

## ABRÉVIATIONS

- ARS : Agence Régionale de Santé
- APTIRA : Association Promotion et Intégration Région Angers
- ASAMLA : Association Santé Migrant Loire-Atlantique
- AME : Aide Médicale d'Etat
- CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
- CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation
- CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
- CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence de Soins
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CMU : Couverture Médicale Universelle
- MdM : Médecins du Monde
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PRS : Projet Régional de Santé
- SFMG : Société Française des Médecins Généralistes
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
La relation médecin-patient, cœur du soin	9
La précarité en Pays de la Loire	10
Les migrations	12
En France	12
Dans les Pays de la Loire	12
État de santé des migrants et accès aux soins	13
Pourquoi la barrière linguistique est un problème fondamental ? Et comment la contourner ?	14
L'interprétariat en France, situation actuelle	16
Objectif de l'étude	18
MÉTHODE	19
Type d'étude	19
Population étudiée et recrutement	19
Évaluation	20
Intervention	20
Méthodes statistiques	21
Répartition du travail entre les internes	21
RÉSULTATS	22
Description de la population des médecins	22
Réponses aux fiches d'adhésion	25
Description de la population des patients	26
Évaluation de l'interprétariat	28
DISCUSSION	33
Résultats principaux et comparaison avec la littérature	33
Forces et faiblesses de l'étude	38
Forces	38
Faiblesses	39
Perspectives issues de l'étude	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	47
Annexe 1 – Questions du formulaire d'adhésion	47
Annexe 2 – Guide d'utilisation du procédé d'interprétariat, réalisé par l'URML en partenariat avec l'ARS	48
Annexe 3 – Questionnaire	51

## INTRODUCTION

La prise en charge médicale des patients allophones<sup>1</sup>, est source d'interrogations (2), à la fois pour lutter contre la barrière de la langue et améliorer l'efficacité des soins.

### *La relation médecin-patient, cœur du soin*

La relation médecin – patient est à la base de toute consultation. Elle ne peut être de qualité que si la compréhension mutuelle est assurée.

Avec le temps, influencée par les exigences sociétales et recherchant une meilleure qualité de soins, la médecine paternaliste (décrite par PATERSON dans les années 1950) laisse place à un modèle relationnel horizontal, et non vertical, avec le concept de décision partagée (3). Ces évolutions sont inscrites dans la loi du 4 mars 2002 qui définit l'approche centrée sur le patient (4).

Le patient dans ses dimensions bio-psycho-sociales est placé au centre du soin. La caractéristique de la maladie est d'être «un point d'intersection douloureux entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, croisement entre nature et culture, où la manifestation biologique, en s'inscrivant dans un corps "vécu", et donc sujet d'histoire, devient elle-même historicisée et historicisable » (5). La barrière de la langue rend, par définition, la communication avec le patient plus difficile. Ceci est d'autant plus vrai en consultation de médecine générale car le médecin généraliste est un des premiers contacts dans la prise en charge médicale des patients.

L'anamnèse représente l'obstacle linguistique le plus important dans une consultation médicale alors qu'elle inaugure généralement celle-ci. La capacité du médecin à faire une évaluation et une synthèse médicale de qualité est donc compromise (6).

<sup>1</sup> *Allophone* : personne qui, dans un territoire donné, a une langue maternelle distincte de celle du pays où laquelle elle se trouve (1).

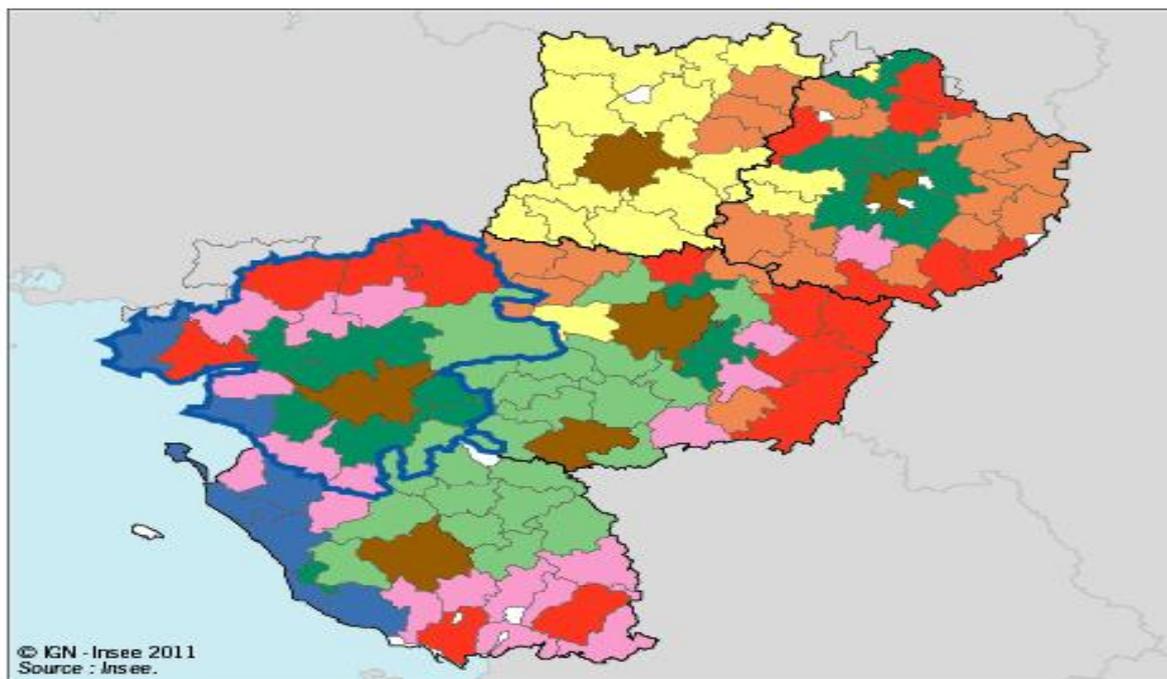
## ***La précarité en Pays de la Loire***

La précarité est une notion complexe et multifactorielle qui est définie, par le Conseil Economique et Social dans le Journal Officiel en 1987 comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible (7). »

Différentes ressources deviennent, lorsqu'elles manquent, des facteurs de précarité : emploi, revenu, logement, relation avec les amis ou la famille, couverture maladie, régularité du séjour en France pour les étrangers<sup>2</sup>. Selon l'enquête du CREDES réalisée en 2000, les étrangers cumulent un plus grand nombre de facteurs de précarité (9).

En Pays de la Loire, les territoires les plus confrontés à la précarité sont plutôt répartis dans le sud de la Vendée, le nord de la Loire-Atlantique ou l'est du Maine-et-Loire tandis que les grandes agglomérations (Nantes, Angers, Le Mans, Laval) sont composées de populations au niveau socio-économique très hétérogène. La côte Atlantique accueille des populations plus aisées (cf. Figure 1).

<sup>2</sup> *Étranger* : personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit elle n'en a aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment) (8).



Typologie des EPCI :

- |   |   |
|---|---|
| <span style="color: red;">■</span> Territoires les plus confrontés à la précarité                                   | <span style="color: green;">■</span> Territoires à faible précarité et à la population homogène |
| <span style="color: orange;">■</span> Territoires au marché du travail fragile pour les jeunes                      | <span style="color: yellow;">■</span> Territoires assez préservés et équilibrés                 |
| <span style="color: pink;">■</span> Territoires ruraux offrant des emplois relativement peu nombreux et diversifiés | <span style="color: brown;">■</span> Agglomérations aux populations très hétérogènes            |
| <span style="color: darkgreen;">■</span> Territoires accueillant des familles aisées et à faibles inégalités        | <span style="color: blue;">■</span> Territoires aisés, assez âgés et à fortes inégalités        |

Lecture : les communes en blanc ne font pas partie d'un EPCI.

*Figure 1 : Cartographie de la précarité au sein des Etablissements publics de Coopération Intercommunale (EPCI) ou regroupements de communes*

En 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi la Commission des déterminants sociaux de la santé, qui sont les « principales causes d'inégalités en santé. [...] Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (10). La santé est le résultat d'une interaction entre les conditions de vie et de travail d'une personne, et ses caractéristiques individuelles. Ainsi, des inégalités en matière de santé s'établissent entre les individus selon un gradient social<sup>3</sup> continu (11).

<sup>3</sup> Gradient social de santé : concept traduisant le fait que les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres, mais que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité ou de morbidité plus élevé que celui de la classe immédiatement supérieure.

## ***Les migrations<sup>4</sup>***

### **En France**

En 2014, 66,1 millions de personnes vivent en France, dont 6 millions d'immigrés<sup>5</sup> (9% de la population totale, incluant les Français « par acquisition ») et 4,2 millions d'étrangers (6,3%). 49,6% des immigrés sont des femmes et 26,4% ont moins de 25 ans. Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, les ressortissants de pays-tiers (hors union européenne, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse) sont 4.1 millions (68% des immigrés en France).

