellement concernés : impossible de trouver chiffre de personnes allophones

- Immigrés en 2018 en HG 141 726 et 532 610 en Occitanie selon INSEE ;
- CADA : 45 en Occitanie soit 8023 places d'hébergement au 1<sup>er</sup> janvier 2022, dont 9 CADA en HG

## Éléments de réponse : études concernant le coût

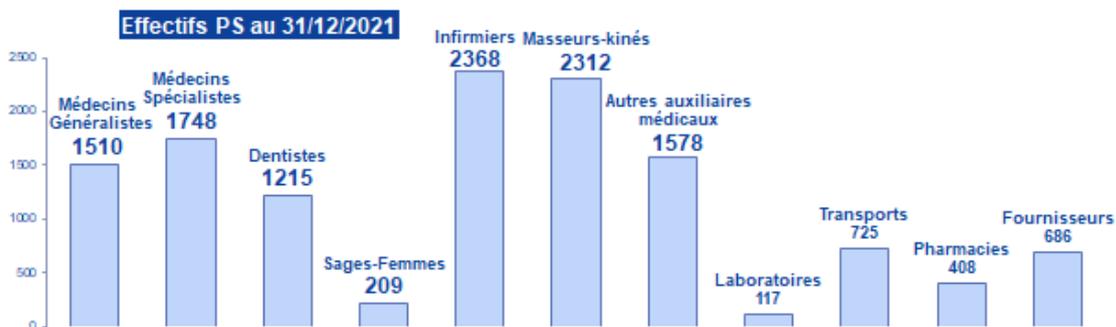
- PASS-international : + large éventail de DD + de tests pour éviter les erreurs + augmentation taux et durée hospitalisation + prescription de plus de traitements. Modestie des coûts d'interprétariat rapportés à ceux des soins.
- IGAS 2019 : les travaux et études réalisées ne permettent pas de conclure à un bilan économique, positif ou négatif, du recours à l'interprétariat.
- DGS : modélisations opérées dans PEC diabète/tuberculose/VIH : équilibre économique entre interprétariat et bénéfice tiré en termes d'observance des traitements et donc de complications lourdes évitées.

## ANNEXE 10

Chiffres de la CPAM concernant le profil des professionnels de santé en Haute-Garonne, en date du 31/12/21

### CHIFFRES CLÉS DE LA CPAM : PROFIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- 12 876 professionnels de santé libéraux



- Principaux canaux entrants: plateforme téléphonique dédiée, messagerie mail dédié ameli pro

La CPAM communique régulièrement vers l'ensemble des professionnels de santé libéraux (Délégués Assurance Maladie, Conseillers Informatique Service) pour faire connaître et expliquer les dispositifs conventionnels et/ ou les priorités de santé publique (covid, etc...):

- 3 235 appels téléphoniques,
- 2 038 visites en cabinet,
- 722 visios individuelles,
- 3 webinaires thématiques pour 300 participants.

# ANNEXE 11

Flyer original du projet Pays de la Loire et prototype de flyer pouvant être réalisé afin de faire la promotion du dispositif d'interprétariat en Haute-Garonne et

**URML Pays de la Loire**

**Missions :**

- Représenter les médecins libéraux de la région (interlocuteur de l'ARS, des collectivités locales, des autres URPS)
- Informer les médecins libéraux sur les sujets professionnels (accessibilité, démographie, retraites, maisons de santé, comptabilité, nomenclature...)
- Accompagner les projets des médecins libéraux
- Étudier et expérimenter de nouveaux modèles d'organisation des entreprises médicales libérales

Ce projet est né du travail de la Commission Préséance / Interprétariat de l'URML.  
A ce titre la Commission remercie : l'ARS, Médecins du Monde, l'ASAMIA, l'APTIRA et l'ISM Paris.

Le secrétariat de l'Union est disponible pour toute question au sujet de l'interprétariat

13 rue de la Loire - Bât. C2 - 44 230 St SEBASTIEN sur LOIRE  
Tél. : 02 51 82 23 01 - Fax : 02 51 82 23 15  
Email : [contact@urml-paysdelaloire.org](mailto:contact@urml-paysdelaloire.org)  
[www.urml-paysdelaloire.org](http://www.urml-paysdelaloire.org)

## Interprétariat en médecine libérale en Pays de la Loire

### GUIDE D'UTILISATION



L'URML Pays de la Loire vous propose un **service d'interprétariat** (patients non francophones) en médecine libérale (hors Permanence des Soins).



