UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE SANTE

Année 2025 2025 TOU3 1025

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Victoria AMIEVA-GORI

Le 08 avril 2025

IMPACT DES OUTILS DE TRADUCTION SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ALLOPHONES EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN OCCITANIE

Directeurs de thèse :
Dr Jean DOUBOVETZKY
Dr Thierry DUNAND

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY	**Président**
Madame le Docteur Alix FERNET SCHERER	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Thierry DUNAND	**Assesseur**

UNIVERSITÉ
DE TOULOUSE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
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. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAVAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BOST Chloé	Immunologie
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. COMONT Thibault	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme FABBRI Margherita	Neurologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. GANTET Pierre	Biophysique
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KARSENTY Clément	Cardiologie
M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Mise à jour le 14/05/2024

Remerciements

Aux Docteurs Jean DOUBOVETZKY et Thierry DUNAND d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce projet qui me tenait à cœur, pour leur guidance experte et leur patience infinie. Merci à Thierry pour l'aide logistique et d'avoir également accepté de compléter ce jury de thèse, merci à Jean pour l'aide littéraire et à vous deux de m'avoir apporté tout ce nouveau savoir.

Au Professeur Julie DUPOUY pour avoir accepté de présider ce jury de thèse et pour ses conseils.

Au **Docteur Alix FERNET-SCHERER** pour avoir accepté de compléter ce jury.

Aux **Docteurs Alexia Saint-Antonin, Nicolas Salvan et Marc Lagente** de m'avoir tant appris dans la bienveillance et montré la médecin que je voulais être, tout en me préparant aux difficultés du métier. **Alexia**, merci infiniment pour ton aide pour cette thèse et tes précieux conseils de vie aussi bien professionnelle que personnelle, ils continuent de m'accompagner.

Au **Professeur Nicolas Franchitto** et tous les membres de son service de m'avoir formée à l'addictologie et de m'avoir fait découvrir cet exercice si particulier.

Aux **Docteurs Sandrine Carrara, Corinne Cressent, Céline Mouysset et Myriam Tostain** pour leur supervision lors de ce premier SASPAS, leur confiance et leur réassurance.

A mes parents sans qui tout cela n'aurait pas été possible. Merci de m'avoir soutenue, aidée. Votre confiance en moi pendant toutes ses années malgré la distance aura été le pilier de ma réussite. Je n'aurai pas pu m'engager dans ces 10 années sans vous. **Maman**, merci pour ta sagesse, ton envie d'apprendre inépuisable et ton empathie que tu as sue me transmettre. **Papa**, merci pour ta détermination et ton ambition dont j'ai hérité.

A mes grands-parents, ici et là-haut. **Papi, mamie,** vous êtes l'une des raisons pour lesquelles je suis médecin aujourd'hui. Je n'aurais pas réussi à terminer ces

études sans vous. Merci pour votre amour et soutien inconditionnel. J'ai une pensée émue pour cette photo de moi bébé avec mon jouet stéthoscope. **Abuelo**, gracias por estar siempre tan orgulloso de mi. **Abuela**, no llegé a conocerte pero no estaria aquí sin ti.

A mon frère Raphael, puis-je te transmettre la force de finir nos études si longues mais si passionnantes. Danke für deine Unterstützung trotz der Entfernung. Ich bin so stolz auf dich.

A Carlos, d'avoir été ma bouée de sauvetage et l'un de mes plus grands supporters tout au long de cet internat. Thank you so much for your love and constant support, you have been an infinite source of inspiration. Gracias por tu inestimable ayuda en la recopilación, el análisis de los datos y los gráficos. **Rita y Juan,** gracias por hacerme sentir como parte de la familia desde el principio.

A Hellen et Mathieu, merci de m'avoir fait l'honneur de me choisir en tant que marraine pour **Mailey**. Hellen, merci de m'avoir accompagnée tout au long de ma vie et merci à **marraine Caroline** de t'avoir mise sur mon chemin.

A **tonton** d'avoir toujours été là même de loin.

A **tata**, d'avoir été là depuis mon enfance malgré la distance et de m'avoir toujours aidée du mieux que possible.

A Noémie et Gilles, je suis heureuse de vous avoir rencontrés lors de ces premiers jours d'internat et de vous avoir eu à mes côtés pendant cette aventure. Vos conseils m'ont été précieux.

A mes co-internes des urgences d'Auch pour notre serrage de coudes pendant cette période difficile et les bons moments qui l'ont succédé.

A Myriam, Victor et Adrien, fidèles amis depuis la paces/p2 de m'avoir supportée et conseillée tout au long de ses études.

A Chloé, Laure puis Pauline de m'accompagner dans toutes ces aventures depuis le premier jour de la pré-rentrée de paces, même après votre départ de Toulouse. Merci de m’avoir écouté râler et réconfortée au fil de ces années dans mes galères, peines mais aussi mes réussites et mon bonheur.

A Jon, Jean, Ro, Romain, Umut, Sid de m’avoir entourée et pour toutes nos discussions et débats qui m’ont fait grandir ces dernières années.

Au groupe des Bikoteurs sans qui ces années d’études auraient été bien plus ternes et ennuyantes. Merci pour tous ces moments à vos côtés, ces soirées, ces weekends et ces aventures qui m’ont tant apporté et permis d’oublier le reste temporairement. Special thanks à **Marine** d’avoir été ma mentor et de m’avoir rassurée à chaque nouvelle étape de ces études.

Aux professionnels médicaux et paramédicaux qui ont été indispensables pendant mes stages

Aux patients,

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction 2

II. Contexte 3

A. La population allophone 3

B. Difficultés rencontrées 4

C. Prise en charge des patients allophones 5

D. Outils de traduction 6

E. Littératie en santé 8

III. Matériel et méthode 9

A. Population étudiée 9

B. Méthode 9

C. Recueil des données 10

D. Analyse des données 10

E. Aspects éthiques et réglementaires 11

IV. Résultats 11

A. Caractéristiques de la population 11

B. Analyse thématique 13

C. Analyses univariées 16

1. Tranches d'âge 16
2. Temps en France 17
3. Niveau de français 19
4. Difficultés pendant les consultations 20

V. Discussion 22

A. Rappels et synthèse 22

B. Analyse des résultats 22

1. Constat et état des lieux 22
2. Propositions d'amélioration 25

C. Forces et limites de l'étude 28

D. Perspectives 31

VI. Conclusion 32

Bibliographie 33

Annexes 36

Annexe 1 37

Annexe 2 39

Annexe 3 41

Annexe 4 42

Annexe 5 43

I. Introduction

Dans le contexte migratoire actuel, la diversité culturelle et linguistique en France, représente un défi significatif aussi bien pour les professionnels de santé que pour les patients. Selon la définition de la **médecine générale** de la WONCA : « [La médecine générale] est normalement le premier point de contact avec le système de soins. Elle offre un accès ouvert et non limité aux usagers et prend en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toute autre caractéristique de la personne concernée » (1).
C'est ainsi que la médecine générale, en tant que première ligne de soins, est particulièrement confrontée à la nécessité d'adapter ses pratiques pour répondre aux besoins des **patients allophones**, c'est-à-dire dont la langue maternelle n'est pas le français (2).

Plusieurs facteurs ont motivé le choix de ce sujet de thèse. Tout d'abord, une **communication** efficace est fondamentale pour comprendre les plaintes du patient, établir un diagnostic précis et définir une prise en charge appropriée. La **barrière linguistique** et culturelle peut entraîner des incompréhensions (3) et donc des erreurs de diagnostic ou bien des retards de traitement. Cela expose les patients allophones à des risques pour leur santé. Cette barrière de la langue peut de plus conduire à un **accès inégal aux soins,** exacerbant les inégalités de santé.
En outre, la promotion de **l'équité en matière de santé** s'appuie sur la prise en compte des besoins spécifiques de toutes les populations - dont celle des allophones - dans le cadre des soins primaires.

Dans un registre plus personnel, ayant moi-même vécu avec ma famille en tant qu'immigrée dans un pays dont je ne parlais au début pas la langue, ce sujet me tenait particulièrement à cœur.
J'ai en effet pu constater que cette **barrière de langue** pouvait engendrer de multiples problèmes dans le parcours de soins. Cela était d'autant plus frustrant que Google traduction et les autres applications mobiles n'étaient pas aussi répandues à l'époque. Il est, en effet, beaucoup plus difficile d'exprimer correctement ses maux et besoins dans une langue qui n'est pas notre langue maternelle.

Je me suis donc demandé si le développement de ces **outils de traduction** faisait de nos jours partie intégrante de la prise en charge des patients allophones et quel était leur impact.
J'espère donc à travers cette recherche, promouvoir une amélioration de la prise en charge des patients allophones en France en démontrant les besoins d'adaptation et de traduction au cours des consultations de médecine générale, ainsi que leur bénéfice sur la qualité des soins.

En effectuant ma revue de la littérature sur les diverses bases de données, je me suis aperçue que peu d'études avaient été réalisées jusqu'à présent en France. La plupart d'entre elles date de plusieurs années et a été effectuée du point de vue des professionnels de santé. J'ai de ce fait décidé d'orienter cette thèse sur un recueil de données du côté des patients.

La question que nous nous sommes posée est : **quelles sont les conséquences de l'utilisation des différentes formes de traduction sur la prise en charge des patients allophones en médecine générale en Occitanie ?**

Notre objectif principal est d'évaluer l'impact de leur utilisation sur la **compréhension** des patients allophones. L'effet sur la qualité de la relation patient-médecin fait partie de nos objectifs secondaires.

II. Contexte

A. La population allophone

Selon l'INSEE (4), la **population étrangère et immigrée** en France en 2022 représente 10,3 % de la population totale. Parmi eux, plus de 47 % sont nés en Afrique et plus de 32 % en Europe. L'année 2022 a vu cette tendance s'inverser, avec 40 % des immigrés arrivant d'Europe et 35 % d'Afrique.

Selon le recensement de 2023, 8,1 millions de personnes immigrées et étrangères vivent en France, dont 52 % sont des femmes (5).

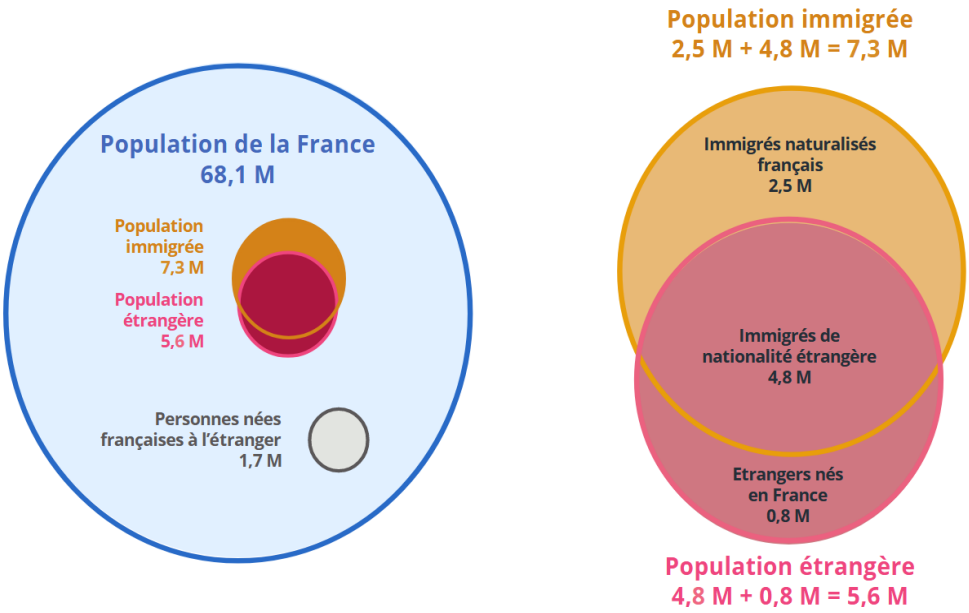


Figure 1 : Population étrangère et immigrée. Source : INSEE

Sur la région Occitanie, les dernières données disponibles de l'INSEE datant du recensement de la population de 2021 chiffrent la population étrangère à 389 816 personnes (6).

Pour aborder brièvement un sujet similaire, les personnes natives en langue des signes française font également partie de cette population allophone. Des études ont déjà été menées sur la prise en charge des patients sourds et la perception qu'ils en ont (7).

B. Difficultés rencontrées

A leur arrivée en France, 49 % de la population immigrée ne comprend pas du tout ou peu le Français et 52 % ne le parlent pas du tout ou peu (8).

La majorité des études réalisées par le passé sur la prise en charge des patients allophones telle que celle de Priebe datant de 2011, a permis de mettre en évidence des problèmes d'**égalité d'accès aux soins** notamment dus à la barrière de la langue et les différences culturelles résultant en une compréhension différentes des pathologies et traitements. Cette étude européenne a mis en évidence d'autres problèmes comme les difficultés associées à un manque de couverture sociale, une méconnaissance du système de santé du pays accueillant, l'isolement social et les expériences traumatisantes, une attitude négative de la part des soignants ou soignés ainsi que la difficulté à obtenir une liste complète des antécédents médicaux

et chirurgicaux. L'étude conclut en listant des stratégies pour surmonter ces difficultés, par exemple en faisant appel à un service d'interprétariat de qualité (9).
Une autre étude française se basant sur des entretiens réalisés en français, anglais et arabe avec des patients migrants précaires, liste les **barrières** de l'accès à des soins de qualité et pointe les difficultés linguistiques en premier lieu (10).