De 2006 à 2014, le nombre d'immigrés a augmenté avec un solde migratoire (différence entrées/sorties du territoire comprenant immigrés nés à l'étranger, français nés à l'étranger, personnes nées en France) de + 546 000 personnes (14).

Les migrations ne sont pas seulement économiques mais aussi politiques (réfugiés<sup>6</sup>), religieuses, environnementales, ... En 2017 en France, la demande d'asile<sup>7</sup> globale (et protection subsidiaire) s'est établie à 100 412, soit une hausse de 17% par rapport à 2016 (18).

### **Dans les Pays de la Loire**

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2013, 124 669 immigrés habitent dans les Pays de la Loire. Ils représentent entre 6 % et 8 % des villes de Nantes, Saint-Herblain, Angers, Cholet, Le Mans et Laval et 3,4 % de la population régionale. Ce pourcentage est le troisième moins important de France.

<sup>4</sup> *Migrant* : Toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays (12).

<sup>5</sup> *Immigré* : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restants étrangers. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré (13).

<sup>6</sup> *Réfugié* : « le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner » (15).

Un réfugié ou un bénéficiaire de la protection subsidiaire est un étranger qui a obtenu une réponse favorable à sa demande d'asile et qui de ce fait est autorisé à séjourner en France (16).

<sup>7</sup> *Demandeur d'asile* : Au titre de la convention de Genève de 1951, un demandeur d'asile est un étranger inscrit dans une procédure visant à obtenir la reconnaissance du statut de réfugié ou de protection subsidiaire (17).

Les femmes représentent 51,2% des immigrés. Les ressortissants des pays-tiers sont 89 637 (72% des immigrés de la région) (19).

Entre 2006 et 2011, le nombre d'immigrés dans les Pays de la Loire a augmenté de 4,5 % en moyenne chaque année, plaçant la région au 3<sup>ème</sup> rang en termes d'évolution de la population immigrée (16).

Les Pays de la Loire font partie des trois régions accueillant la part la plus élevée d'immigrés arrivés récemment en France : deux immigrés sur dix de la région (18 %) sont arrivés depuis moins de cinq ans.

Il y a pour l'instant une population relativement faible d'immigrés en Pays de la Loire mais en progression constante et rapide depuis quelques années.

### ***État de santé des migrants et accès aux soins***

La permanence d'accès aux soins et de santé (PASS) permet une prise en charge médicale et sociale des patients migrants tant qu'ils n'ont pas accès au droit commun (20). Une fois l'ouverture des droits réalisée, ils peuvent consulter en médecine générale ambulatoire (21). Les patients migrants allophones rencontrent de grandes difficultés face au refus de soin, du fait de la barrière de la langue, des problèmes parfois complexes, de la méconnaissance du réseau de soin, des retards de paiement, du temps de consultation allongé et de la différence culturelle (22). Selon un *testing* de Médecins du monde de 2006 auprès de 725 médecins généralistes dans dix villes de France, le refus de soin illicite envers les bénéficiaires de l'AME et de la CMU (population en situation de précarité, et en situation irrégulière pour les bénéficiaires de l'AME) est respectivement de 37% et 10% (23).

Une revue de la littérature de 2012 met en évidence un meilleur état de santé des immigrés avec une espérance de vie supérieure à la population native avant les années 2000 (24). C'est l'hypothèse du *Healthy Migrant Effect*. Les personnes en meilleure santé sont plus « aptes à migrer » et les opportunités de travail dans le pays d'accueil sont plus élevées pour les travailleurs migrants en bonne santé. Ceci est conforme aux publications internationales.

Les études françaises plus récentes, à partir des années 2000, suggèrent un moins bon état de santé de la population immigrée, en termes de santé perçue et de limitation d'activité. Après ajustement des caractéristiques démographiques et des conditions socio-économiques, les résultats montrent que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français. Les conditions socio-économiques des immigrés mais aussi

l'acculturation<sup>8</sup> au contact du pays d'accueil semblent être à l'origine d'une détérioration de l'état de santé. Cette détérioration est expliquée notamment par l'adoption de comportements plus délétères que ceux initialement adoptés dans le pays d'origine (26,27).

On peut aussi mettre en lien cette détérioration avec le psycho traumatisme que crée le parcours migratoire, la complexité du parcours d'insertion avec l'incertitude permanente sur leur devenir (28).

La diversité de l'état de santé des immigrants selon le pays d'origine peut être le résultat d'un effet à long terme des caractéristiques économiques du pays d'origine. Les migrations politiques (demandes d'asile, réfugiés...) deviennent de plus en plus fréquentes et les pays d'origine principaux ont des conditions socio-économiques très défavorables : Albanie, Afghanistan, Haïti, Soudan, Guinée, Syrie... (18). Les personnes en provenance des pays les plus pauvres seraient en plus mauvais état de santé que les personnes originaires des pays les plus riches (29).

En France en 2016, parmi les personnes reçues la première fois dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation<sup>9</sup>, plus de 84% ne disposent d'aucune couverture maladie alors que la grande majorité pourrait théoriquement en bénéficier, 47 % présentent un retard de recours aux soins, 38 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente et 45,5 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse (30).

La moindre connaissance du système et des filières de soins ou la moindre maîtrise de la langue représentent des obstacles à l'accès aux soins et contribuent à la détérioration de l'état de santé des immigrants.

### ***Pourquoi la barrière linguistique est un problème fondamental ? Et comment la contourner ?***

« La jouissance des droits (...) doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation » selon la convention européenne des droits de l'Homme (31).

<sup>8</sup> Acculturation : Processus par lequel un individu apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit (25).

<sup>9</sup> Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) : centres gérés par l'association « Médecins du monde » et qui ont pour objectif de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité et d'exclusion, ainsi que de témoigner des difficultés d'accès aux soins qu'elles rencontrent.

Les barrières linguistiques, culturelles ou religieuses, le degré d'éducation ou d'autres facteurs sociaux, sont des freins à l'acquisition de compétences en matière de santé par le patient allophone. Ces compétences sont définies d'après l'OMS comme des « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, à comprendre et à utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé » (32).

Sarah BOWEN résume les données existantes : « Il a été démontré que les barrières linguistiques ont des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, sur la qualité des soins, sur le droit des patients, sur le degré de satisfaction des patients et des intervenants et, surtout, sur les résultats des traitements donnés aux patients » (33).

Les patients avec des connaissances limitées de la langue du pays d'accueil montrent un niveau inférieur de compréhension du diagnostic, du pronostic, de la thérapie et des soins reçus par rapport à la population autochtone (34). Ils suivent moins les recommandations thérapeutiques et consultent moins souvent pour leur suivi (34,35). Ils bénéficient de moins de consultations de suivi après la sortie de l'hôpital (36).

La relation soignant-soigné reflète souvent le modèle culturel de la relation d'autorité. Le soignant se comporte à l'égard du soigné de la façon que prévoit sa culture à cet égard. De l'autre côté, le soigné attend du soignant une attitude particulière répondant à ses critères socioculturels. Dans une étude américaine évaluant les opinions des patients sur le système de soins, les personnes d'origine afro-américaine, asiatique ou hispanique, ressentaient qu'ils bénéficieraient d'une meilleure qualité de soins s'ils étaient blancs. Ils se sentaient plus ou moins jugés négativement en fonction de leur origine ethnique ou de leur aptitude à s'exprimer en anglais (37).

L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS (1983) comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ».

C'est une priorité dans la médecine actuelle, qui semble très difficilement accessible par les patients migrants et allophones.

La Convention des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1966 stipule que « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». La Convention précise également les étapes à suivre pour un total accomplissement de ce droit : « la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie » (38).

L'interprétariat est un premier recours à la barrière de la langue. Il est classiquement de deux natures différentes : informel (famille, ami, membre de l'institution soignante, professionnel de santé non qualifié en interprétariat), ou professionnel.

Le travail avec des interprètes non professionnels n'est pas optimale dans la relation de soins pour des raisons de confidentialité, de compétences linguistiques ou de connaissances médicales insuffisantes (33,39).

L'intérêt de l'interprétariat professionnel lors de consultations médicales a été démontré, à la fois sur des critères éthiques (recueil d'un consentement éclairé), qualitatifs (pathologies chroniques, psychiatrie, prévention) et économiques (40).

Parmi les erreurs de traduction, la littérature montre que celles entraînant un risque de conséquences cliniques sont significativement plus fréquentes en présence d'interprètes non professionnels que d'interprètes professionnels (77% versus 53%) (41).