UNION REGIONALE DES MEDICINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE



ARS  
Agence Régionale de Santé  
Pays de la Loire



UNION REGIONALE DES MEDICINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE



ARS  
Agence Régionale de Santé  
Pays de la Loire

**Objectifs :**

Donner accès à l'interprétariat téléphonique et physique aux médecins libéraux des Pays de la Loire pour améliorer la prise en charge des patients non francophones.

**Pour quelles consultations ?**

Toutes consultations et notamment les pathologies chroniques, psychiatriques, prévention, urgence, 1<sup>ère</sup> consultation, cas complexes (*hors Permanences des Soins*).

**Le coût :**

Le service est GRATUIT pour les patients et les médecins libéraux utilisateurs (financement par l'URML et l'ARS).

**Quelques points clés :**

- Pour tous les Médecins Libéraux des Pays de la Loire : service d'interprétariat téléphonique,
- Pour les Médecins Libéraux de Nantes Agglo et Angers Agglo : possibilité en + d'avoir accès à un service d'interprétariat présentiel.

**EN PRATIQUE :**

- Je vérifie que mon «assurance RCP» couvre les consultations via une traduction verbale,
- J'organise ma consultation : questions à aborder et environnement propice.
- En début de consultation, je laisse l'interprète se présenter et rappeler son cadre déontologique.

## Interprétariat téléphonique

Pour tous les médecins libéraux  
PAYS DE LA LOIRE

**ISM Paris\***

J'appelle ISM au 01 53 26 52 62

Code utilisateur URML fourni après adhésion par mail

Je m'identifie : NOM-PRÉNOM-SPÉCIALITÉ



## Interprétariat physique

Pour tous les médecins libéraux  
NANTES AGGLO ET ANGERS AGGLO

**ASAMLA\* : Nantes agglo**

**APTIRA\* : Angers Agglo**

Pour les deux associations : nécessité de programmer le rendez-vous

Mode d'accès fourni après adhésion par mail

**COMMENT ADHERER ?**

Il suffit de nous envoyer un mail, en indiquant **Service Interprétariat**, à : [contact@urml-paysdelaloire.org](mailto:contact@urml-paysdelaloire.org) avec votre **NOM-PRÉNOM-VILLE D'ACTIVITE**.

Référence : Inspiré des recommandations HAS - Interprétariat dans le domaine de la santé  
Références de compétences, de Animation et de bonnes pratiques  
[https://www.has.sante.fr/portail/jcms/c\\_2748071/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante](https://www.has.sante.fr/portail/jcms/c_2748071/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante)

\*ISM Paris, Asamla et Aptira ont signé la « Charte de l'Interprétariat Médical et social professionnel en France ». Elles respectent la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et l'autonomie des personnes.

## Interprétariat en médecine générale en Haute-Garonne Modèle d'emploi

### Objectifs

Donner un accès à l'interprétariat téléphonique aux médecins libéraux de Haute-Garonne pour améliorer la prise en charge des patients allophones

### Pour quelles consultations ?

Toutes les consultations

### Le coût

Le service est gratuit pour les médecins libéraux et pour les patients (financement par ARS)

### En pratique

- je vérifie que mon assurance RCP couvre les consultations via une traduction verbale
- j'organise ma consultation (questions à aborder et environnement propice)
- en début de consultation : je laisse l'interprète se présenter et rappeler la cadre déontologique

### **Comment adhérer ?**

Il suffit de nous envoyer un mail en indiquant "service interprétariat" à [contact@urps-hautegaronne.org](mailto:contact@urps-hautegaronne.org)