C. Prise en charge des patients allophones

L'augmentation du **flux migratoire** depuis la fin des années 2000 ainsi que certaines décisions politiques (telles que la suppression du Service Social d'Aide aux Émigrants en 2004 (11)) ont contribué à la saturation des structures d'accueil dédiées spécifiquement à l'accueil de la population migratoire précaire. La **Permanence d'Accès aux Soins de Santé** (PASS) et certaines **associations non gouvernementales** (Médecin Sans Frontières etc.) assurent par exemple la prise en charge avant même l'ouverture de leurs droits à l'assurance maladie. La PASS est en particulier destinée aux personnes présentant une difficulté d'accès aux soins et majoritairement précaires (12).

Par conséquent, la prise en charge de cette population s'est plus fortement appuyée sur la **médecine générale**. Celle-ci n'est pas bien préparée pour assumer ce rôle. Cela commence lors des études pendant lesquelles les futurs médecins ne sont pas formés aux spécificités de la population étrangère.

Le pourcentage de la patientèle issue de l'immigration se disant en très bonne ou bonne santé est moins élevé que celui des non-immigrés aussi bien chez les femmes que les hommes. Ils ont également plus souvent recours à l'hôpital (13).

Cette problématique a été évoquée depuis de nombreuses années, notamment dans les pays ayant un flux migratoire important comme les Etats-Unis qui ont mené des enquêtes, dès les années 1990-2000.
En 2006, un article de Glenn Flores évoquait les difficultés rencontrées par les patients hispaniques dans les services d'urgence américains (14) et pointait du doigt l'insatisfaction de la prise en charge.

Selon un article des Hôpitaux Universitaires de Genève, des **études américaines** ont montré que les patients allophones sont plus sujets à des hospitalisations, elles-mêmes plus longues, sont moins bien soulagés en cas de douleurs et subissent plus d'examens complémentaires inutiles que les patients parlant la langue du pays. De plus, toujours selon ces mêmes études, ces patients comprennent moins bien leurs soins, sont moins observants et sont moins satisfaits de leur prise en charge (15).

En 2023, une étude qualitative s'est intéressée à la perception de la **continuité des soins** par les migrants précaires et conclut à un besoin d'amélioration sur ses trois dimensions (relationnelle, informationnelle, organisationnelle) (10).

D. Outils de traduction

Plusieurs **formes de traduction** différentes sont disponibles de nos jours. Chacune d'entre elles s'accompagne de ses propres avantages et inconvénients.
Récemment, un travail de thèse a été mené pour recenser les **méthodes** disponibles pour la traduction en consultation de ville (16). Les outils retrouvés étaient : les **interprètes** formels et informels, les **applications de traduction** telles que Google et Deepl, les **dictionnaires électroniques**, une **langue commune** avec le médecin. Cette étude conclut que l'élément central de la communication avec les patients allophones est la confiance établie envers le médecin plus que l'outil de traduction utilisé.

La **langue commune** utilisée lors de consultation peut aussi bien être la langue du pays d'accueil, la langue maternelle du médecin pouvant parfois différer de celle du pays, la langue maternelle du patient, ou bien une langue intermédiaire telle que l'anglais.

En France, **l'interprétariat professionnel** médical aussi dit de liaison, est régi par la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (2012) et la norme internationale ISO 13611:2014(F) "Interprétation - Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social" (2014) (17). La première citée définit l'interprète en milieu médico-social comme exerçant “de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue” (18).

En Occitanie, ce service est proposé par **Cofrimi,** co-signataire de la charte (19), ainsi que par le **réseau CARMI** (Collectif Associatif Régional des Médiateurs Interprètes).
Il existe également le dispositif **e.CARE** à l'Hôpital de La Grave du CHU de Toulouse, financé par l'ARS Occitanie dans l'objectif d'aider et d'accompagner les personnes en situation de précarité ayant une pathologie chronique dans leur parcours de soins. Son but est d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la coordination des soins et d'éviter notamment un passage par les urgences (20).

En 2019, une étude qualitative a évalué la mise à disposition d'un service **d'interprétariat professionnel en visioconférence** pour les médecins généralistes de Bordeaux. Celle-ci montrait un faible taux de recours dû à de nombreux freins avec néanmoins une satisfaction des participants aussi bien du côté des médecins que des patients (21).
En effet, l'accessibilité à l'interprétariat s'avère plus difficile en médecine de ville que dans le milieu hospitalier. Une des raisons principales évoquée pour cela est le manque de temps et d'anticipation possible lors de consultations de médecine libérale, d'autant plus sur les créneaux d'urgence. La simple ignorance peut également être citée, avec 91 % des médecins déclarant ne pas avoir reçu de formation sur l'interprétariat, alors que 70 % avouent méconnaitre les services existants (22).

Cela conduit au recours à des **interprètes informels**, le plus souvent faisant partie des proches du patient.
L'article américain de Glenn Flores mettait également en évidence la problématique de l'utilisation d'enfants en tant qu'interprètes informels (14). Un rapport de la Direction Générale de la Santé datant de 2012 montrait que les patients accompagnés d'enfants en guise d'interprète informels avaient un plus faible niveau de littératie en santé (23).

Plus récemment, principalement avec la généralisation des smartphones, les **applications de traduction** ainsi que les **dictionnaires électroniques** ont été de plus en plus démocratisés du fait notamment de leur facilité d'accès immédiat et de leur gratuité.

Une étude indienne datant de 2010 s'était déjà intéressée à l'utilisation de **Google traduction** dans la relation médecin-patient interculturelle (24). Celui-ci conclut à une satisfaction des patients équivalente entre l'utilisation de Google traduction et celle d'un interprète professionnel.

Avec les avancées de l'**intelligence artificielle** et notamment la sortie de ChatGPT en 2022, son utilisation est apparue pendant les consultations médicales.

E. Littératie en santé

Cette recherche touche ainsi au domaine de la **littératie en santé.** Ce concept est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé » (25). Ce terme est apparu dans les années 1970 (26).

L'amélioration du niveau de littératie en santé est considérée comme étant l'un des enjeux majeurs de **santé publique** (26) qui permettrait d'accéder à une société plus équitable en réduisant les disparités dans le domaine de la santé (27). Cela explique que le nombre d'études sur ce sujet augmente d'année en année.

Des études ont montré l'existence en Europe d'un gradient social de la littératie et des distributions différentes dans les pays (28).

D'autres études ont de plus démontré un lien entre un faible niveau de littératie en santé et une observance plus mauvaise (26). Au Canada, il a été montré que les personnes ayant un faible niveau de littératie globale avaient un niveau encore plus faible dans le domaine de la santé (29).

Selon le Conseil de l'Europe, l'une des responsabilités des systèmes de santé est de "créer des espaces de communication qui tiennent compte de la culture et des besoins particuliers des patients, en recourant si nécessaire à des traducteurs professionnels ou à des médiateurs culturels" (27).

Le comité directeur pour les droits de l'homme dans les domaines de la biomédecine et de la santé met également l'accent sur l'importance de la formation des professionnels de santé aux diverses façons de communiquer avec les patients et leurs proches (27).

III. Matériel et méthode

A. Population étudiée

La population étudiée est celle des patients dont la langue maternelle n'est pas le français et consultant ou ayant consulté en cabinet de médecine générale en Occitanie.
Les **critères d'inclusion** sont donc les patients allophones de plus de 18 ans. Les seuls **critères d'exclusion** étaient un âge inférieur à 18 ans et le français en langue maternelle. Le but de cela était d'élargir au maximum pour faciliter le recrutement et être le plus représentatif possible.
Notre échantillon présente des caractéristiques semblables à la population étudiée.

B. Méthode

La **méthode quantitative** est apparue comme adaptée pour étudier ce sujet. Celle-ci est définie comme mesurant "une variable, tester une hypothèse ou rechercher une relation causale" ou bien une étude épidémiologique descriptive ou analytique (30).
Une **étude observationnelle prospective transversale** était la plus simple et la moins invasive dans cette population de patients déjà en souvent en difficulté.

Nous avons opté pour un **questionnaire** composé de 16 questions (annexe 1). Une première partie portait sur les caractéristiques générales et la seconde partie concernait la traduction, la compréhension et la relation médecin-patient.
Le questionnaire a été élaboré en se référant aux données disponibles sur le sujet et avec l'aide de mes directeurs de thèse.
Je me suis renseignée dans un premier temps sur les différentes formes et outils de traduction existant ou ayant déjà été étudiés dans de précédentes enquêtes.
J'ai ainsi repris les formes citées dans un article des Hôpitaux Universitaires de Genève : **langue commune** avec le patient, **interprète informel**, **application de traduction**, **interprète professionnel** (15).

J'ai par la suite traduit ce questionnaire en anglais, espagnol, allemand et l'ai fait traduire en arabe afin de toucher un plus grand nombre de personnes de

communautés différentes. Chaque version a ensuite été relue et corrigée par une personne de langue maternelle.
Avant de le distribuer, toutes les versions du questionnaire ont été testées avec l'aide de ma famille et de mes maîtres de stage.

C. Recueil des données

Le recrutement et le recueil de données ont eu lieu entre **avril 2024 et septembre 2024,** soit directement au cours des consultations avec des patients éligibles, soit en salle d'attente des cabinets libéraux en Occitanie ayant accepté. Le questionnaire a été distribué sous forme de **lien** et **QR codes.** Il a également été diffusé à des connaissances, pendant des cafés des langues (réunions hebdomadaires de personnes parlant ou désirant parler une langue étrangère ou bien apprendre le français) et sur les réseaux sociaux dans des groupes dédiés aux personnes étrangères vivant en région Occitanie.
Nous avons choisi de nous limiter à la **région Occitanie** en ayant connaissance de potentielles différences et spécificités de chaque région de métropole et outre-mer.

D. Analyse des données

Des **tableaux Excel** ont été créés à partir des réponses obtenues aux questionnaires. Un tableau pour chaque langue a d'abord été créé avant de regrouper toutes les données sur un seul tableau.
Les réponses ont ensuite été traduites et mises en forme. Les réponses aux questions à type de questions à réponses uniques et multiples ont été rapides à traduire. Cela était plus délicat pour les questions à réponses ouvertes. En effet, si certaines questions à réponse courte telles que le temps passé en France n'ont pas nécessité de mise en forme particulière, d'autres telles que la préférence en termes d'outils de traduction ont amené des réponses plus élaborées et variées dans quatre langues différentes.

A partir de cela, des analyses statistiques descriptives ont été réalisées à l'aide des logiciels **MATLAB** et **pvalue.io.** Dans un premier temps, les caractéristiques de l'échantillon ont été étudiées. Par la suite, les relations entre les réponses ont été

analysées et les valeurs p ont été calculées pour chacune d'entre elles. Enfin, des graphiques ont été générés à l'aide des deux logiciels.

E. Aspects éthiques et réglementaires

Selon l'outil de qualification des recherches élaboré par les départements de médecine générale des facultés de Rennes et Strasbourg, cette thèse est hors loi Jardé. Toujours selon ce formulaire, le questionnaire étant anonyme, ne recueillant pas de données sensibles et n'étant pas destiné à la publication dans des revues scientifiques, l'avis du comité d'éthique n'est pas nécessaire (31). Néanmoins, la réalisation d'un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la **CNIL** s'est avérée nécessaire.

J'ai donc effectué un dossier de demande auprès du **délégué à la protection des données**, Pr. Pierre Boyer. Suite à la validation par ce dernier, l'inscription sur le répertoire public des études a été effectuée. Les réponses aux questionnaires ont toutes été anonymisées et sauvegardées sur un disque dur externe crypté.

IV. Résultats

A. Caractéristiques de la population

Au total, **201** patients ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 94 (47 %) ont répondu à la version anglaise, 63 (31 %) à la version espagnole, 29 (14 %) à la version allemande et 15 (7 %) à la version française. Aucune réponse n'a été obtenue à la version arabe**.**

Trois participants ont dû être exclus avant analyse, un participant à la version anglaise, un à la française et un à l'allemande ayant répondu que leur langue maternelle était le français, ce qui représentait un des critères d'exclusion.

Sur les **198** participants inclus, 150 (75,76 %) étaient des femmes et 47 (23,74 %) des hommes.

		n (%)
Genre	Féminin	150 (75.76%)
	Masculin	47 (23.74%)

	Autre	1 (0.51%)
Âge	18-25	26 (13%)
	26-45	113 (57%)
	46-65	50 (25%)
	>65	9 (4.5%)
Temps en France	< 1 an	17 (8.59%)
	1-3 ans	46 (23.23%)
	3-5 ans	50 (25.25%)
	6-10 ans	37 (18.69%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

La distribution par **tranches d'âge** est présentée sous forme d'histogramme dans la figure 2. La tranche d'âge majoritaire était celle des 26-45 ans avec un effectif de 113 (57,07 %).