L'interprétariat médical et social garantit aux personnes allophones les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins (42). D'après Ilario ROSSI, professeur en anthropologie à Lausanne, les interprètes professionnels favorisent la construction d'un dialogue et d'une réalité entre deux acteurs qui ne communiquent pas au travers d'un langage commun (43).

L'interprétariat est donc une solution pour communiquer avec le patient allophone, avant un éventuel apprentissage, par le patient, de la langue du pays hôte.

### ***L'interprétariat en France, situation actuelle***

Contrairement au cadre législatif européen (31), aux « Civil Rights Act » aux Etats-Unis (40) ou en Suède (44) par exemple, l'interprétariat est absent du cadre légal français.

C'est en Alsace qu'ont eu lieu les études pilotes de mise à disposition d'interprètes professionnels en médecine libérale, sous l'initiative de l'URMLA (Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace) et du PRS (Projet Régional de Santé d'Alsace), en partenariat avec l'association Migration Santé Alsace. En 2010, une première étude (45), quantitative, mesurait le bénéfice apporté aux médecins et aux patients suite au recours à un interprète professionnel présent. Une autre étude (46), qualitative, s'est intéressée à l'impact des interprètes présents sur la pratique des médecins généralistes. Ces études ont démontré que l'interprétariat apportait une aide aux patients pour expliquer leur demande, pour mieux communiquer. Ceux-ci se sentaient plus reconnus. Une

majorité des médecins et patients souhaitait un interprète professionnel pour la prochaine consultation.

En Pays de la Loire, un groupe de réflexion a été initié par Médecins du Monde (MdM) Pays de la Loire fin 2014, sur la problématique d'accès aux soins de premiers recours pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Dans un premier temps, MdM s'est rapproché de médecins concernés par l'accueil de patients allophones. Le groupe de réflexion s'est enrichi de la présence de la PASS, de l'ASAMLA, de l'APTIRA et du SAMU social. Après un rapprochement de l'URML des Pays de la Loire, une commission « Précarité » a été créée.

Cette commission travaille sur la formation d'un réseau « Précarité », la réalisation d'un guide d'accompagnement des personnes en situation de précarité (annuaire), formation médicale initiale et continue, la médiation en santé et sur l'interprétariat professionnel (47).

Pour deux axes (guide d'accompagnement et interprétariat), un projet a été déposé à l'ARS et après validation, a été financé pour une expérimentation jusqu'à décembre 2019.

Les interprètes de l'ASAMLA, l'APTIRA et ISM Interprétariat, acteurs de cette expérimentation, signent une charte (42) qui régit notamment la déontologie du métier d'interprète médico-social.

On repère dans cette charte plusieurs grands principes : la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité, le respect de l'autonomie des personnes.

Au sein des Hôpitaux publics comme à Angers ou Nantes, des conventions existent avec les associations locales (APTIRA et ASAMLA) pour permettre un service d'interprétariat présentiel (interprétariat physique) pour les patients consultants ou hospitalisés. Il existe aussi des partenariats entre les hôpitaux (pour les CHU de Nantes et de Angers par exemple) et des structures nationales telles qu'ISM Interprétariat qui proposent des services d'interprétariat téléphonique sans rendez-vous.

En Octobre 2017, la Haute Autorité de Santé a publié un référentiel de bonnes pratiques sur l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé, insistant sur la nécessité d'une sensibilisation envers tous les professionnels du secteur, d'une reconnaissance et d'un financement adapté des dispositifs (48).

L'interprétariat est implanté au sein des structures hospitalières mais très peu utilisé en médecine ambulatoire.

## ***Objectif de l'étude***

Les expériences d'interprétariat professionnel en libéral étant peu nombreuses en France, très peu de publications s'intéressent à l'interprétariat médical en ambulatoire. La majorité des publications internationales proviennent des États-Unis avec souvent la comparaison entre la population hispanophone et la population anglophone (49,50). En Europe, nous pouvons retrouver quelques études suisses ou belges (39).

Afin d'évaluer ce dispositif, l'objectif de cette thèse était d'évaluer le niveau de satisfaction des médecins généralistes utilisant l'interprétariat téléphonique ou physique en consultation ambulatoire.

## MÉTHODE

### *Type d'étude*

Nous avons mené une méthode quantitative, observationnelle, prospective dans la région des Pays de la Loire. L'expérimentation a débuté le 1<sup>er</sup> juillet 2017 en Loire-Atlantique, le 1<sup>er</sup> Octobre 2017 dans l'agglomération angevine, le 1<sup>er</sup> décembre 2017 en Mayenne et Vendée et le 1<sup>er</sup> Janvier 2018 dans le reste de la région. Notre étude s'est arrêtée le 28 février 2018.

### *Population étudiée et recrutement*

Tous les médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans la région ont été invités à participer à l'expérimentation. Un mail leur a été envoyé puis un courrier postal par l'URML.

Une formation présentielle sur l'interprétariat professionnel a été proposée avant le début de l'étude, à Nantes les 14 et 22 juin 2017, à Angers le 11 octobre 2017 et à Cholet le 11 janvier 2018. La formation contenait une présentation de l'URML, de la « Commission Précarité » et des associations d'interprètes, des mises en situations d'interprétariat téléphonique et physique, et un sondage pour estimer les besoins en interprétariat des médecins généralistes présents. Les médecins participants à l'étude étaient invités à signer une charte d'adhésion. Sur chaque bulletin d'adhésion était associé un questionnaire « pré-test » (cf. Annexe 1) permettant d'estimer les besoins présumés en interprétariat, leurs habitudes actuelles et le mode d'interprétariat qu'ils privilégieraient.

Les médecins n'ayant pas pu assister à une des formations pouvaient adhérer à l'expérimentation à tout moment de l'étude. Cette adhésion permettait d'avoir les codes d'accès pour contacter la plateforme ISM Interprétariat et APTIRA ou ASAMLA. L'interprétariat téléphonique et physique étaient présentés dans un guide d'utilisation (cf. Annexe 2). L'interprétariat téléphonique était disponible pour tous les médecins de la région. L'interprétariat physique n'était accessible que dans les agglomérations de Nantes et d'Angers.

Les membres de la « Commission Précarité » ont pu expérimenter ce processus dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, quelle que soit la date d'entrée de leur département dans l'étude.

L'URML a fourni l'âge et l'adresse professionnelle des médecins adhérents afin de pouvoir décrire notre population-cible.

Le recrutement des patients non francophones a été réalisé par les médecins généralistes, sans critère d'exclusion.

Les interprètes présentiels et téléphoniques contactés ont signé une charte professionnelle les engageant à respecter le code déontologique de l'interprétariat médical et social (42).

Cette étude était co-financée par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et l'URML Pays de la Loire. Une tarification préférentielle était appliquée pour cette expérimentation : pour ISM à hauteur de 20€ le premier quart d'heure, puis 6,5€ l'unité de 5 minutes (toute unité débutée étant due) ; pour ASAMLA 42€ par heure et pour APTIRA 37€ la première heure puis facturation par quart d'heure (l'indemnisation du temps de déplacement des interprètes et du temps d'attente sur place était à ajouter au temps de consultation).

## ***Évaluation***

Le critère de jugement principal était la satisfaction des médecins concernant l'utilisation de l'interprétariat professionnel en consultation de médecine générale, évaluée via une échelle de satisfaction dédiée.

Les critères secondaires étaient le nombre de consultations réalisées avec interprète téléphonique ou physique, le renforcement du lien de confiance avec le patient ressenti par le médecin, la fidélité de la traduction des interprètes professionnels, les freins à l'utilisation de l'interprétariat, et les difficultés rencontrées lors de l'utilisation.

## ***Intervention***

Le recueil des données a été réalisé grâce à un questionnaire informatique (Google Forms®) fourni aux médecins après leur adhésion (cf. Annexe 3). Les médecins généralistes devaient remplir ce questionnaire après chaque consultation avec interprète téléphonique ou physique. Nous avons réalisé une phase pré-test afin de nous assurer de la fonctionnalité du questionnaire en ligne et exclu les 8 premiers questionnaires incomplets.

Chaque mois, les associations d'interprètes nous fournissaient un compte-rendu des demandes d'interprétariat, avec pour chacune : le nom du médecin généraliste, la date, l'heure, la durée et la langue utilisée. Ces informations nous permettaient de relancer par téléphone ou par mail les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire.

Nous avons regroupé les réponses dans un tableur Microsoft Excel® afin de procéder à l'analyse des données. Après l'obtention des résultats, des nouvelles catégories de réponses ont été créées pour regrouper les réponses libres (questions 2 ; 5 ; 9 ; 12 ; 14 ; 15 ; 17). Ces modifications étaient prévues avant de débiter l'étude.