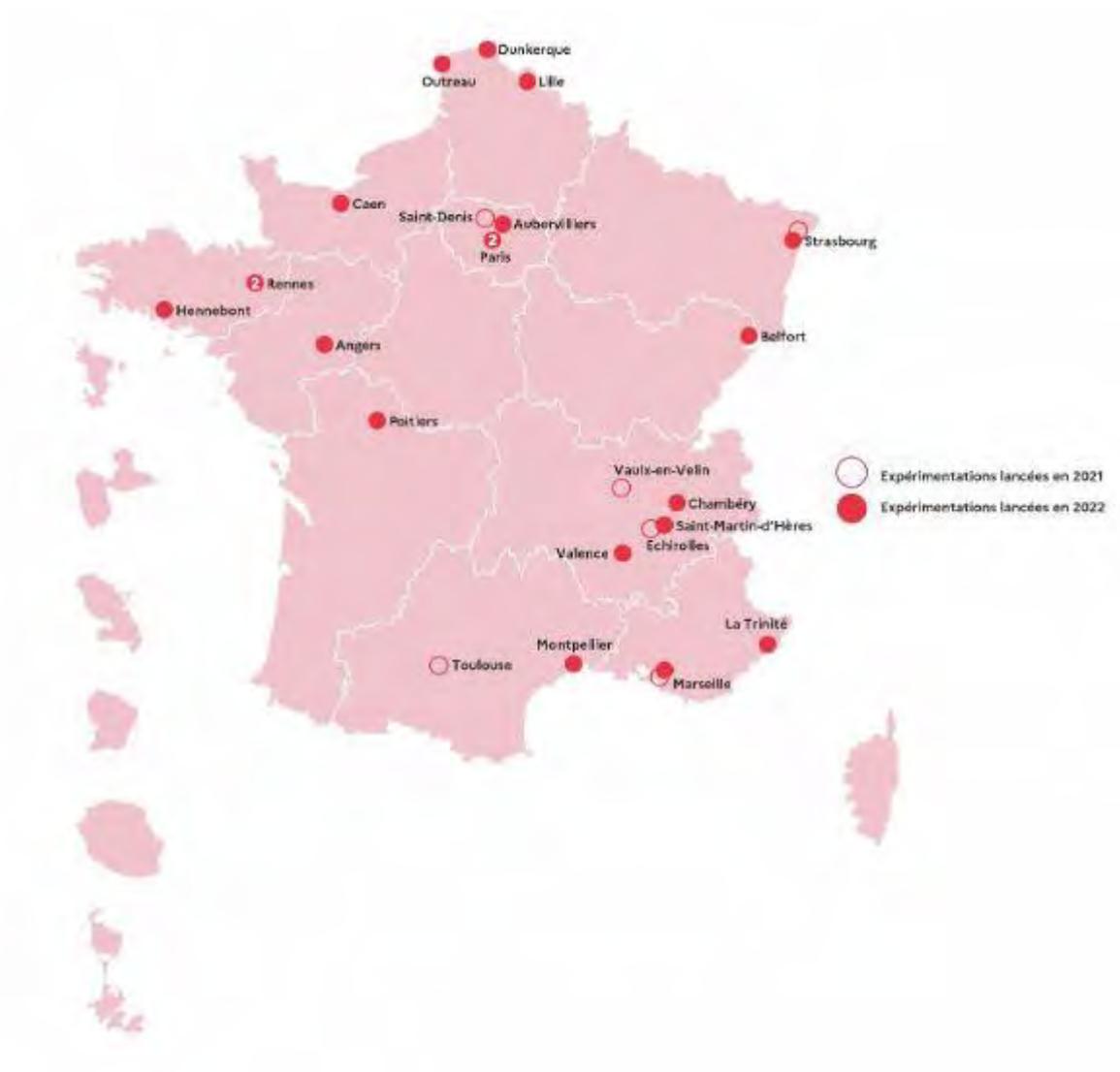
### ISM interprétariat

- J'appelle le 01 53 26 52 62
- Je donne le code fourni après l'adhésion par mail
- Je m'identifie par mon nom - prénom - spécialité
- La consultation peut commencer !



## ANNEXE 12

Maisons et centre de santé participatifs entrés dans l'expérimentation en 2021 et 2022



Au 1<sup>er</sup> août 2021 :

Région Auvergne-Rhône-Alpes :

Village 2 Santé (Echirolles – 38)  
Santé Commune (Vaulx-en-Velin – 69)

Région Grand-Est :

La Maison urbaine de santé du Neuhof (Strasbourg – 67)

Région Île-de-France :

ACSBE La Place Santé (St Denis – 93)

Région Occitanie :

La Case de Santé (Toulouse – 31)

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur :

Le Château en santé (Marseille – 13)

Au 1<sup>er</sup> mars 2022 :

Région Auvergne-Rhône-Alpes :

Diaconat Protestant (Valence – 26)  
Pôle Santé Chambéry (Chambéry – 73)  
Pôle de Santé Interprofessionnel de St Martin d'Hères (St Martin d'Hères – 38)

Région Bourgogne-Franche-Comté :

Agir Ensemble Pour Notre Santé – Centre de santé Léon Blum (Belfort – 90)

Région Bretagne :

Centre de santé Stétho'Scop (Hennebont – 56)  
Centre de santé du Blossne (Rennes – 35)  
Avenir Santé Villejean Beaugard – Maison de santé pluriprofessionnelle Rennes Nord-Ouest (Rennes – 35)