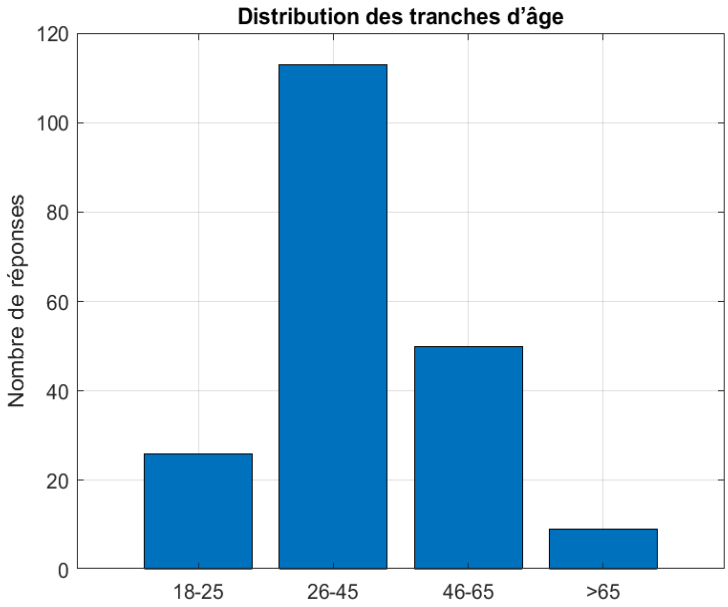


Figure 2 : Tranches d'âge

La durée de présence sur le territoire français la plus représentée était de 3-5 ans avec 50 participants (25,25 %).

Parmi les patients répondeurs, 161 (81,31 %) avaient une **carte vitale** et 37 (18,69 %) n'en n'avaient pas.

74 patients (37,37 %) déclarent voir un **médecin généraliste** souvent, 107 (54,04 %) rarement, 17 (8,59 %) jamais.

35 langues maternelles différentes étaient représentées (Fig. 3). L'espagnol était majoritaire (32 % des participants, comprenant les personnes originaires d'Espagne

mais également de divers pays d'Amérique du Sud) suivi de l'anglais (28 %), l'allemand (15 %), le polonais (2,5 %), l'arabe, l'hindi et le turc (2 % chacun). 14 participants (7 %) ont déclaré être bilingues ou trilingues, dont 11 en anglais. La liste complète des langues maternelles représentées, ainsi que leur nombre de locuteurs respectifs est en annexe 2.

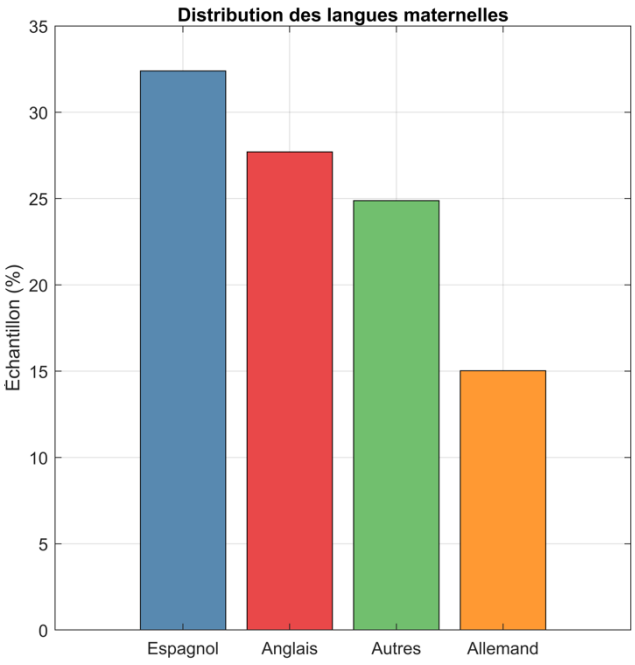


Figure 3 : Langues maternelles

Le **niveau de français** le plus représenté était "je comprends et je peux parler" pour 99 participants (50 %) tandis que 35 participants (17,68 %) ont déclaré ne pas savoir parler.

B. Analyse thématique

A la question sur les **difficultés de communication** avec le médecin en raison de la barrière de la langue en consultations, 11 (5,56 %) ont répondu qu'ils en avaient toujours, 72 (36,36 %) souvent, 89 (44,95 %) rarement, 26 (13,13 %) jamais.

117 (59,09 %) des patients étaient déjà sortis d'une consultation sans avoir compris le **diagnostic**, dont 30 (15 %) souvent ou toujours.

67 (33,84 %) des patients ont déjà commis une **erreur de prise ou non prise** de traitement ou se sont abstenus de prise de traitement par faute de compréhension des explications données par le médecin. 58 (29,29 %) estiment que cela leur arrive rarement.

187 patients (84 %) ont déjà utilisé une forme de **traduction** en consultation avec un médecin (Fig. 4). Parmi eux, la majorité sous forme d'une langue commune avec le médecin (32 %), d'une application de traduction (29 %), ou d'un proche traduisant (17 %).

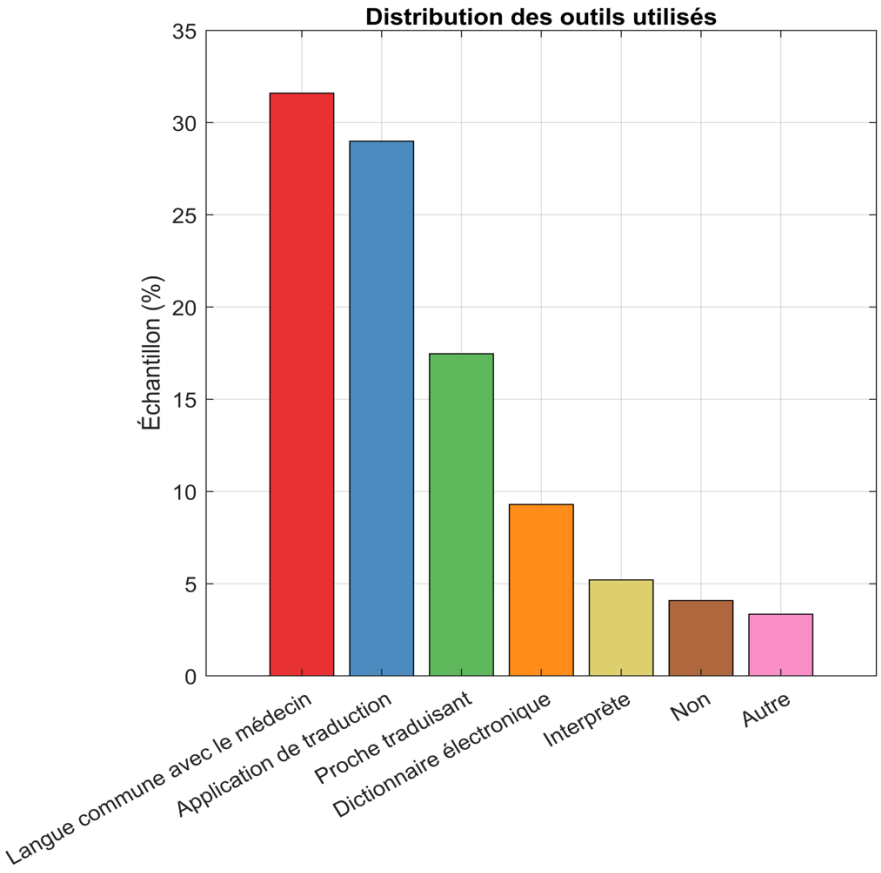


Figure 4 : Outils utilisés

L'absence d'utilisation des outils de traduction par le médecin menait toujours au **renoncement** à consulter ou re-consulter pour 28 (14,14 %) des participants, souvent pour 27 (13,64 %), rarement pour 32 (16,16 %), tandis que 111 (56,06 %) ne renonçaient jamais.

A la question sur leur **préférence** personnelle en termes de **formes de traduction**, la majorité (54 %) citait l'utilisation d'une application de traduction (Fig. 6).
Parmi les participants ayant mentionné les applications de traduction, 46 d'entre eux ont plus précisément nommé Google traduction, 26 Deepl et deux SayHi.
Deux personnes ont exprimé leur préférence pour une application de traduction qui serait exclusivement médicale. Neuf ont cité l'intelligence artificielle, dont plus spécifiquement six ChatGPT, un Copilot, un Gemini.

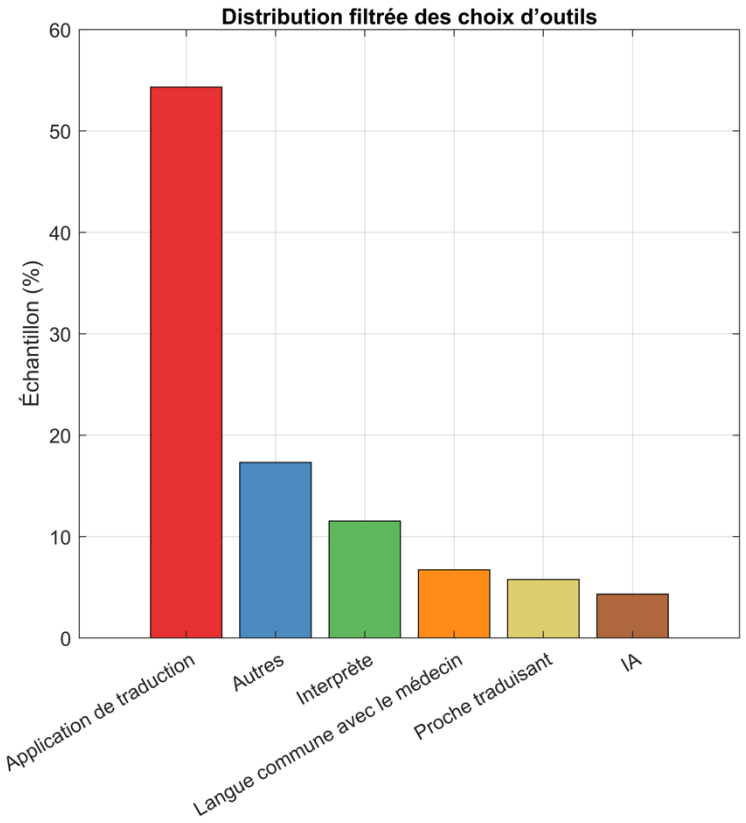


Figure 5 : Choix d'outils

Pour 135 (68,18 %) participants, l'utilisation d'outils de traduction facilite la **communication** avec le médecin (Fig. 5).

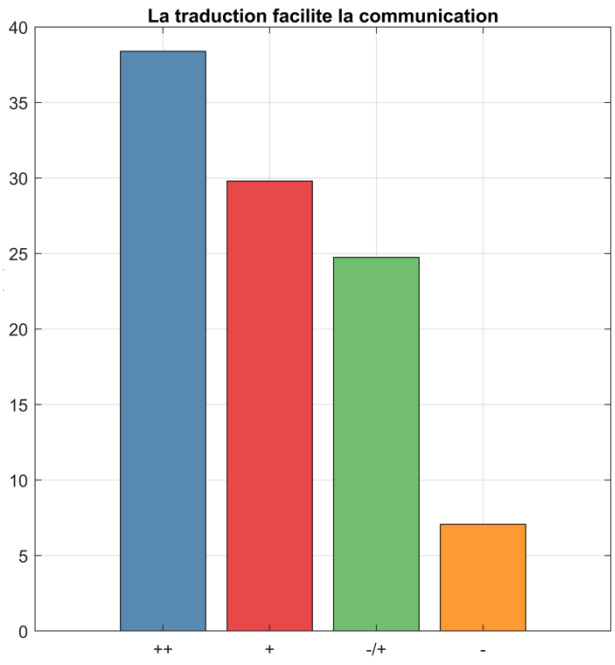


Figure 6 : Impact sur la communication

Les patients déclaraient à 70,20 % (139) être plus en **confiance** pour poser des questions au médecin lorsqu'un outil de traduction était utilisé pendant une consultation (Fig. 7).

Ils déclaraient aussi à 68,18 % (135) penser que l'utilisation d'une traduction améliore la qualité de leur **relation** avec le médecin (Fig. 8).

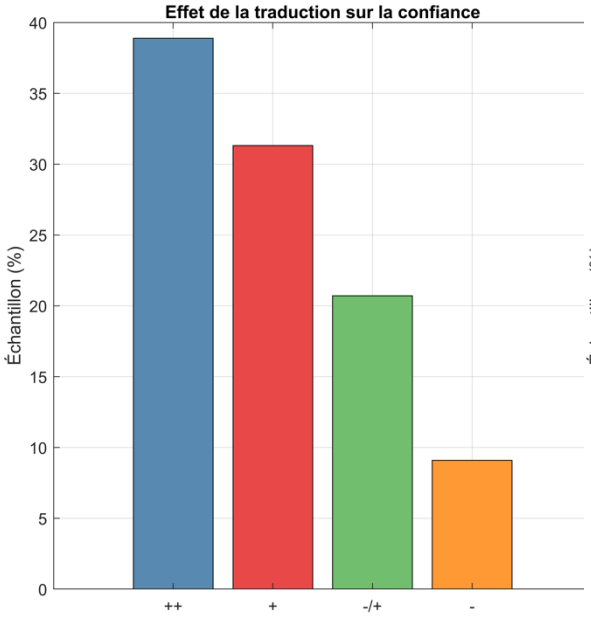


Figure 7 : Impact sur la confiance

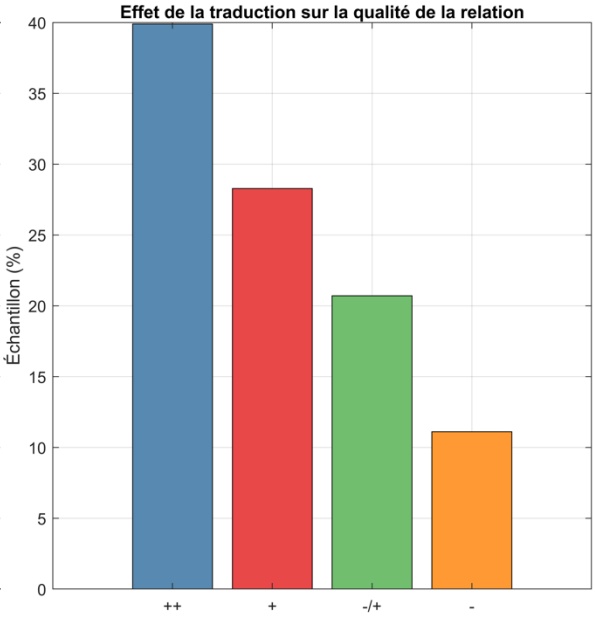


Figure 8 : Impact sur la qualité de la relation

C. Analyses univariées

Des analyses comparatives de toutes les variables ont été effectuées pour étudier leurs relations entre elles. Les comparaisons d'effectifs ont été réalisées avec un **test exact de Fischer** ou un **test du Chi2** selon la taille des échantillons. Nous avons choisi de présenter ici celles qui se sont révélées statistiquement viables ou cliniquement pertinentes. D'autres ne sont pas décrites, car elles n'ont pas de sens ou ne sont pas significatives.