L'interprétariat ne pouvait pas être utilisé dans le cadre de notre étude durant la permanence de soins (gardes de CAPS, SAMU centre 15...).

### ***Méthodes statistiques***

Les différents items du questionnaire, ainsi que les différentes caractéristiques des médecins, ont été décrites par les effectifs et fréquences de chaque modalité.

Les questions concernant une situation où aucun interprète n'était disponible et qui relevaient de l'évaluation de l'interprète (questions 6 à 10, 12 et 15) ont été exclues de l'analyse.

Pour la comparaison des valeurs quantitatives, nous avons utilisé le test de Student lorsque l'effectif était supérieur à 30 et le test de Wilcoxon lorsque l'effectif était inférieur à 30. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi<sup>2</sup> ou le test de Fischer lorsque les effectifs étaient trop faibles. Nous avons utilisé le logiciel BiostaTGV®.

### ***Répartition du travail entre les internes***

Le questionnaire a été réalisé conjointement par les chercheurs, leurs directeurs de thèse et des représentants de l'URML. Sa mise en ligne a été faite par un des chercheurs. Le travail bibliographique était commun, tout comme la communication avec l'URML ou les utilisateurs.

Chaque mois, à tour de rôle, nous contactons les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire.

# RÉSULTATS

## Description de la population des médecins

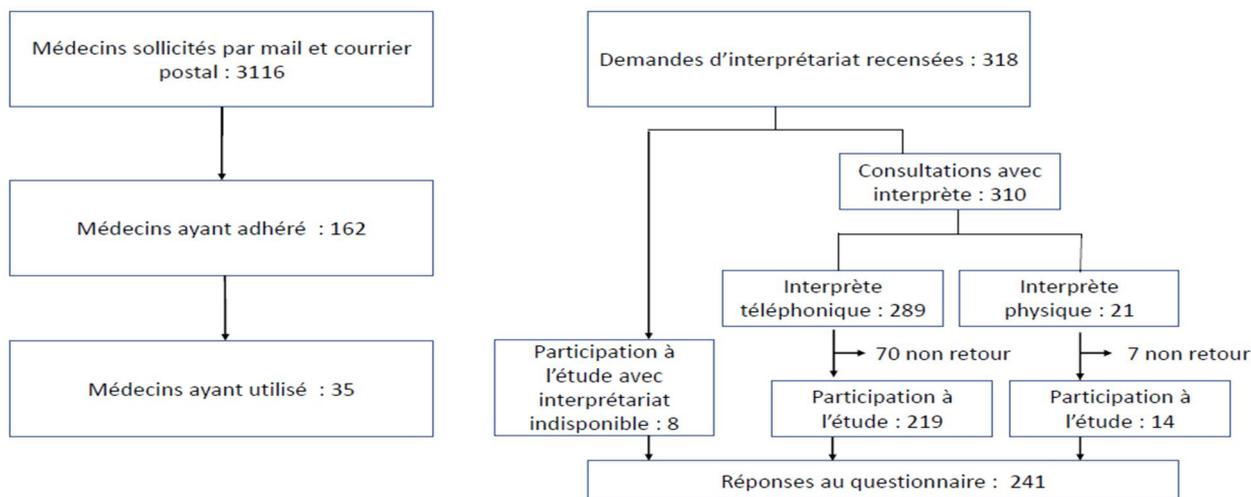


Figure 2 : Diagramme de flux

Pour cette expérimentation, 3116 médecins ont été sollicités, 162 ont adhéré dont 35 ont utilisé le dispositif d'interprétariat. Il y a eu 318 demandes d'interprétariat recensées avec un taux de réponse au questionnaire de 76% (241).

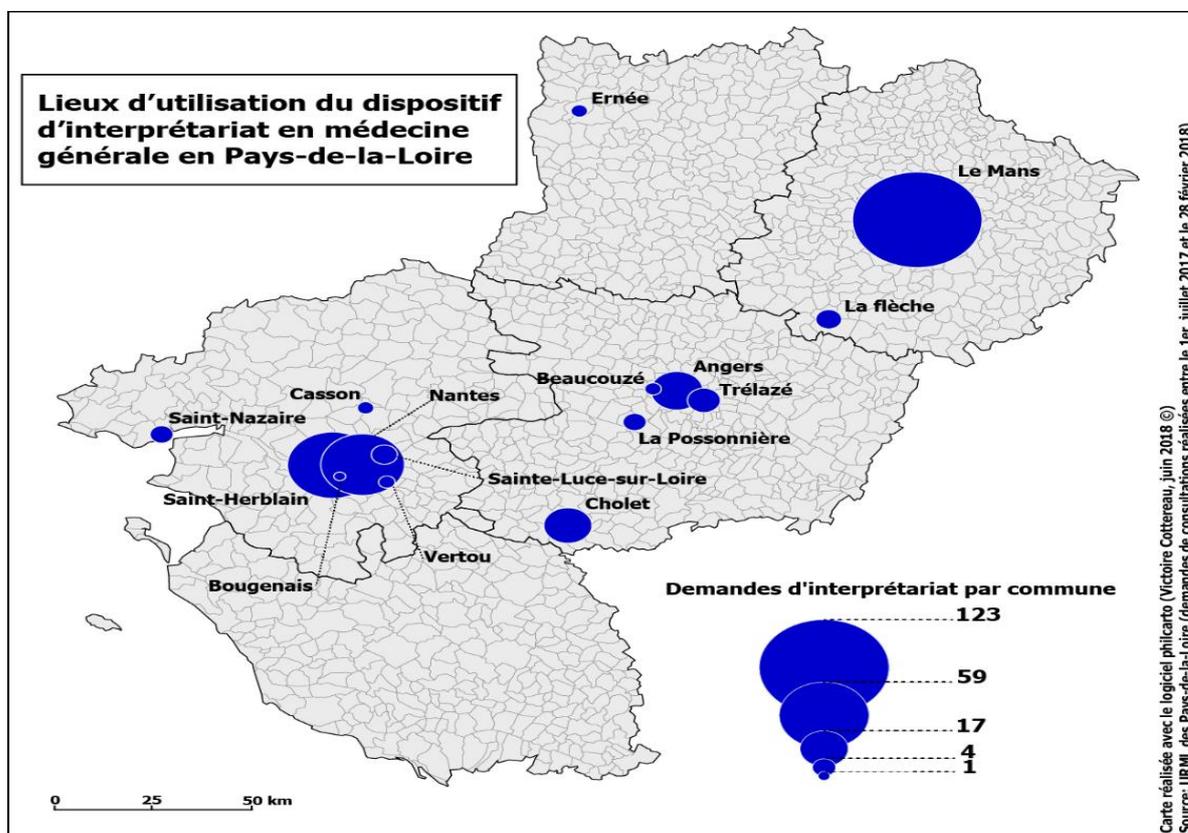


Figure 3 : Lieux d'utilisation du dispositif d'interprétariat en médecine générale en Pays de la Loire

Tableau 1 : Population médicale

	Médecins généralistes libéraux en Pays de la Loire (n = 3694) <sup>1</sup>	Médecins ayant adhéré (n = 162)	Médecins utilisateurs (n = 35)
<u>Département :</u>			
- Loire-Atlantique	1589 (43,0%)	81 (50,0%)	23 (65,7%)
- Maine-et-Loire	904 (24,5%)	55 (33,9%)	9 (25,7%)
- Mayenne	226 (6,1%)	3 (1,8%)	1 (2,9%)
- Sarthe	434 (11,8%)	16 (9,9%)	2 (5,7%)
- Vendée	541 (14,6%)	7 (4,4%)	0 (0,0%)
<u>Sexe des médecins :</u>			
- Homme	2101 (56,9%)	72 (44,4%)	14 (40,0%)
- Femme	1593 (43,1%)	90 (55,6%)	21 (60,0%)
<u>Age des médecins :</u>			
- < 40 ans	940 (25,4%)	51 (31,5%)	16 (45,7%)
- Entre 40 et 49 ans	687 (18,6%)	46 (28,4%)	8 (22,9%)
- Entre 50 et 59 ans	1082 (29,2%)	40 (24,7%)	9 (25,7%)
- > 60 ans	985 (26,8%)	25 (15,4%)	2 (5,7%)

<sup>1</sup> Source : ORS Pays de la Loire, « Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire 2018 ».

En Loire-Atlantique, les médecins ont plus utilisé le dispositif que dans le reste de la région (p=0,01). En Vendée, les médecins n'ont pas utilisé le dispositif.

La proportion des médecins généralistes de moins de 40 ans était plus importante dans le groupe utilisateur qu'en Pays de la Loire (p=0,01).

Il n'y a pas eu de différence significative dans la répartition des sexes entre le groupe utilisateur et la population générale de la région (p=0,06).