Région Grand-Est :

Maison de Santé de HautePierre (Strasbourg – 67)

Région Hauts-de-France :

Centre de Santé Abej Solidarité (Lille – 59)  
Maison de santé pluriprofessionnelle du Kruysbellaert (Dunkerque – 59)  
Maison de santé pluriprofessionnelle SISA Montsoleil (Outreau – 62)

Région Île-de-France :

Centre municipal de santé « La Fabrique de Santé » (Aubervilliers – 93)  
Maison de Santé pluriprofessionnelle Mathagon (Paris – 75)  
Maison de Santé Pyrénées-Belleville – SISA des Envierges (Paris – 75)

Région Nouvelle Aquitaine :

Association de gestion du Centre de santé des 3 Cités (Poitiers – 86)

Région Normandie :

Pôle Santé Libéral et Ambulatoire de la Grâce de Dieu (Caen – 14)

Région Occitanie :

Human Santé (Montpellier – 34)

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur :

SISA Maison de Santé de l'Olivier (La Trinité – 06)

Maison de Santé pluriprofessionnelle Peyssonnel (Marseille – 13)

Région Pays de la Loire :

Maison de Santé pluriprofessionnelle des Hauts de Saint-Aubin (Angers – 49)

## Évaluation de la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel à Toulouse et en Haute-Garonne en médecine générale

---

**Introduction** : La communication est un élément central de la relation médecin-patient. La barrière de la langue qui empêche le dialogue est une cause majeure d'inégalité de santé. Le recours à des interprètes professionnels permet de réaliser des consultations avec des patients allophones de qualité et de manière éthique. À partir des données de la littérature et des projets utilisant l'interprétariat en France, nous avons créé un projet d'instauration de l'interprétariat professionnel à destination du soin de premier recours à Toulouse et au département de la Haute-Garonne. **Méthode** : Étude de type recherche-action, comprenant une revue de la littérature puis la rédaction d'un projet grâce à des entretiens type focus groupe auprès d'experts de l'interprétariat professionnel médico-social. **Résultats** : Un cahier des charges a été rédigé suite à la revue de la littérature et mis à l'épreuve du jugement du groupe d'experts lors de 2 entretiens réalisés en juin 2022. Les réflexions ont mené à sa modification en projet. Celui-ci définit les modalités parfaites du dispositif d'interprétariat professionnel : accès illimité, gratuit, pour tous les acteurs du premier recours, formation et diffusion large et variée. Le financement d'un tel projet relèverait d'un financement institutionnel par l'ARS ou la CPAM, mais de nouvelles perspectives ont également été proposées. **Conclusion** : L'interprétariat professionnel dans le soin de premier recours est indispensable pour réduire l'inégalité de santé des patients allophones. Les modalités de son application sont définies par un accès illimité, gratuit, à tous les professionnels de santé du premier recours, avec une formation préalable et une diffusion appropriée. Plusieurs possibilités de financement sont possibles. Aujourd'hui, la priorité est de fédérer autour de cette réflexion afin d'aboutir à l'établissement de l'interprétariat professionnel en premier recours.

**Mots clés** : interprétariat professionnel, médecine générale, premier recours

## Evaluation of the establishment of a professional interpreting service in Toulouse and Haute-Garonne in general medicine

---

**Introduction** : Communication is a central element of the doctor-patient relationship. The language barrier that prevents dialogue is a major cause of health inequality. The use of professional interpreters makes it possible to carry out consultations with allophone patients in a quality and ethical manner. Based on data from the literature and projects using interpreting in France, we have created a project to introduce professional interpreting for primary care in Toulouse and the Haute-Garonne department. **Methods** : Research-action type study, including a literature review and then the writing of a project through focus groups interviews with experts in professional medico-social interpreting. **Results** : Specifications were drafted following the review of the literature and tested by the judgment of the group of experts during 2 interviews carried out in June 2022. The reflections led to its modification in project. This defines the perfect terms of the professional interpreting system : unlimited access, cost free, for all the primary care professionals, training and distribution wide and varied. The financing of such a project would be institutional funding by the ARS or the CPAM, but new perspectives have also been proposed. **Conclusion** : Professional interpreting in primary care is essential to reduce the health inequality of allophone patients. The modalities of its application are defined by unlimited access, cost free, to all primary care professionals, with prior training and appropriate diffusion. Several funding options are possible. The priority is to unite around this reflection in order to establish the professional interpreting in primary care.

**Key words** : professional interpreting, general medicine, primary care