1. Tranches d'âge

La relation entre la tranche d'âge des patients et l'outil de traduction utilisé n'était pas significativement différente (p=0,45) (annexe 3) tout comme pour l'outil préféré (p=0,2) (Fig. 9).

La répartition des difficultés en consultation est significativement différente selon la tranche d'âge **(p=0,023)**. On observe que les difficultés s'amoindrissent significativement quand l'âge augmente (Fig.10).

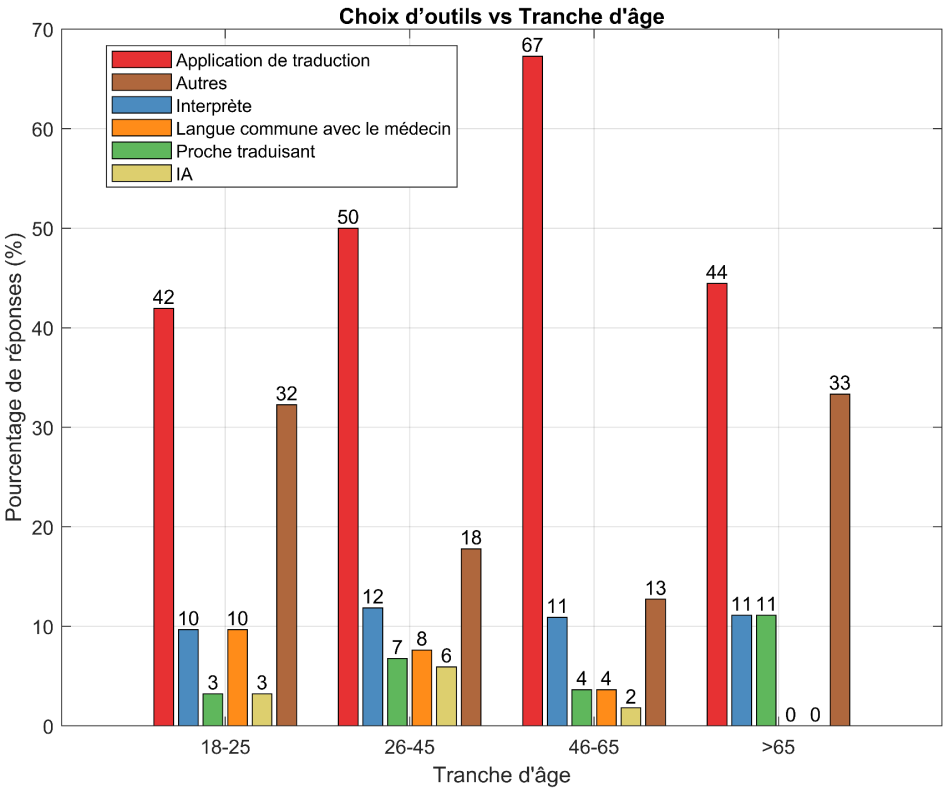


Figure 9 : Choix d'outils et tranches d'âge

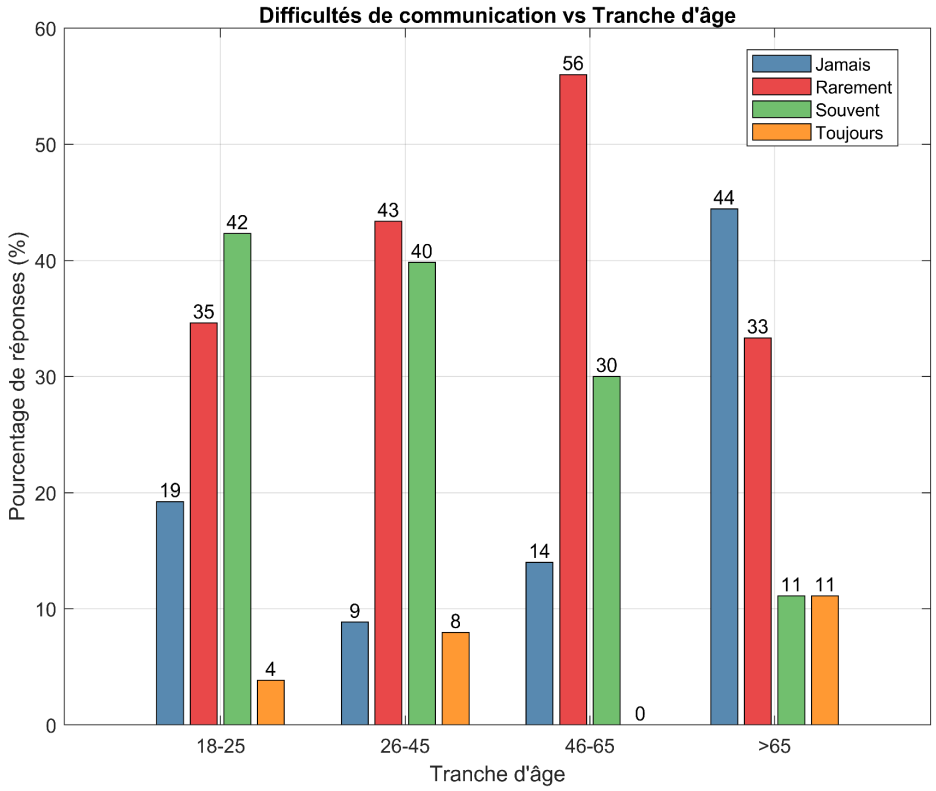
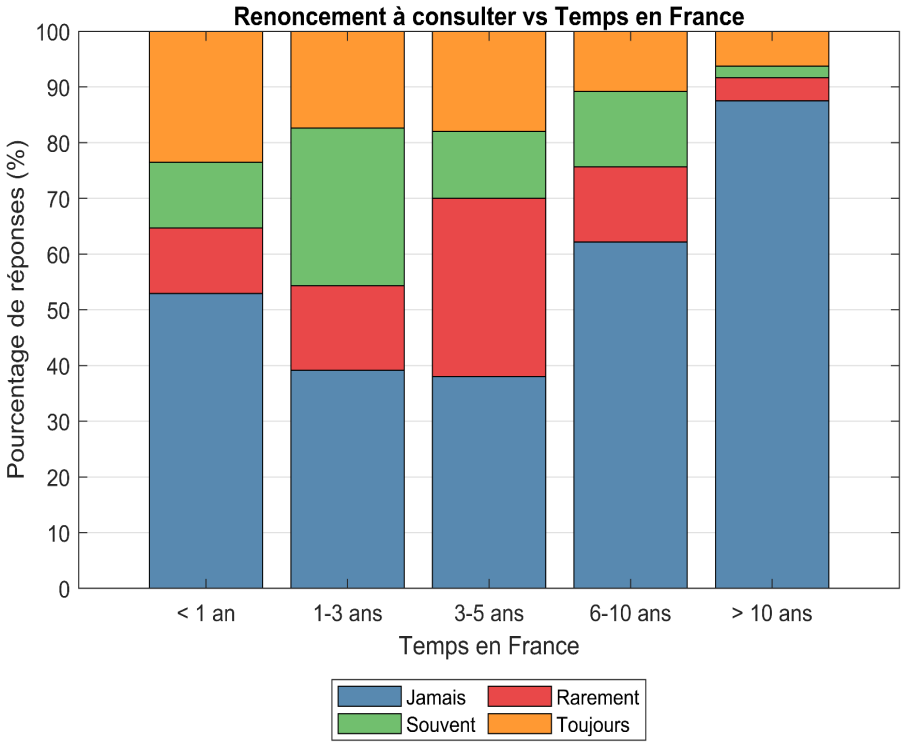


Figure 10 : Difficultés et tranches d'âge

2. Temps en France

Le renoncement à consulter en cas de non-utilisation de traduction diminuait significativement **(p<0,01)** avec l'augmentation du temps passé en France (Fig. 11).

Figure 11 : Renoncement et temps en France



La répartition de la durée de présence en France était également significativement différente par rapport à l'incompréhension de diagnostic **(p<0,01)**, le choix d'outils de traduction **(p=0,047),** l'effet sur la confiance **(p<0,01)**, l'effet sur la relation patient-médecin **(p<0,01)** et l'effet sur la facilitation de la communication **(p<0,01)** mais pas avec les erreurs de prise (p=0,052).

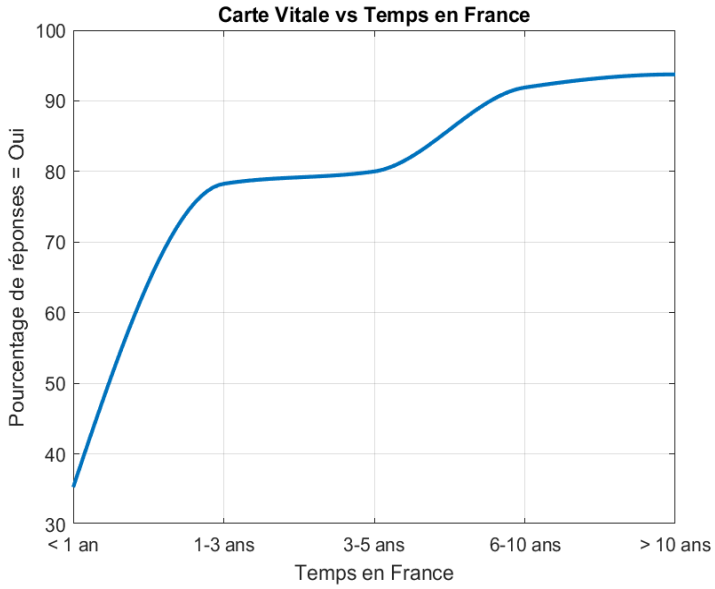


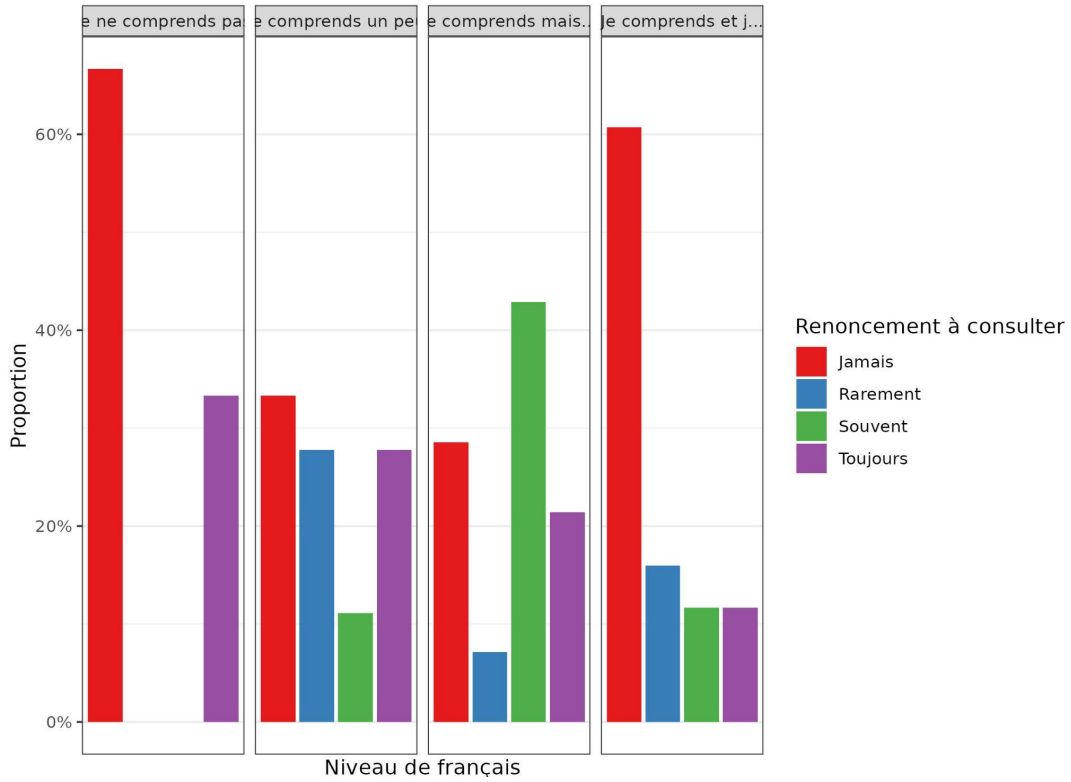
Figure 12 : Carte vitale et temps en France

Le pourcentage de possession de carte vitale augmente significativement **(p<0,001)** avec l'augmentation du temps passé en France. Les lignes entre les points mesurés sont interpolées (Fig.12).