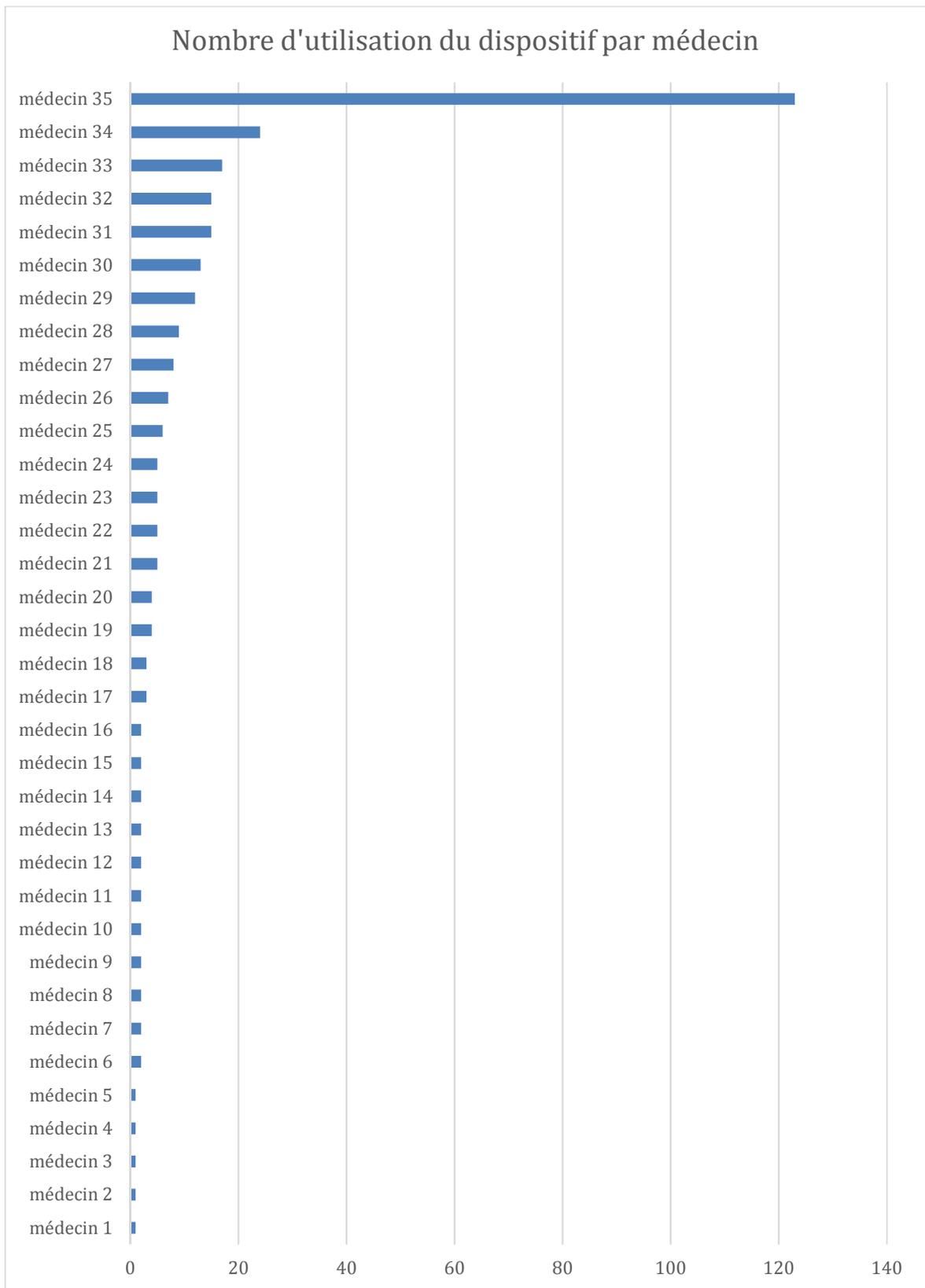


Figure 4 : Répartition de l'utilisation du dispositif par médecin (n = 35)

Le questionnaire a été rempli par 35 médecins. Parmi les 241 questionnaires remplis, 144 (59,7%) ont été remplis par des médecins membres de la commission précarité de l'URML dont 100 (41,5%) ont été remplis par le même médecin.

Dans les agglomérations de Nantes et d'Angers (où l'interprétariat physique et téléphonique étaient disponibles), l'interprétariat téléphonique a été utilisé 127 fois (85,8%) et l'interprétariat physique 21 fois (14,2%).

## Réponses aux fiches d'adhésion

Tableau 2 : Réponses au questionnaire « pré-test » (n fiche = 159)

	Réponses des médecins n'ayant pas utilisé le dispositif (n=127)	Réponses des médecins ayant utilisé le dispositif (n=32)
<u>Recevez- vous des patients non francophones ?</u>		
- Oui	123 (96,8%)	32 (100%)
- Non	4 (3,2%)	0
<u>Si oui, à quelle fréquence ?</u>		
- < 1 par mois	46 (36,2%)	2 (6,2%)
- 2 à 3 par mois	43 (34,1%)	9 (28,1%)
- < 1 par semaine	7 (5,6%)	7 (21,9%)
- 2 à 3 par semaine	16 (12,7%)	7 (21,9%)
- > 3 par semaine	14 (11,4%)	7 (21,9%)
<u>Si oui, quels moyens utilisez-vous ? (Réponses multiples)</u>		
- Logiciel de traduction type google-traduction	63 (49,6%)	23 (71,9%)
- Un proche du patient	110 (86,6%)	32 (100%)
- Un interprète professionnel	5 (3,4%)	6 (18,7%)
- Autres <sup>1</sup>	6 (4,7%)	3 (9,4%)
<u>Selon vous, quel type d'interprétariat vous paraît le plus adapté à votre patientèle et à votre exercice ?</u>		
- Interprétariat téléphonique	28 (44,4%)	11 (45,8%)
- Interprétariat physique	18 (28,6%)	4 (16,7%)
- Les deux	17 (27,0%)	9 (37,5%)
- Pas de réponse	64	8

<sup>1</sup> Bénévole d'association entre aides, membre d'une association locale, secrétaire du Cabinet, interprète du CADA, interprète de l'assurance du patient.

La question sur les moyens utilisés étant à choix multiple, la somme des réponses est > 159 et nous avons décidé de calculer les pourcentages par rapport au nombre de fiches d'adhésion.

Pour le choix du type d'interprétariat, la question ne concernait que les médecins des agglomérations de Nantes et de Angers, ce qui explique l'effectif important de l'item « pas de réponse ».

Il y a eu 83 fiches d'adhésion remplies en Loire-Atlantique, 50 en Maine-et-Loire, 3 en Mayenne, 7 en Sarthe et 16 en Vendée. Les médecins utilisateurs recevaient plus fréquemment de patients non francophones dans leur patientèle (p < 0,001).