3. Niveau de français

Il existe une différence significative **(p<0,01)** de la distribution du niveau de français avec le renoncement à la consultation quand aucune forme de traduction n'est proposée (Fig.13). Les participants de niveau de français "je ne comprends pas" et "je comprends un peu" renoncent plus souvent à consulter, alors que ceux comprenant et parlant français sont 60 % à ne jamais renoncer.

Figure 13 : Niveau de français et renoncement



Le niveau de français n'entraîne toutefois pas de différence significative sur la distribution des erreurs de prise (p=0,4), l'incompréhension du diagnostic (p=0,43), l'effet sur la confiance (p=0,46), l'effet sur la relation patient-médecin (p=0,49), ni sur la facilitation de la communication (p=0,25) (Fig. 14).

La relation entre la langue maternelle des patients et le niveau de français a aussi été étudiée. Il n'y avait toutefois pas de différence significative selon la langue maternelle (p=0,2) (annexe 4).

La répartition du choix d'outils n'était pas significativement différente suivant le niveau de français (p=0,3).

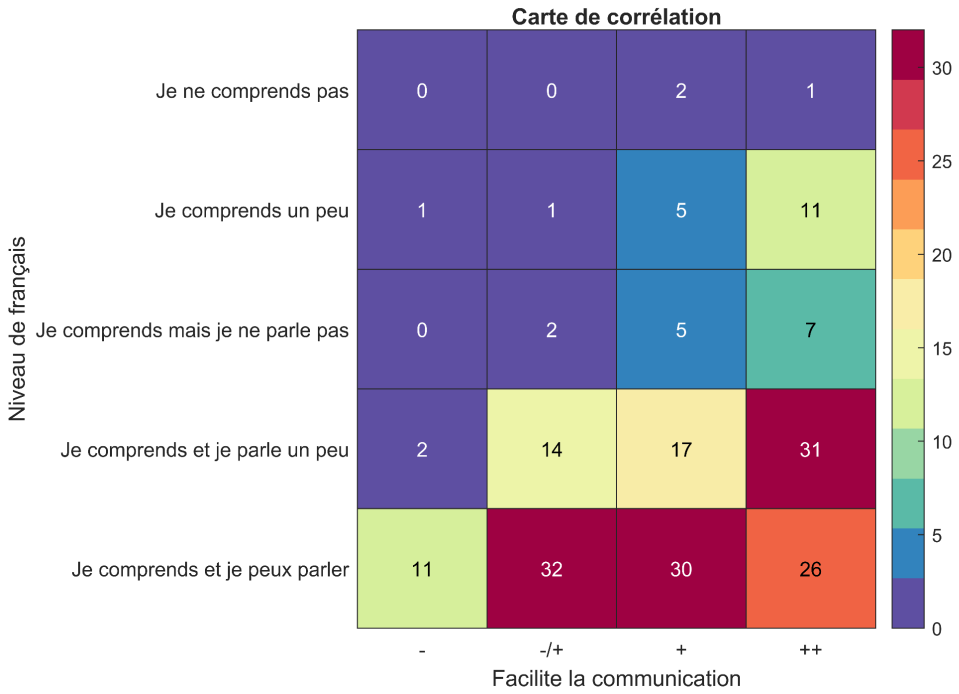


Figure 14 : Niveau de français et impact sur la communication

4. Difficultés pendant les consultations

Nous avons regardé la relation entre les difficultés pendant les consultations et le renoncement à reconsulter. La répartition du renoncement à reconsulter est significativement différente suivant les difficultés en consultation **(p<0,001)** (Fig. 15). Les participants rencontrant plus de difficultés renoncent plus souvent à consulter. La répartition des erreurs de prise **(p<0,01)**, de l'incompréhension du diagnostic **(p<0,001)**, de l'effet sur la communication **(p<0,001)** (Fig. 16), l'effet sur la confiance à poser des questions **(p=0,048)** et l'effet sur la relation patient-médecin **(p<0,001)** sont également significativement différente selon les difficultés éprouvées. Globalement, plus il y avait de difficultés ressenties, plus l'impact de la traduction sur la communication, la confiance et la relation patient-médecin était positif.

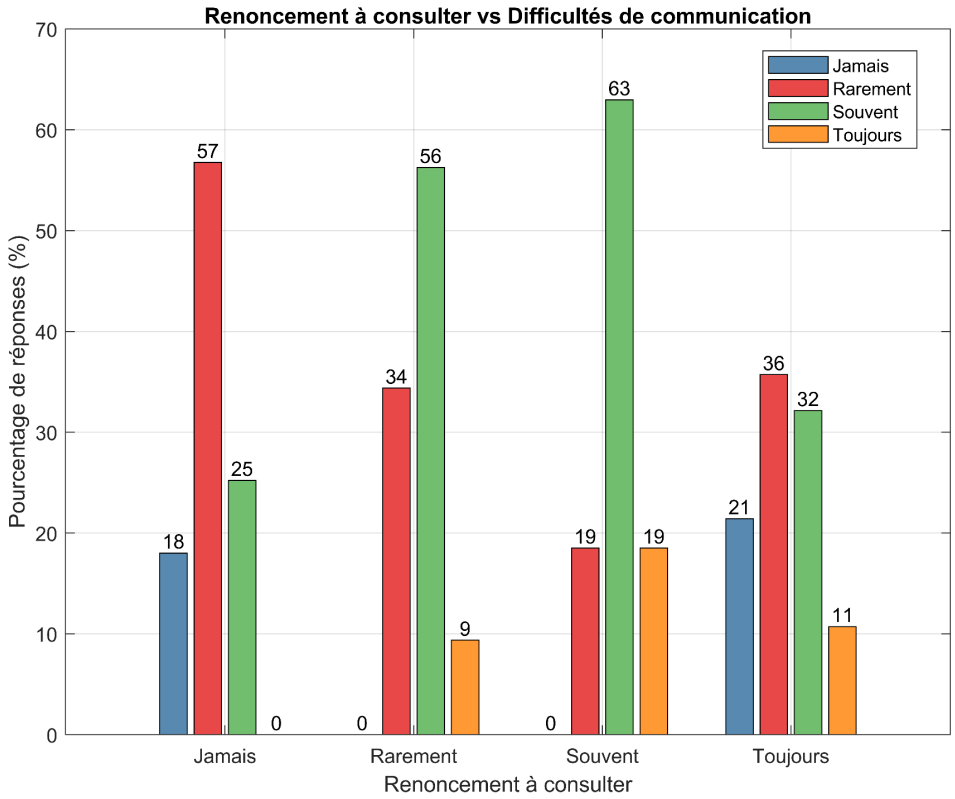


Figure 15 : Renoncement et difficultés

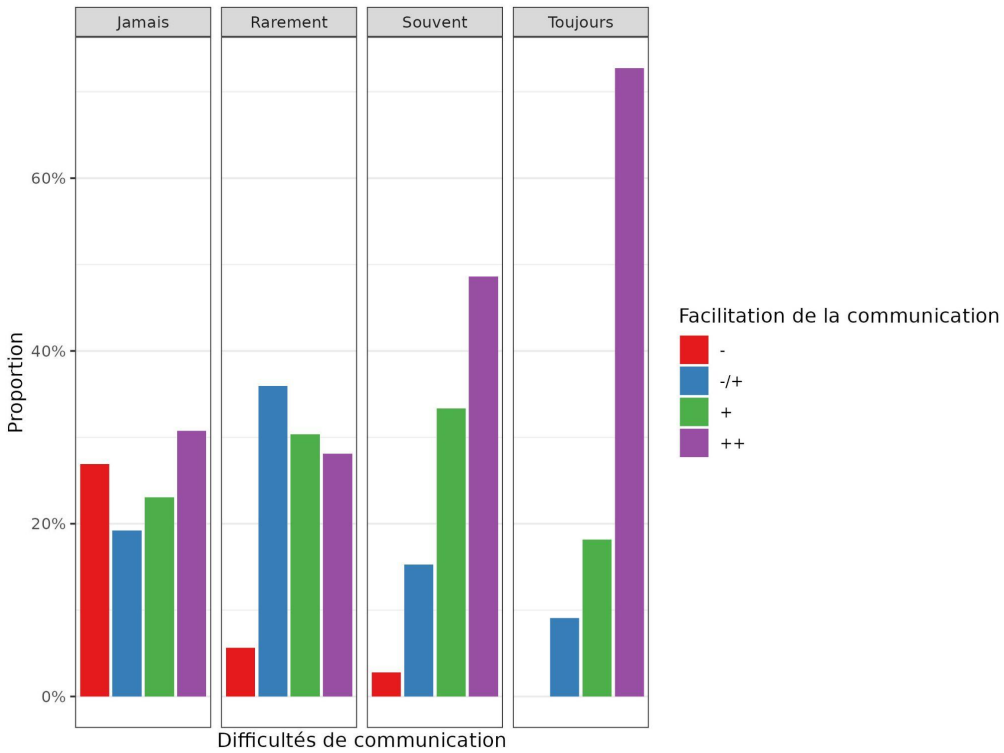


Figure 16 : Difficultés et impact sur la communication

V. Discussion

A. Rappels et synthèse

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de l'utilisation d'outils de traduction sur la **compréhension** des patients allophones. L'objectif secondaire visait à en apprécier l'effet sur la qualité de la relation patient-médecin.

Les résultats suggèrent que l'utilisation de n'importe quelle forme de traduction pourrait améliorer la **prise en soins** des patients allophones en médecine de ville en France. L'analyse des données a permis de mettre en évidence qu'aussi bien la communication, que la confiance à poser des questions et la relation patient-médecin pouvaient être améliorées.

Une majorité de femmes a participé au questionnaire (75 %). Ce pourcentage est supérieur à la part de femmes estimée (52 %) dans la population immigrée en France (32). Cependant, dans la population générale (16-64 ans) les femmes sont également plus nombreuses à avoir consulté un médecin dans l'année (86,5 % contre 75,5 % des hommes) (33).
La distribution des tranches d'âge est comparable à celle de la population immigrée ou étrangère en France en 2023, avec une majorité de participants appartenant à celle des 26-45 ans (34).

Un résultat marquant est que la moitié des participants ne renonçait jamais à reconsulter un médecin n'utilisant pas d'outils de traduction.

Un autre résultat intéressant est que le temps passé en France et les difficultés rencontrées en consultations influençaient significativement la distribution d'une grande partie des réponses données, ce qui n'était pas le cas du niveau en français.

B. Analyse des résultats

1. Constat et état des lieux

En 2018, un travail de thèse de médecine générale portant sur les modalités et difficultés de communication avec les patients syriens a été soutenu par Mathilde Salomon (35). Celle-ci montrait que l'outil de communication le plus utilisé était pour

59 % des patients le **traducteur électronique**, dont majoritairement Google Traduction (52 %). Les patients déclaraient néanmoins préférer les **interprètes informels** (47,7 %) suivis des traducteurs électroniques (25 %).
Du côté des médecins, la langue commune était également la méthode utilisée le plus fréquemment dans l'étude de Morice en 2019 (21). Dans notre étude, les participants déclarent avoir recours le plus souvent à une langue commune avec le médecin (32 %) puis seulement à 29 % une application de traduction mais préféraient à l'inverse les applications de traduction à 54 % suivies des interprètes formels à 12 %.

Les participants à l'enquête de 2019 avaient en majorité voté pour une amélioration de la disponibilité d'un **interprète professionnel** (21), ce qui n'était pas le cas dans notre enquête avec seulement environ 10 % préférant cette forme de traduction. Une étude de Alric concluait que cette méthode était pourtant la seule permettant une meilleure compréhension du diagnostic (36). Nos résultats sont similaires à ceux d'une étude de 2008 qui décrivait que les patients d'origine hispanique préféraient utiliser une langue commune ou un proche traduisant alors que les asio-américains penchaient plutôt en faveur des interprètes professionnels (37).
Néanmoins, notre étude n'a pas montré d'impact de facteurs tels que la langue maternelle ou le niveau de français sur le choix d'outils de traduction.

Une participante au questionnaire en anglais a également cité la **communication non verbale** comme outil l'aidant à se faire comprendre. Cette forme de communication est mentionnée dans la littérature, comme dans l'article canadien "Using machine translation in clinical practice". Selon cet article, quand une forme de communication (verbale ici) ne peut être utilisée, une autre (non verbale par exemple) s'en trouve amplifiée (38). Un travail de thèse fait à Toulouse en 2014 montrait que 93% des médecins généralistes disaient utiliser les gestes et les regards en l'absence d'interprète (22). Du côté des patients, en 2018, ils étaient 45,5 % à déclarer utiliser les gestes et les mimiques mais seulement 22 % à apprécier cet outil (35).

Une minorité de participants à notre étude ont spécifiquement cité l'amélioration du niveau d'**anglais** des médecins afin de l'utiliser comme langue commune. Cet aspect avait également été abordé par 16 % des participants à une étude datant de

2018 (35). Dans le travail de thèse de Dupuich, certains participants exprimaient également leur surprise face au niveau d'anglais jugé insuffisant des médecins (39).