## Description de la population des patients

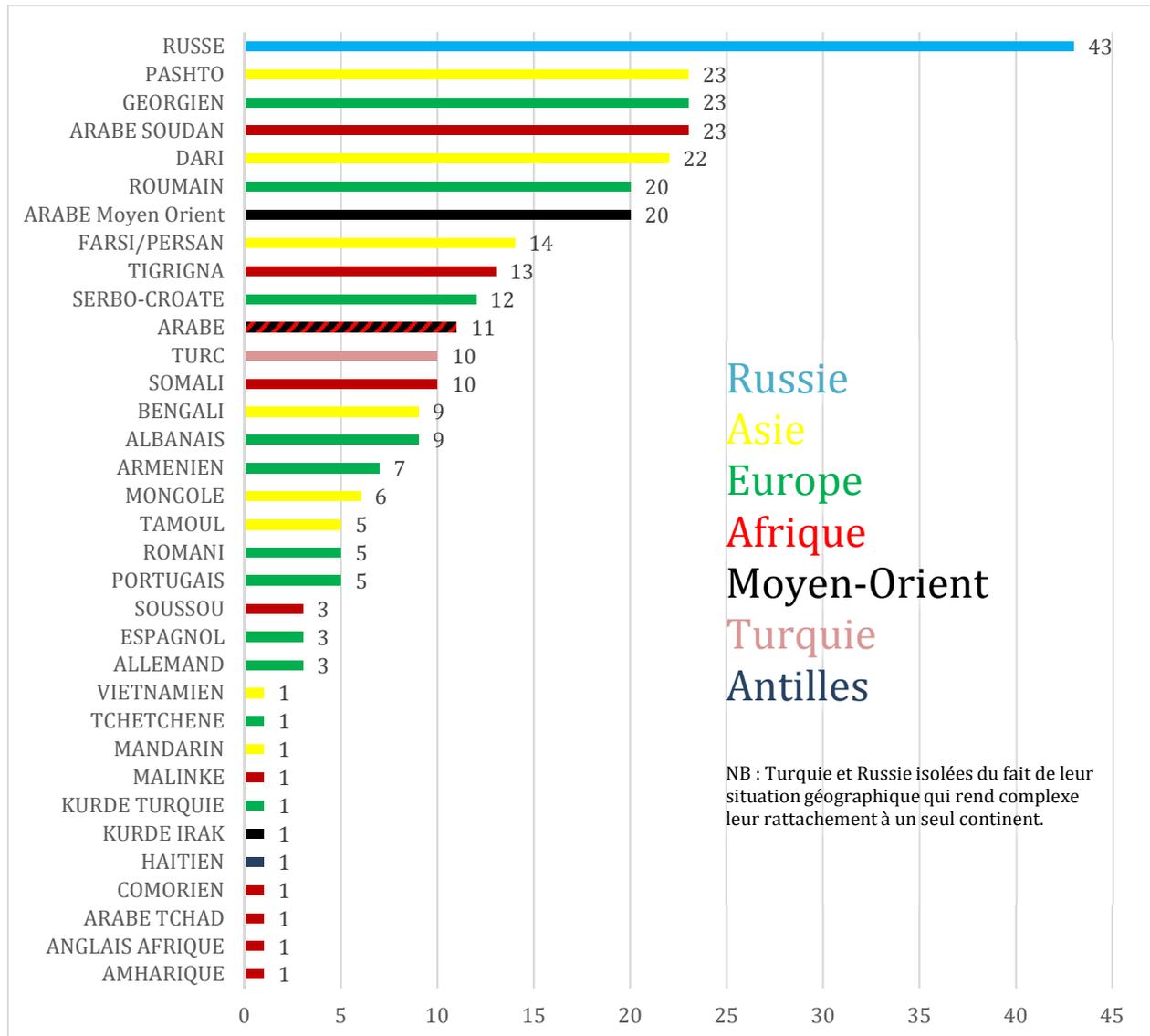


Figure 5 : Répartition des 35 langues utilisées lors des 310 consultations

Tableau 3 : Critères de précarité rencontrés lors des 241 consultations évaluées

Difficultés financières pour les besoins de la vie courante (alimentation, loyer, électricité...)	120 (49,7%)
Isolement socio-familial	107 (44,3%)
Situation de précarité liée au statut administratif <sup>1</sup>	63 (26,1%)
Absence d'assurance complémentaire (mutuelle, ACS, CMUc ...)	36 (14,9%)
Situation de précarité liée au logement <sup>2</sup>	26 (10,7%)
Situation de précarité liée au travail <sup>3</sup>	11 (4,5%)

La question étant à choix multiple, la somme des réponses est > 241 et nous avons décidé de calculer les pourcentages par rapport au nombre de consultations.

- « Migrant, réfugié, demandeur d'asile, en CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile), sans papier, primo arrivant, fin de droit, refus de titre de séjour pour patient malade, immigration récente, prise en charge par FTA (France Terre d'Asile) ».
- « Vit sur un terrain, logé à l'hôtel, pas de logement, vit à la rue, au 115, vit en bidonville, logement en foyer, hébergé chez compatriote, hébergé en CADA ».
- « Travail ponctuel en intérim, absence de travail, travail précaire, chômage ».

Dans 95% des cas, les médecins estimaient que le patient était en situation de précarité. Ils décrivaient ensuite les critères de précarité (cf. tableau 3).

Tableau 4 : Contexte de consultation (n consultation = 241)

<u>Première consultation avec le patient ?</u>	61 (25,3%)
<u>Première utilisation de l'interprétariat professionnel avec le patient ?</u>	74 (56,0%)
<u>Interprétariat :</u>	
- Téléphonique	227 (94,2%)
- Présentiel	14 (5,8%)
<u>Patient adressé par (n première consultation = 61) :</u>	
- Centre d'accueil et d'orientation et de demandeur d'asile	23 (38,0%)
- Une structure associative	8 (13,0%)
- Bouche à oreille	6 (10,0%)
- Famille ou patient lui-même suivi au cabinet médical	6 (10,0%)
- Non adressé	16 (26,0%)
- PASS	1 (2,0%)
- Conseil départemental/Aide sociale à l'enfance	1 (2,0%)
<u>Motifs de consultation :</u>	
- Anamnèse, examen clinique, démarche diagnostique	105 (43,6%)
- Consultation de synthèse (analyse de résultats d'examens complémentaires, abord de problématiques médicales non résolues, etc.)	93 (38,6%)
- Premier contact avec le patient (recueil des antécédents, des vaccinations, etc.)	42 (17,4%)
- Gynécologie	24 (10,0%)
- Démarche administrative (certificat descriptif, certificat de droit au séjour pour raison médicale, etc.)	20 (8,3%)
- Éducation thérapeutique	18 (7,5%)
- Urgence	18 (7,5%)
- Consultation d'annonce	10 (4,1%)
- Problème social	8 (3,3%)
- Parcours de soin (coordination avec autre spécialiste, etc.)	7 (2,9%)
- Psychologie/psychiatrie	6 (2,5%)
- Consultation de suivi	2 (0,8%)
- Vaccination	2 (0,8%)
- Problématique liée au travail	1 (0,4%)

La question sur les motifs de consultation étant à choix multiple, la somme des réponses est > 241 et nous avons décidé de calculer les pourcentages par rapport au nombre de consultations.

## Évaluation de l'interprétariat

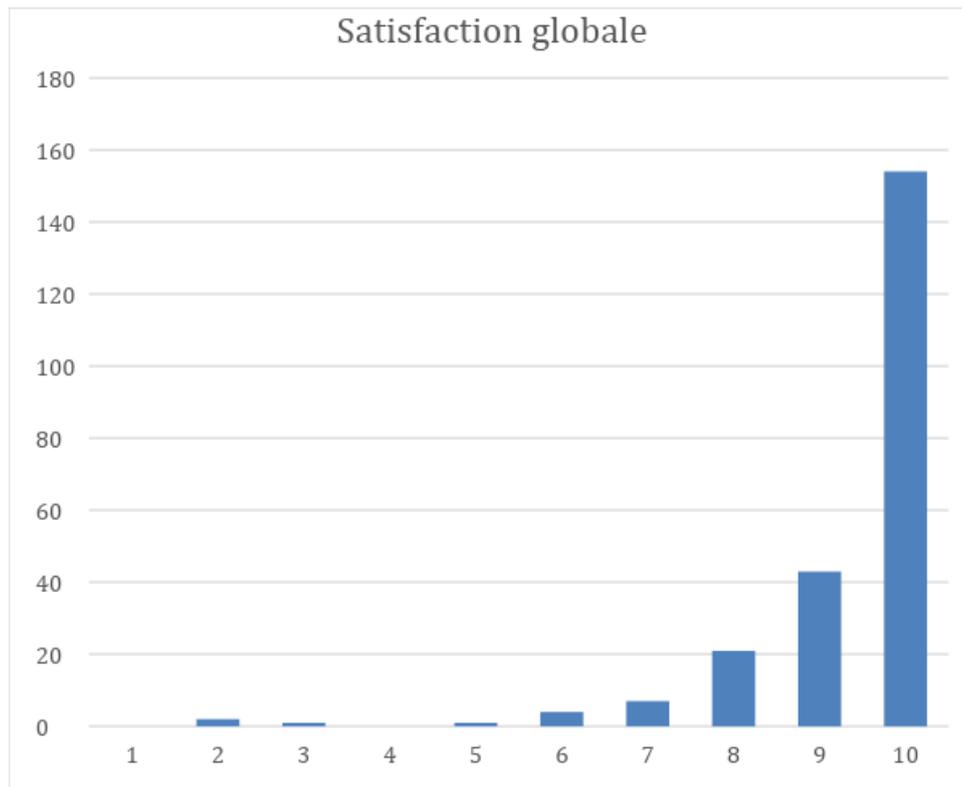


Figure 6 : Évaluation globale du dispositif concernant les 233 consultations avec un interprète disponible

Dans 91% des cas, les médecins ont noté entre 8 et 10/10 leur satisfaction globale du dispositif (cf. figure 6). 96,7% ont prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel avec le patient.

La satisfaction globale du dispositif a été évaluée à 9,4/10 de moyenne. Elle a été évaluée à 9,7/10 par le médecin ayant le plus utilisé le dispositif et ayant répondu à 41,5% des questionnaires (Dr X). Après exclusion de ce médecin, la moyenne de satisfaction globale était de 9,1/10. La satisfaction du dispositif était meilleure chez Dr X que chez le reste des utilisateurs ( $p < 0,001$ ). Il n'y avait pas de différence significative entre la satisfaction globale des médecins membres de la « Commission Précarité » de l'URML après exclusion du Dr X et le reste des utilisateurs ( $p = 0,1$ ).

Il n'y avait pas de différence significative sur la satisfaction en fonction du motif de consultation, notamment en ce qui concerne les consultations pour éducation thérapeutique ( $p = 0,39$ ), les consultations de synthèse ( $p = 0,28$ ), les consultations avec motif psychosocial (regroupant « démarche administrative », « problème social », « problématique lié au travail » et « psychologie/psychiatrie ») ( $p = 0,28$ ), les consultations d'urgence ( $p = 0,30$ ) et les consultations gynécologiques ( $p = 0,98$ ).

Tableau 5 : Évaluation des critères de satisfaction (n = 233)

<b><u>Critères de satisfaction</u></b>	<b><u>Total</u></b> <b>(n = 233)</b>	<b><u>Interprétariat</u></b> <b><u>physique</u></b> <b>(n = 14)</b>	<b><u>Interprétariat</u></b> <b><u>téléphonique</u></b> <b>(n = 219)</b>
<b><u>Lien de confiance renforcé</u></b>			
- Tout à fait d'accord	170 (73,0%)	8 (57,1%)	162 (74,0%)
- Plutôt d'accord	49 (23,2%)	6 (42,9%)	48 (21,9%)
- Plutôt pas d'accord	8 (3,4%)	0 (0,0%)	8 (3,7%)
- Pas du tout d'accord	6 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
<b><u>Sentiment d'être mieux compris</u></b>			
- Tout à fait d'accord	194 (83,2%)	10 (71,4%)	184 (84,0%)
- Plutôt d'accord	37 (15,9%)	4 (28,6%)	33 (15,1%)
- Plutôt pas d'accord	2 (0,9%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)
- Pas du tout d'accord	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b><u>Fidélité de la traduction</u></b>			
- Moyenne sur 10	9,1/10	8,9/10	9,1/10
<b><u>Apport de la consultation avec interprétariat</u></b>			
- Avancer dans le plan de soin	205 (88,0%)	14 (100,0%)	191 (87,2%)
- Dénouer des problématiques non résolues jusqu'alors	53 (22,7%)	5 (35,7%)	48 (21,9%)
- Améliorer la compréhension de la demande ou de la symptomatologie	8 (3,4%)	0 (0,0%)	8 (3,7%)
- Informer, faire de l'éducation thérapeutique	7 (3%)	1 (7,1%)	6 (3,2%)
- Créer un lien médecin/patient	4 (1,7%)	0 (0,0%)	4 (1,4%)
- Organiser un bilan spécialisé	2 (0,9%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)
- Consulter sans interprète informel	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
- Insuffisant pour répondre à la demande	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
- Pas d'aide apportée	5 (2,1%)	0 (0,0%)	5 (2,3%)
<b><u>Degré de satisfaction global</u></b>			
- Moyenne sur 10	9,4/10	9,4/10	9,3/10

La question sur l'apport de la consultation étant à choix multiple, la somme des réponses est > 241 et nous avons décidé de calculer les pourcentages par rapport au nombre de consultations.

Le lien de confiance entre le médecin et le patient a été renforcé dans 96,2% des cas. Dans 99,1% des cas, le médecin a eu le sentiment d'être mieux compris et la fidélité de la traduction a été évaluée à 9,1/10 de moyenne. Dans 88% des cas, l'apport de l'interprétariat dans la consultation a permis d'avancer dans le plan de soin (cf. Tableau 5).

Il n'y avait pas de différence significative entre l'interprétariat téléphonique et physique en ce qui concerne le lien de confiance (p = 1), le sentiment d'être mieux compris (p = 1), la fidélité de la traduction (p = 0,1) et la satisfaction globale du dispositif (p=0,4).

Tableau 6 : Freins et limites du dispositif d'interprétariat (n questionnaire = 241)

	Total	Interprétariat physique	Interprétariat téléphonique
<u>Freins :</u>			
- Pas de frein	148 (61,4%)	6 (42,9%)	142 (62,6%)
- Délai de consultation jugé trop long	24 (10,0%)	2 (14,3%)	22 (9,7%)
- Temps de planification jugé trop long	5 (2,1%)	5 (35,7%)	NC
- Problème lié au retard du médecin	1 (0,4%)	1 (7,1%)	NC
- Délai trop long pour obtenir l'interprète en ligne	56 (23,2%)	NC <sup>1</sup>	56 (24,7%)
- Déroulement de la consultation jugé trop complexe (temps de discussion, temps de l'examen clinique puis retour à la discussion)	15 (5,0%)	NC	15 (6,6%)
- Problème relationnel avec l'interprète <sup>2</sup>	6 (2,5%)	NC	6 (2,6%)
- Pas d'interprète disponible	8 (3,2 %)	NC	8 (3,5%)
- Interprète disponible mais dans une langue de substitution	4 (1,6 %)	NC	4 (1,8%)
- Problème de réseau téléphonique	2 (0,8%)	NC	2 (0,9%)
<u>Difficulté dans la relation avec l'interprète :</u>			
- Pas de difficulté	212 (87,9%)	12 (85,7%)	200 (88,1%)
- Difficulté de compréhension	13 (5,4%)	0 (0,0%)	13 (5,7%)
- Réticence du patient à interagir à cause de la présence de l'interprète	7 (2,9%)	2 (14,3%)	5 (2,2%)
- Doute sur la fidélité de la traduction	4 (1,7%)	0 (0,0%)	4 (1,8%)
- Crainte liée au non-respect du secret médical	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
- Déception sur l'efficacité de l'interprète	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
- Problème relationnel avec l'interprète <sup>3</sup>	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
- Problème de réseau téléphonique	2 (0,8%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)
- Pas d'interprète disponible	8 (3,3%)	0 (0,0%)	8 (3,5%)

Les questions étant à choix multiple, la somme des réponses est > 241 et nous avons décidé de calculer les pourcentages par rapport au nombre de consultations.

1 NC : Non concerné.

2 « Réticence du patient, gêne dans son intimité, interprète trop bavard, interprète qui juge le patient, impression que ça durait trop longtemps pour l'interprète, doute sur la fidélité de la traduction ».

3 « Trop bavard ».

Les médecins n'ont pas rencontré de frein à l'utilisation dans 61,4% des cas et n'ont pas rencontré de difficulté relationnelle avec l'interprète dans 87,9% des cas (cf. Tableau 6).

Les freins les plus fréquemment rencontrés étaient le délai pour obtenir l'interprète en ligne (24,7% des consultations) pour l'interprétariat téléphonique et le temps de planification jugé trop long (35,7% des consultations) pour l'interprétariat présentiel (cf. Tableau 6). En effet, un des

médecins a précisé en commentaire qu'il a attendu 20 minutes pour avoir un interprète en ligne. La durée moyenne des interventions d'interprète téléphonique était de 15 minutes sur les 289 consultations avec interprète téléphonique.

Les difficultés relationnelles les plus rencontrées étaient liées à des difficultés de compréhension avec l'interprète (5,4% des consultations) et à la réticence du patient à interagir à cause de la présence de l'interprète (2,1%). Dans une consultation, il y a eu une déception sur l'efficacité de l'interprète. La crainte liée au non-respect du secret médical a été identifiée une fois (*cf. Tableau 6*).

Les problèmes de réseau téléphonique ou d'indisponibilité de l'interprète dans la langue demandée correspondaient à 4,1% des questionnaires remplis (10 consultations) (*cf. Tableau 6*).

On relève 8 consultations (avec interprétariat téléphonique) où la satisfaction globale a été notée inférieure ou égale à 6/10. Pour ces consultations, les médecins n'ont pas prévu de réutiliser le dispositif pour une prochaine consultation avec ce patient à deux reprises et choisiraient l'interprétariat physique pour une prochaine consultation à trois reprises.

Il s'agissait de difficultés de compréhension, du fait de différences entre dialectes ; de troubles de l'élocution du patient ; de l'absence d'appréhension du non verbal avec l'interprétariat téléphonique ; parfois d'une gêne concernant l'intimité et la difficulté de s'exprimer en présence d'un tiers, notamment pour une situation gynécologique chez une patiente musulmane avec un interprète masculin.

Pour une situation, le médecin rapportait que l'interprète a jugé le patient, « il se permet de dire que ce patient a des problèmes mentaux, qu'il tourne en rond », le médecin a dû interrompre cet appel.

A une reprise, l'interprétariat a été jugé insuffisant pour répondre à la demande sur une problématique d'ethnopsychiatrie.