Concernant les **difficultés** de communication rencontrées en consultation, nos résultats montrent que plus de 86 % des participants ont déclaré en avoir déjà eu. Dans l'enquête de Salomon, seulement 22 % des patients considéraient que la communication avec leur médecin était mauvaise (35). Néanmoins, ils étaient presque 80 % à estimer ne pas toujours s'être bien fait comprendre, ce qui est similaire à notre étude. Dans l'étude de Morice, la totalité des patients disaient avoir eu des difficultés (21).

Les résultats mettent en lumière qu'environ 60 % des patients ont déjà quitté une consultation sans avoir compris le **diagnostic** corroborant ceux de Morice, qui montraient que c'était le cas pour 70 % des patients syriens (21), ainsi que ceux de Salomon qui retrouvaient également un chiffre d'environ 70 % (35). Ils étaient 85 % à pouvoir nommer le diagnostic dans une étude de 2012, bien que celle-ci s'intéresse à des pathologies chroniques, ce qui peut expliquer cette différence de pourcentage (23).

Contrairement à l'étude de Morice (21) dans laquelle 72 % des patients syriens déclaraient ne pas toujours comprendre les **traitements** ou examens complémentaires qui leur étaient prescrits, ou celle de Salomon dans laquelle ils étaient 80 %, ils étaient 66 % à faire preuve d'observance dans les traitements dans notre étude. Dans l'étude de Salomon, 66 % d'entre eux déclaraient toutefois toujours prendre les traitements malgré l'incompréhension (35) ce qui se rapproche plus des résultats de notre étude. Dans l'enquête de la DGS de 2012, les patients allophones faisaient également preuve d'observance dans près de 70 % des cas (23).

Concernant la barrière de la langue comme **frein** à la consultation médicale, nos résultats mettent en évidence que 44 % renonçaient à consulter un médecin n'utilisant pas d'outils de traduction, nettement moins que dans l'étude de 2018 ou ils étaient 68 % (35).

Nos résultats montrant qu'une forme de traduction améliore la **communication** (68 %) et la **confiance** (70 %) corroborent ceux de 2022 sur la mise à disposition d'un service d'interprétariat qui concluait à une meilleure compréhension (99 %) et confiance (97 %) (40). Cet effet positif de la traduction corrobore également les conclusions de l'étude de 2023 qui suggérait que l'élément central de la communication avec les patients allophones était la confiance établie avec le médecin plus que l'outil utilisé (16). Cela laisse penser que les médecins qui utilisent plus volontiers des formes de traduction font ainsi preuve de respect et de leur intérêt pour les patients allophones, impactant positivement la confiance et la qualité de la relation patient-médecin.

En ce qui concerne la pratique médicale quotidienne en ville, nos résultats suggèrent effectivement que l'utilisation d'une forme de traduction ne serait-ce que par une langue intermédiaire ou bien une application de traduction suffirait à améliorer la communication, la compréhension et la relation patient-médecin et donc l'implication du patient. Le tout entraînant une amélioration de la littératie en santé et de la prise en soins globale des patients allophones.

2. Propositions d'amélioration

Concernant les outils de traduction, plusieurs participants à l'enquête ont insisté sur les précautions nécessaires à l'utilisation d'une **application de traduction**. Il n'est, en effet, pas rare, que la traduction soit incorrecte et conduise à des incompréhensions.
Dans son livre intitulé "l'interprétariat en santé", Vanessa Piccoli, maîtresse de conférence en sociolinguistique, stipule que la fiabilité des logiciels de traduction automatique tels que Google Traduction est très inégale selon les langues et binômes de langues utilisés (41).
Selon l'article canadien, le risque d'inexactitude est notamment plus élevé pour les patients à faible niveau de littératie. Cet article cite la "**back translation**", désignant la traduction d'une partie du texte traduit à nouveau dans la langue de départ, comme une solution pour diminuer ce risque (38).

Deux participants ont exprimé leur souhait de bénéficier d'une application de traduction spécifiquement conçue pour l'utilisation dans le **milieu médical**.

Bien que peu connue et utilisée par les médecins de ville, celles-ci existent déjà. **Traducmed** est un exemple d'application dédiée, se disant à mi-chemin entre le dictionnaire papier et l'interprétariat. Celle-ci a été créée par un médecin généraliste en partenariat avec différentes associations et permet la traduction en plus de 40 langues (42). Les phrases et questions traduites sont rangées dans des sous-classes telles que les antécédents ou bien l'examen clinique et sont lues à voix haute.

Dans le même esprit, l'application **Marti** a été créée par deux médecins des Hospices Civils de Lyon et permet aux patients d'effectuer leur anamnèse en 12 langues différentes en toute autonomie (43). Celle-ci est toutefois pensée en premier lieu pour une utilisation aux urgences.

En supplément de la traduction, l'application comporte des pictogrammes pour les symptômes par exemple (44). Cela laisse penser que cette solution pourrait convenir à un participant ayant cité comme outil de traduction préférentiel une "**liste de symptômes**".

Un autre participant a cité comme outil de traduction préférentiel un **imagier**. Les outils s'appuyant sur les images existent également, bien que leur utilisation ne semble pas être très répandue. Un exemple est **MediPicto** de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) qui permet aux soignants de communiquer à l'aide de pictogrammes dans 16 langues différentes, ainsi qu'avec ceux ayant des difficultés de compréhension ou d'expression (45).

Un autre projet, **Santé BD**, permet non seulement de communiquer en 5 langues et en images, mais aussi de bénéficier de plus de 70 bandes dessinées aidant à donner des explications sur divers sujets d'ordre médical qui pourraient s'avérer très utiles en médecine de ville (46). Dans la même lignée, Santé Publique France propose des **livrets de santé bilingues** comme support de communication (47). De son côté, la méthode **Facile À Lire et à Comprendre** (FALC) créée en 2009 vise à simplifier le langage de document afin d'améliorer leur compréhension pour les personnes rencontrant des difficultés avec la langue française (48).

Dans un même registre, un autre aspect évoqué à deux reprises comme outil préférentiel est la **reformulation**. Celle-ci est définie comme le fait d'exprimer quelque chose dans des termes différents de ceux employés auparavant (49). Elle peut être utilisée aussi bien par le médecin que par le patient. La reformulation est

l'objet de recherche notamment en science du langage, mais également en médecine. Cette méthode est effectivement largement utilisée au quotidien dans le monde médical et ce avec tous les patients.
La Haute Autorité de Santé (HAS) a elle-même publié plusieurs documents "Faire Dire" portant sur la reformulation par le patient du discours du professionnel soignant (50). Ces recommandations se basent sur le principe de l'impact positif d'une meilleure littératie en santé chez les patients et d'une meilleure mémorisation des informations par la technique de "**teach-back**". La brochure destinée essentiellement aux professionnels de santé contient les différentes étapes pour faire reformuler les patients et conseille de réexpliquer jusqu'à obtenir la restitution complète et correcte des informations délivrées, permettant ainsi de s'assurer de la compréhension du patient (51).
Dans le cadre des consultations interculturelles, on distingue la **reformulation multimodale** de la **reformulation plurilingue** (52). La première fait appel à la formulation verbale ainsi qu'à la gestuelle par exemple. La deuxième fait référence, comme son nom l'indique à la formulation en plusieurs langues, pouvant inclure la langue du médecin et la langue du patient ou encore une langue intermédiaire comprise par les deux interlocuteurs telle que l'anglais. Ces reformulations peuvent avoir lieu aussi bien en présence d'un interprète ou avec l'aide d'un autre outil de traduction (par exemple Google traduction) pouvant alors passer par la forme écrite en plus ou à la place de la formulation orale. Cet article datant de 2017, conclut que **l'intercompréhension** qui semblait stagner jusqu'alors peut progresser grâce à l'utilisation d'une modalité de reformulation différente (verbale, gestuelle, etc.) (52).

Des participants ont de leur côté exprimé préférer apprendre la langue du pays (ici le **français**), plutôt qu'avoir recours à une forme de traduction ou une langue intermédiaire. L'étude de Salomon avait elle aussi révélé cette attente de la part des patients qui à 32 % souhaitaient un accès facilité à des cours de français et à plus de 55 % une augmentation des heures de cours (35).
Pour les étrangers non européens souhaitant s'installer durablement en France, il existe la possibilité de signer un **Contrat d'Intégration Républicaine** (CIR) avec l'État français pour un an. Celui-ci comprend notamment une formation linguistique pour les personnes n'obtenant pas le niveau A1 au test de français (53).
Cela aurait pu être intéressant d'inclure une question au sujet du CIR dans le questionnaire, afin de savoir si le dispositif est connu des personnes concernées et

le pourcentage d'entre elles qui en bénéficie ou en ont bénéficié à un moment donné depuis leur arrivée sur le territoire.
Un point marquant de la comparaison de la distribution du niveau de français selon la langue maternelle, est que les patients ayant l'espagnol comme langue maternelle sont ceux pour lesquels la compréhension semble être la plus simple. Ils sont en effet peu à déclarer ne pas comprendre et une grande partie à comprendre même s'ils ne parlent pas français. Cela est probablement lié à la similarité de ces deux langues latines. Cette similitude est encore plus grande avec le catalan et l'occitan qui comptent encore des locuteurs dans la région Occitanie.

C. Forces et limites de l'étude

Cette étude est l'une des seules récentes à être réalisée du côté des **patients** et à s'intéresser plus particulièrement à la population immigrée et étrangère globale d'Occitanie. Nous ne nous sommes pas limités à une seule population venant d'un pays en particulier.
Nous avons recruté principalement en consultation de médecine générale, et non en structures d'accueil particulières telles que la PASS comme cela avait été fait auparavant.

La taille de l'échantillon nécessaire pour que les résultats de cette étude puissent être généralisés à la population a d'abord été recherchée. Avec le site OpenEPi, la formule utilisée calculait une **taille d'échantillon de 384 participants** nécessaire pour un intervalle de confiance à 95% (54).
Avec un nombre de 198 participants inclus, les résultats obtenus lors de cette étude ne sont donc pas représentatifs de la population mais satisfaisants.

Une **méthode qualitative** avec la réalisation d'entretiens aurait également pu être informative. Nous nous étions effectivement posé la question au début de l'élaboration de ce projet de thèse. Après réflexion, nous étions arrivés à la conclusion que la méthode qualitative impliquerait de nombreuses difficultés, notamment du fait de la réalisation des entretiens en plusieurs langues ou bien encore la présence d'un interprète. Cela aurait posé des problèmes de compréhension et également de disponibilité des interprètes professionnels, ainsi que de fiabilité des interprètes informels. Il aurait ensuite fallu retranscrire puis

traduire tous les entretiens en français. L'aide d'un sociologue aurait probablement été nécessaire pour le traitement des données retranscrites.
Tous ces arguments nous ont fait privilégier la **méthode quantitative** avec recueil des données par un questionnaire patient. Celle-ci nous a permis d'obtenir plus de participants et de facto plus de données analysables.
Ces remarques m'ont néanmoins questionnée sur la nécessité d'une question à réponse ouverte en fin de questionnaire ou chacun aurait eu la possibilité de s'exprimer. Cependant l'analyse aurait été complexe à effectuer et aurait également nécessité un important travail de mise en forme et de traduction.

La traduction du questionnaire en cinq langues (français, anglais, allemand, arabe et espagnol) a permis de toucher un vaste panel de patients. Les langues maternelles des participants étaient variées, avec 35 représentées.
Néanmoins, cela a pu induire un **biais de recrutement** en excluant les patients ne parlant aucune de ces langues. Il est probable que les patients allophones les plus précaires, ne parlant aucune de ces cinq langues ont été exclus de cette étude. Le choix de ne pas effectuer exclusivement le recrutement dans les structures dédiées à l'accueil des plus précaires (telles que la PASS) avait toutefois été réfléchi et acté consciemment dans le but de toucher plusieurs classes socio-économiques.

Après les premières réponses, je me suis rendue compte de la présence d'un probable **biais de sélection**. Celles-ci ont en effet été recueillies en anglais auprès d'une majorité d'ingénieurs.
Afin d'essayer de contrebalancer cela, dans un premier temps les endroits de recrutement et les modes de distribution du questionnaire ont été diversifiés au maximum pour garantir la variété des expériences.
Par la suite, j'ai fait traduire mon questionnaire en arabe, en espérant ainsi toucher une autre catégorie de personnes ne parlant ni français ni anglais.
Malgré plusieurs distributions auprès des patients concernés, aucune réponse au questionnaire en langue arabe n'a été obtenue. L'arabe a pourtant été cité à plusieurs reprises parmi les langues maternelles.
Plusieurs raisons peuvent expliquer ce résultat. Tout d'abord, la version arabe a été mise en ligne plus tardivement.
Ensuite, cela pourrait être dû au fait qu'il existe de nombreux dialectes différents de la langue arabe. Il est possible que les participants parlant arabe aient préféré

répondre à la version anglaise. Une autre possibilité est que beaucoup de personnes originaires de pays arabophones parlent ou ont appris le français à l'école et auraient donc pu répondre à la version française ou ne pas se sentir concernées par cette enquête.
Enfin, une raison additionnelle des plus probables fait référence au taux d'alphabétisation des populations arabophones. Comme décrit dans l'article de Hassan Hammoud, ce taux faisait partie des plus bas du monde au début des années 2000, malgré l'amélioration de celui de la population féminine (55).
Cela suggère qu'une méthode par entretiens, comme il y en a déjà eu par le passé pour cette population, serait plus adaptée que le questionnaire qui nécessite de savoir lire et écrire ou bien d'avoir quelqu'un pouvant le remplir.

Il pourrait exister un **biais de mémorisation**, étant donné que nous avons fait appel aux souvenirs et ressentis des participants sur l'ensemble de leurs consultations de médecine générale et non à une seule d'entre elles spécifiquement. Cela pourrait expliquer une partie des discordances entre les difficultés de communication et le renoncement à la consultation ou bien les erreurs de prise de traitement.

Pour le questionnaire en anglais, une personne a fait remarquer à la fin de la récolte de données qu'elle aurait aimé avoir l'option "sometimes" pouvant être traduit par parfois, entre "rarement" et "souvent". Lors de l'élaboration du questionnaire, la question s'était posée mais cette cinquième option n'avait pas été retenue. Le raisonnement derrière cette décision était que quatre options de réponses semblaient couvrir une majorité de réponses lors des tests effectués et que "parfois" ne nous apparaissait pas comme une réponse suffisamment spécifique. Nous avons également opté pour un nombre pair de réponses possibles afin d'éviter une surreprésentation de l'option intermédiaire neutre. Cela a néanmoins pu avoir un impact sur les réponses du questionnaire en anglais.

Une autre personne répondant au questionnaire en anglais a utilisé une des questions à réponse ouverte pour écrire qu'elle n'avait pas compris l'utilisation des options de réponses contenant "+, -" pour trois des dernières questions. Cela m'a étonnée, car aucune autre personne n'avait relevé ce problème et je n'avais donc malheureusement pas procédé à une explication détaillée de leur signification dans le questionnaire en lui-même.

D. Perspectives

Ces résultats montrent l'importance de sensibiliser les **médecins** dès leur formation médicale initiale à la prise en soins des patients allophones à travers :

- des cours sur
    - les différentes formes de **traduction** et d'outils disponibles (une liste est disponible en annexe 5)
    - l'accès au **réseau** et au **service d'interprétariat**
    - la présentation des **interprètes professionnels**
- la distribution d'un **support** regroupant outils et réseau (proposition en annexe 5)
- le renforcement de l'enseignement de **l'anglais** adapté au monde médical en tant que langue intermédiaire commune
- la rédaction d'**ordonnances** avec un style et une structure grammaticale les plus simples possibles
- l'utilisation du **dossier médical partagé** (DMP) comme mentionné dans une étude datant de 2021 (56) en court-circuitant une incompréhension potentielle ou perte d'information grâce à la communication interprofessionnelle

Du côté de la littératie des **patients,** elle pourrait être améliorée par :

- un accès facilité à des **cours de français** à leur arrivée en France
- le **DMP** en facilitant l'accès à leur document de santé et en les regroupant
- les **ordonnances bilingues** pourraient grandement améliorer leur implication

Il serait également intéressant d'ajouter une question sur le **niveau socio-professionnel** des participants afin de pouvoir étudier l'impact de celui-ci sur les différentes autres variables.

Étendre l'étude, afin que les résultats obtenus soient représentatifs et généralisables, semble tout autant important. Une étude qualitative complémentaire pourrait permettre une plus ample exploration de ce sujet.

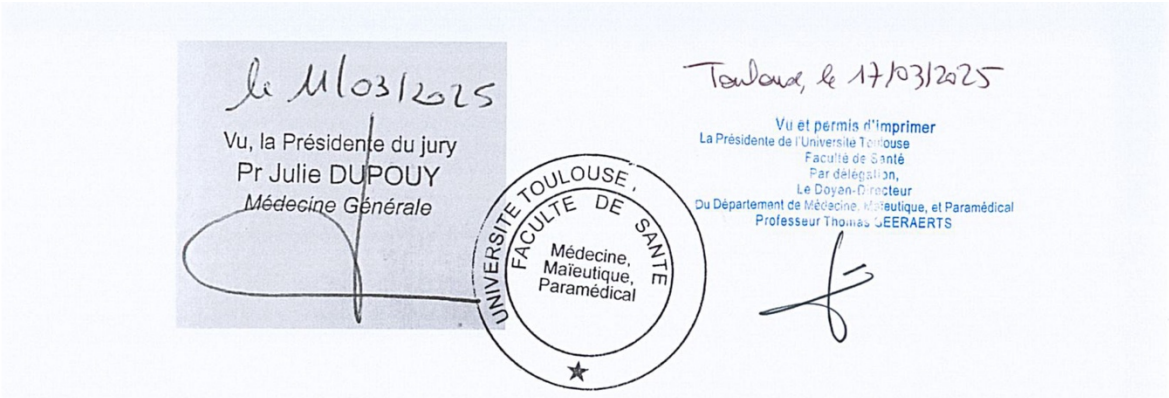
VI. Conclusion

Cette étude a permis de montrer que la prise en soin des patients allophones en consultation médicale de ville en Occitanie semble améliorée par l'utilisation d'une méthode de traduction dans le dialogue patient-médecin, bien que ce résultat ne puisse être généralisé à l'ensemble de la population.

Une forme de traduction quelle qu'elle soit facilite la communication, incite à poser des questions et ainsi améliore la compréhension des patients. Elle semble améliorer également la relation médecin-patients.

Nous espérons que notre étude inspirera d'autres à s'intéresser à ce sujet et cette population de patients à une plus grande échelle afin d'obtenir des résultats généralisables à la population.

Cette étude souligne également l'importance de l'anglais comme langue intermédiaire avec les patients allophones. Il est important que les futurs médecins qui seront de plus en plus confrontés à ces problématiques, y soient préparés par de l'information et une formation adéquate.



Bibliographie

1. Dr Allen J, Pr Gay B, Pr Crebolder H, Pr Heyrman J, Pr Svab I, Dr Ram P. WONCA European Definitions [Internet]. 2023 [cité 7 janv 2025]. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
2. Le Robert. allophone - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 22 mai 2024]. Disponible sur: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/allophone
3. Durieux-Paillard S, Dominicé-Dao M, Junod-Perron N. Patients migrants au cabinet médical: médecine générale ou pratique spécialisée ? Rev Médicale Suisse. 2007;3(126):2167-70.
4. INSEE. Population immigrée et étrangère en France [Internet]. 2024 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757#figure1_radio1
5. INSEE. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#onglet-1
6. INSEE. Population étrangère selon le sexe et l'âge en 2021 | Insee [Internet]. 2024 [cité 11 nov 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012699#tableau-TCRD_011_tab1_departements
7. Mauffrey V, Berger T, Hartemann P, Bouillevaux I. Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. Enquête qualitative. Santé Publique. 2016;28(2):213-21.
8. INSEE. Maîtrise des langues par les immigrés − Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. 2023 [cité 12 juin 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793258?sommaire=6793391
9. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health. 25 mars 2011;11:187.
10. Romey A, Vaysse M, Jouault C, Letrilliart L. Perception des freins et facilitateurs de la continuité des soins délivrés aux migrants précaires en médecine générale. Santé Publique. 2023;35(2):171-81.
11. France Archives. FranceArchives. [cité 4 févr 2025]. Service social d'aide aux émigrants. Disponible sur: https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/56b7a32802b65fd0aebbe5a33ad2f2c144db09f6
12. CHU Toulouse. PASS médicale [Internet]. [cité 22 mai 2024]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/-pass-medicale-
13. INSEE. Santé et recours aux soins − Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. 2023 [cité 12 juin 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793288?sommaire=6793391
14. Flores G. Language Barriers to Health Care in the United States. N Engl J Med. 20 juill 2006;355(3):229-31.
15. Hudelson. HUG. 2007 [cité 27 nov 2023]. Aides linguistiques. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/aides_linguistiques_2019.pdf
16. Aricat A. Les méthodes de communication avec les patients allophones en médecine de ville [Internet]. Marseille; 2023 [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04217770
17. Dessaigne A. Interpretariat linguistique dans le domaine de la santé. Haute Autorité de Santé. oct 2017;57.
18. Associations signataires. Charte professionnelle de l'Interprétariat médical et social [Internet]. 2012 [cité 1 déc 2024]. Disponible sur: https://ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2020/09/Charte-professionnelle_Interpr%C3%A9tariat_m%C3%A9dical-et-social_Nov.-2012.pdf
19. Cofrimi. Prestations d'interprétariat dans le domaine médico-social à Toulouse

[Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: https://www.cofrimi.com/interpretariat
20. CHU Toulouse. Dispositif e.CARE - Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. 2023 [cité 1 déc 2024]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/-dispositif-e-care-
21. Morice AE. Évaluation d'un service d'interprétariat par visio conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux: étude qualitative auprès des médecins et des patients expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non recours [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2019 [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02394617/document
22. Chaaban S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionel fâce à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: UniversitéToulouse; 2014 [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1634/1/2014TOU31041.pdf
23. Schwarzinger M. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. DGS. déc 2012;139.
24. Kaliyadan F, Gopinathan Pillai S. The use of Google language tools as an interpretation aid in cross-cultural doctor-patient interaction: A pilot study. Inform Prim Care. 1 juin 2010;18:141-3.
25. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. Santé Publique. 2017;29(6):811-20.
26. Stephen Van Den Broucke. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. [Internet]. [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique
27. Comité directeur pour les droits de l'homme dans les domaines de la biomédecine et de la santé. Guide sur la littératie en santé [Internet]. 2023 [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: https://rm.coe.int/inf-2022-17-guide-health-literacy-/1680a9cb76
28. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. déc 2015;25(6):1053-8.
29. DUPUIS. La littératie en santé [Internet]. [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2016/12/La-litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9.pdf
30. DUMG Rouen. Les principaux types d'étude [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: https://dumg-rouen.fr/p/xxx
31. CNGE. Recherche en santé et formalités réglementaires 2020 [Internet]. [cité 15 juin 2024]. Disponible sur: https://enquetes-partenaires.univ-rennes.fr/index.php/17674?newtest=Y&lang=fr
32. INSEE. Immigrés et descendants d'immigrés − Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. 2022 [cité 4 janv 2025]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047719?sommaire=6047805
33. INSEE. Santé et recours aux soins − Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. 2022 [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805&utm_source=chatgpt.com
34. INSEE. Population immigrée et étrangère par sexe et âge | Insee [Internet]. 2024 [cité 4 janv 2025]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381759#tableau-figure1
35. Salomon M. Modalités et difficultés de communication rencontrées par les patients syriens non francophones en consultation de Médecine Générale en Seine-Maritime et dans l'Eure [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Université de Rouen; 2018 [cité 11 déc 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01801152
36. Alric S. Évaluation de la compréhension d'une consultation de médecine générale chez un patient non francophone [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Université Aix Marseille; 2019.

37. Joan Muela Ribera, SEtats Unisnna Hausmann-Muela, Koen Peeters Grietens, Elisabeth Toomer. Recours aux interprètes dans les consultations médicales [Internet]. 2008 [cité 11 janv 2025]. Disponible sur: https://www.appartenances.ch/images/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf
38. Randhawa G, Ferreyra M, Ahmed R, Ezzat O, Pottie K. Using machine translation in clinical practice. Can Fam Physician. avr 2013;59(4):382-3.
39. Dupuich O. Expériences de soins de patients migrants: vécu de leur première consultation chez un médecin généraliste en France [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2022 [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03719238/document
40. Bigot R, Dallet N, Rousseau R. Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire dans les Pays de la Loire [Internet] [Thèse d'exercice]. [Laxou]: S.F.S.P.; 2019 [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-5-page-663.htm
41. Piccoli V. La traduction automatique. In: L'interprétariat en santé [Internet]. Presses de Rhizome; 2023 [cité 5 oct 2024]. p. 241-54. Disponible sur: https://stm.cairn.info/l-interpretariat-en-sante--9782494145023-page-241
42. Vanbelle C. Traducmed. 2022 [cité 6 oct 2024]. Traducmed, outil d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants. Disponible sur: http://www.traducmed.fr/
43. Marti. https://marti-app.fr/. [cité 6 oct 2024]. Marti - Faciliter la prise en charge des patients aux urgences. Disponible sur: https://marti-app.fr/
44. HCL. Projet Marti : prise en charge multilingue aux urgences [Internet]. 2024 [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: https://www.chu-lyon.fr/projet-marti-prise-en-charge-multilingue-aux-urgences
45. APHP. Communication non-verbale patient/soignant (MediPicto) [Internet]. 2023 [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: https://www.aphp.fr/medipicto
46. Coactis Santé SC. SantéBD [Internet]. SantéBD. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: https://santebd.org/je-suis-un-professionnel
47. SPF. Livrets de santé bilingues [Internet]. 2022 [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/notices/livrets-de-sante-bilingues
48. Facile à lire et à comprendre (FALC) : une méthode utile [Internet]. [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/developpement-culturel/culture-et-handicap/Facile-a-lire-et-a-comprendre-FALC-une-methode-utile
49. Le dictionnaire. Le dictionnaire. [cité 5 oct 2024]. Définition reformulation. Disponible sur: https://www.le-dictionnaire.com/definition/reformulation
50. HAS. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 5 oct 2024]. FAIRE DIRE. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire
51. HAS. Brochure faire dire [Internet]. 2015 [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/brochure_fairedire_communiquer_avec_son_patient.pdf
52. Traverso V. Formulations, reformulations et traductions dans l'interaction : le cas de consultations médicales avec des migrants. Rev Fr Linguist Appliquée. 2017;XXII(2):147-64.
53. Service publique. Qu'est-ce que le contrat d'intégration républicaine (CIR) ? [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17048
54. OpenEpi - Toolkit Shell for Developing New Applications [Internet]. [cité 26 oct 2024]. Disponible sur: https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm
55. Hammoud HR. VHS. [cité 1 janv 2025]. L'analphabétisme dans le monde arabe. Disponible sur: https://www.dvv-international.de/fr/education-des-adultes-et-developpement/numeros/ead-662006/education-pour-tous-et-alphbetisation/lanalphabetisme-dans-le-monde-arabe
56. Dupety Hélène, Hurpez Eva, Barbaroux Adriaan. Implémentation du Dossier Médical Partagé dans l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants en médecine générale : représentations des principaux acteurs. déc 2021;3:60-84.

Annexes

Annexe 1

Questionnaire patient

Bonjour, je suis interne de médecine générale et dans le cadre de ma thèse, je travaille sur la prise en soin des patients non francophones en consultation de médecine générale en Occitanie. Avec ce questionnaire, j'aimerais évaluer l'impact de l'utilisation des outils de traduction lors de consultations. Ce questionnaire est anonyme, gratuit et prend moins de 5 minutes.

Genre
- Femme
- Homme
- Autre

Âge
- 18-25
- 26-45
- 46-65
- >65

Langue(s) maternelle(s)
-

Depuis combien de temps êtes-vous en France ?
-

Quel est votre niveau de français ?
- 0
- je comprends un peu
- je comprends mais je ne parle pas
- je comprends et je parle un peu
- je comprends et je peux parler

Avez-vous une carte vitale ?
- oui
- non

Consultez vous régulièrement un médecin généraliste ?
- Jamais
- Rarement
- Souvent

Lors de vos consultations médicales, avez-vous déjà rencontré des difficultés de communication en raison de la barrière linguistique ?
- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Avez-vous déjà utilisé un outil de traduction en consultation ?
- langue commune avec le médecin

- proche traduisant
- application de traduction
- interprète
- dictionnaire électronique
- autre

Avez-vous déjà renoncé à (re)consulter un médecin n'utilisant aucun outil de traduction?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Êtes vous déjà ressorti d'une consultation sans avoir compris le diagnostic ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Avez vous déjà pris incorrectement ou non pris un traitement prescrit car le médecin ne vous avait pas donné d'explication ou vous ne l'aviez pas comprise ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Pensez-vous que l'utilisation d'outils de traduction facilite la communication avec votre médecin ?

- -
- +/-
- +
- ++

Si vous aviez le choix, quel outil utiliseriez-vous en priorité?

-

Lorsque une traduction est possible pendant la consultation, vous sentez-vous plus en confiance pour poser des questions à votre médecin ?

- -
- +/-
- +
- ++

Pensez-vous que l'utilisation d'une forme de traduction améliore la qualité de la relation entre vous et votre médecin ?

- -
- +/-
- +
- ++

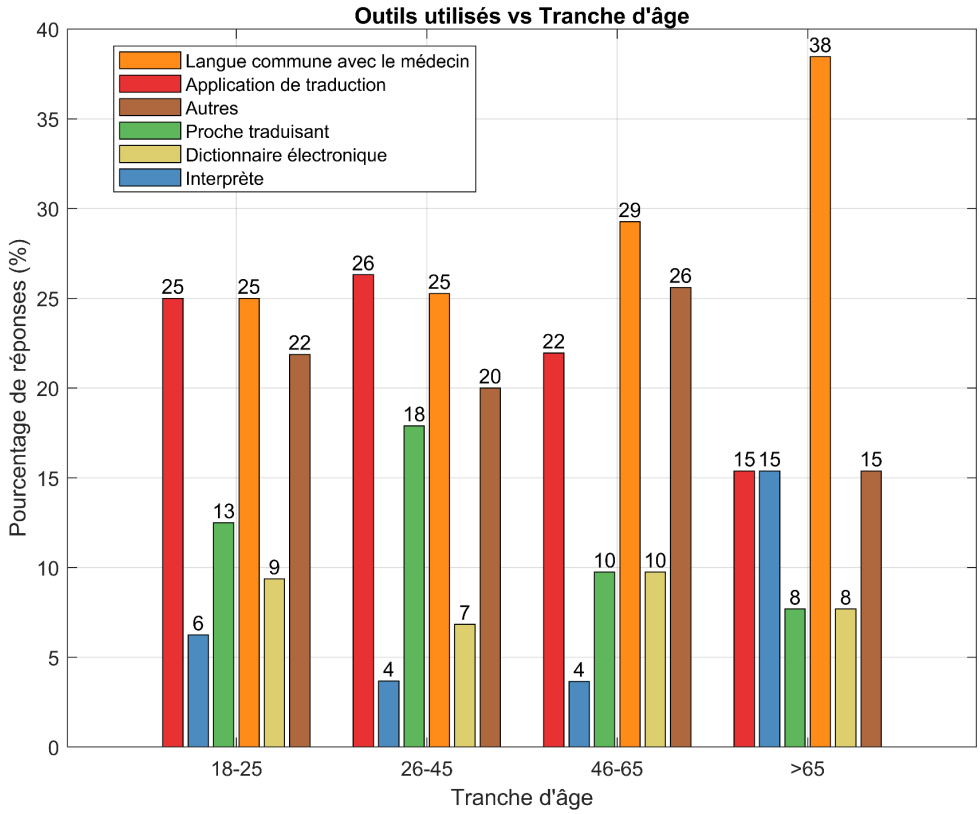
Annexe 2

Liste détaillée des langues maternelles représentées et leur nombre de locuteurs

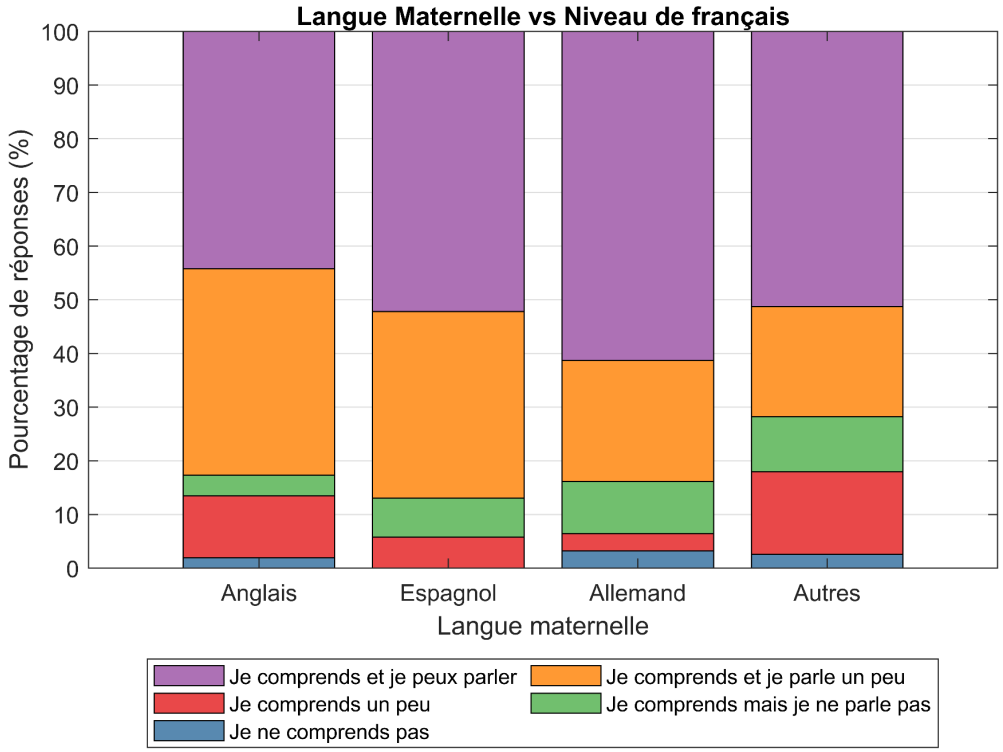
Langues	Nombre de locuteurs	Pourcentage
Allemand	30	15,15%
Allemand, Croate	1	0,51%
Anglais	48	24,24%
Anglais, Allemand	1	0,51%
Anglais, Irlandais	1	0,51%
Anglais, Polonais	1	0,51%
Anglais, Portugais	1	0,51%
Arabe	2	1,01%
Arabe libanais	1	0,51%
Arabe, Italien	1	0,51%
Bengali	1	0,51%
Catalan	1	0,51%
Chinois	1	0,51%
Croate	1	0,51%
Espagnol	69	34,85%
Filipino, Cebuano, Anglais	1	0,51%
Flamand	1	0,51%
Grecque	1	0,51%
Hindi	4	2.02%
Indonésien	1	0,51%
Italien	2	1,01%
Kabyle	1	0,51%
Kannada	1	0,51%
Malais	1	0,51%
Marathi	1	0,51%

Néerlandais	1	0,51%
Polonais	4	2,02%
Portugais	1	0,51%
Roumain	1	0,51%
Somali	1	0,51%
Suisse allemand	1	0,51%
Tagalog, Anglais	1	0,51%
Tamil	2	1,01%
Tchèque, Anglais	1	0,51
Telugu	2	1,01%
Telugu, Anglais	1	0,51%
Thailandais, Anglais	1	0,51%
Turc	2	1,01%
Turc, Anglais	2	1,01%
Ukrainien	1	0,51%
Ukrainien, Russe	1	0,51%
Vietnamien	1	0,51%

Annexe 3


Outils utilisés vs Tranche d'âge
Langue commune avec le médecin
Application de traduction
Autres
Proche traduisant
Dictionnaire électronique
Interprète
Pourcentage de réponses (%)
Tranche d'âge
18-25
26-45
46-65
>65
0
5
10
15
20
25
30
35
40
25
6
13
25
9
22
26
4
18
25
7
20
22
4
10
29
10
26
15
15
8
38
8
15

Annexe 4


Langue Maternelle vs Niveau de français
Pourcentage de réponses (%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Anglais
Espagnol
Allemand
Autres
Langue maternelle
Je comprends et je peux parler
Je comprends et je parle un peu
Je comprends un peu
Je comprends mais je ne parle pas
Je ne comprends pas

Annexe 5

Liste des outils de traduction disponibles

Outils génériques

- Google traduction
- Deepl
- ChatGPT
- Gemini
- Copilote
- SayHi
- Dictionnaires électroniques

Outils médicaux

- Traducmed http://www.traducmed.fr/
- Marti https://marti-app.fr/
- Medipicto https://www.aphp.fr/medipicto
- BDSanté https://santebd.org/je-suis-un-professionnel
- Interprétariat professionnel
    - Cofrimi https://www.cofrimi.com/interpretariat
- E.Care https://www.chu-toulouse.fr/-dispositif-e-care-

AUTEUR : AMIEVA-GORI Victoria

TITRE : Impact des outils de traduction sur la prise en charge des patients allophones en médecine générale en Occitanie

DIRECTEURS DE THÉSE : Dr Jean DOUBOVETZKY, Dr Thierry DUNAND

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine de Toulouse, le 08 avril 2025

Introduction : La barrière linguistique avec les patients non francophones constitue un défi majeur en médecine générale. Une communication efficace est essentielle pour assurer des soins appropriés. Cette étude vise à évaluer l'impact des outils de traduction sur la prise en charge des patients allophones en Occitanie.

Méthodologie : Une étude observationnelle quantitative par questionnaire patient multilingue a été menée.

Résultats : Au total, 198 participants de 35 langues maternelles différentes ont été inclus. L'étude montre que 86 % des patients allophones ont rencontré des difficultés de communication pendant les consultations. L'absence de traduction a entraîné un renoncement à consulter pour 44 % des patients, une incompréhension du diagnostic pour 59 %, et une mauvaise observance du traitement pour 34 %. Les applications de traduction sont préférées aux interprètes. La traduction est jugée utile par 68 % des patients pour améliorer la communication et la relation patient-médecin et par 70% pour renforcer la confiance.

Conclusion : Les résultats suggèrent que l'usage d'outils de traduction améliore la communication et la prise en charge des patients allophones en médecine générale. Une meilleure intégration de ces outils, ainsi qu'une sensibilisation des professionnels de santé à leur utilisation, pourraient réduire les inégalités d'accès aux soins et renforcer l'alliance thérapeutique.

Impact of Translation Tools on the Care of Non-French-Speaking Patients in General Practice in Occitania

Introduction: Language barriers with non-French-speaking patients represents a major challenge in general practice. Effective communication is essential to ensure adequate medical care. This study aims to assess the impact of translation tools on the care of non-French speaking patients in Occitania.

Methodology: A quantitative observational study was conducted with a multilingual survey.

Results: A total of 198 participants with 35 different native languages were included. The study shows that 86% of non-French-speaking patients encountered communication difficulties during consultations. The absence of translation led 44% of patients to forgo medical consultation, 59% to not understanding their diagnosis, and 34% to poor treatment adherence. Translation applications are preferred to interpreters. Translation was considered beneficial by 68% of patients to improve communication and the patient-doctor relationship, and by 70% for enhanced trust.

Conclusion: The results suggest that the use of translation tools enhances communication and the care of non-French-speaking patients in general practice. Better integration of these tools, along with raising awareness about their use among healthcare professionals, could reduce disparities in access to healthcare and strengthen the therapeutic alliance.

Mots-Clés : Barrière linguistique, Traduction, Patients allophones, Interprétariat, Médecine générale, Soins primaires, Language barriers, Translation, Non-French-speaking patients, Interpreters, General practice, Primary care

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France