Tableau 7 : Prévion de réutilisation du dispositif dans la région (n consultation = 241) et en agglomérations angevine et nantaise (n = 112)

	<u>Total (n=241)</u>	<u>En agglomération nantaise et angevine (n=112)</u>	
		<u>Interprétariat physique (n = 14)</u>	<u>Interprétariat téléphonique (n=98)</u>
Médecin n'ayant pas prévu de réutiliser d'interprète professionnel avec ce patient	8 (3,3%)	2 (14,2%)	5 (5,1%)
Médecin ayant prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel, avec un interprète téléphonique	208 (86,3%)	3 (21,4%)	78 (79,6%)
Médecin ayant prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel, avec un interprète physique	25 (10,4%)	9 (64,4%)	15 (15,3%)

Pour 8 consultations, les médecins n'ont pas prévu de réutiliser l'interprétariat pour différentes raisons : le patient pourra être autonome une prochaine fois ; le médecin a eu besoin de l'interprétariat dans le contexte de cette consultation, pas forcément dans celui de la prochaine consultation ; il souhaite utiliser un autre moyen d'interprétariat ; le médecin a eu les réponses à ses questions.

## DISCUSSION

### *Résultats principaux et comparaison avec la littérature*

#### **1. Satisfaction globale et utilisation du dispositif**

Cette étude a permis de montrer que les médecins généralistes ont été globalement satisfaits de l'interprétariat professionnel, la note étant supérieure à 8/10 dans 91% des cas et la moyenne globale à 9,4/10. La satisfaction n'était pas différente entre les deux types d'interprétariat.

L'utilisation a été importante : on comptabilisait 289 demandes d'interprétariat téléphonique et 21 d'interprétariat physique pendant la durée de l'étude. La majorité des médecins ont prévu de réutiliser ce service lors d'une prochaine consultation avec le patient (96,7%).

Ces données convergent avec le projet actuel de diffusion d'interprétariat professionnel en Alsace auprès des spécialités hospitalières, des médecins libéraux, des collectivités locales et des dispositifs d'accueil et d'hébergement : en 2016, les médecins généralistes étaient les premiers demandeurs en médecine libérale (51).

#### **2. Choix du type d'interprétariat : téléphonique ou physique**

L'interprétariat téléphonique a été plus largement utilisé que l'interprétariat physique. Ceci peut être expliqué par son accès plus rapide en consultation de médecine générale, sans anticipation nécessaire. L'accessibilité 24h sur 24 et le large panel de langues proposées rend ce système plus facile à utiliser. Cela est particulièrement utile pour un premier contact avec un patient allophone. Un autre avantage de l'interprétariat téléphonique est de permettre l'anonymat et la diminution de la crainte pour le patient d'être jugé (52).

Par ailleurs, l'interprétariat physique n'était pas accessible pour tous les médecins. Les médecins qui avaient accès aux deux types d'interprétariat ont préférentiellement utilisé l'interprétariat téléphonique (87,5%). Parmi ceux qui avaient le choix, la majorité réutiliserait le même type d'interprétariat pour la prochaine consultation (64,4% pour l'interprétariat physique et 79,6% pour l'interprétariat téléphonique).

A priori, le questionnaire du formulaire d'adhésion retrouvait déjà une préférence pour l'interprétariat téléphonique, que ce soit chez les médecins qui ont utilisé ensuite le dispositif ou non.

Dans une étude suisse de 2001 (53), 85% des praticiens interrogés considéraient la présence d'interprètes comme souhaitable, contre 58% pour l'existence de glossaires (termes phonétiques en plusieurs langues et dessins) et 45% pour un service téléphonique.

### **3. Motif d'utilisation de l'interprétariat**

Au cours de notre étude, les motifs d'utilisation de l'interprétariat principaux étaient « anamnèse, examen clinique, démarche diagnostique » (43,6%) et « consultation de synthèse » (38,6%).

Dans sa thèse, Nadège LORDIER interrogeait les médecins généralistes sur leur prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes (54). Ses résultats montraient qu'un médecin sur trois ressentait la barrière linguistique au moment de l'interrogatoire, un médecin sur quatre au moment de la prise du rendez-vous, et un médecin sur cinq pendant l'examen clinique et l'explication du diagnostic. Nos résultats sont concordants avec l'idée que la première partie de l'entretien médical nécessite de lever la barrière linguistique.

TOCHER et LARSON ont comparé la qualité de prise en charge du diabète de type 2 chez des patients parlant l'anglais d'une part, et chez des patients d'origine hispanique, cambodgienne et russe ne maîtrisant pas l'anglais d'autre part. Ces derniers ont tous bénéficié de la présence d'un interprète pour l'éducation diabétique, l'explication des traitements instaurés et les consultations diététiques (55). Les deux groupes ne présentaient pas de différence significative en termes d'équilibre diabétique et de complications micro et macro vasculaires secondaires au diabète. L'interprétariat semble avoir un apport important dans le suivi des pathologies chroniques, comme l'illustre la part importante d'utilisation de l'interprétariat dans notre étude pour l'éducation thérapeutique ou les consultations de synthèse. Il n'y a pas de différence significative sur la satisfaction entre ces motifs de consultation et les autres, on peut donc espérer des conséquences positives sur l'état de santé de ces patients, comme dans l'article précédent.

### **4. Personnes en situation de précarité**

Les médecins ont considéré le patient en situation de précarité dans 95% des cas. Le co-financement de ce dispositif d'interprétariat par l'ARS et l'URML a donc permis à ces patients d'avoir accès à un professionnel pour améliorer la communication avec leur médecin. Un seul patient a été adressé par la PASS. Ils ont été principalement adressés par un CADA ou CAO (38%).

Plusieurs hypothèses pourraient être émises : la PASS de Nantes, par exemple, n'oriente pas les patients directement vers des médecins traitants, le choix est laissé aux patients au départ du service, comme l'explique Nadège LORDIER dans sa thèse (54). Elle suspectait d'ailleurs que les médecins fassent l'amalgame dans leur patientèle entre « orientation par la PASS » et « situation de précarité », que les patients soient perdus de vue avant leur prise en charge en cabinet mais aussi que les médecins n'étaient pas toujours informés lorsque les patients venaient de la PASS, ce qui pourrait sous-estimer le chiffre de notre étude. Le fait que les patients ne soient pas adressés par la PASS pose problème car cela alourdit la charge du médecin généraliste qui ne bénéficie pas du bilan standard réalisé en consultation à la PASS (non fait ou non transmis) et cela complique leur accès aux soins.

Dans la littérature, on retrouve ces difficultés d'accès aux soins. Les personnes en situation de précarité utilisaient moins les services de prévention et étaient plus à même de consulter aux urgences ou d'être hospitalisées que des personnes qui ne sont pas dans cette situation (56). Les patients défavorisés n'avaient pas accès à des soins équivalents à ceux que reçoivent le reste de la population, notamment concernant les techniques et services spécialisés (57). Dans des études nord-américaines, les patients afro-américains avaient moins souvent un médecin traitant, consultaient moins un médecin généraliste ou un dentiste, se tournaient moins vers la médecine pour des questions économiques, étaient moins satisfaits de la qualité des soins reçus (58).

Dans notre étude, il y a eu plus d'utilisation de l'interprétariat en Loire-Atlantique qu'en Mayenne ou en Vendée, ce qui ne correspond pas à la répartition des bassins de précarité (*cf. figure 1*). Ceci s'explique en partie parce que le dispositif a été proposé six mois plus tôt en Loire-Atlantique et que notre évaluation n'inclue que deux mois de participation des médecins mayennais et vendéens.

Ces barrières aux soins pourraient s'atténuer si cette expérimentation se poursuit et se diffuse auprès des professionnels comme des patients.

## 5. Relation médecin-patient et apport de l'interprétariat

Notre étude évaluait la relation médecin-patient grâce à plusieurs critères. Tout d'abord le lien de confiance, qui a été considéré comme renforcé dans 96,2% des réponses. Le sentiment d'être mieux compris est retrouvé dans 99,1% des réponses. Le tout sans différence significative entre les deux types d'interprétariat.

Enfin, les réponses les plus recensées concernant l'apport de l'interprétariat étaient : d'avancer dans le plan de soin, de dénouer des problématiques non résolues auparavant, de mieux comprendre la demande du patient et de délivrer des informations ou une éducation thérapeutique.

Dans sa thèse, Aurélie BLUM démontrait l'impact de l'interprétariat dans la communication médecin-patient à l'hôpital de Strasbourg (59). Elle comparait des consultations avec interprètes professionnels, non professionnels (ami, famille), ou sans interprète. L'interprétariat professionnel permettait une meilleure compréhension et communication. Une meilleure communication permettait un meilleur soutien pour le patient, plus de réconfort, et clarifiait ses attentes. L'incompréhension à l'issue de la consultation diminuait l'adhésion au traitement, le nombre de consultations de suivi, mais augmentait le nombre de consultations pour le même motif.

On peut donc espérer que notre étude et la diffusion de l'interprétariat professionnel améliorera les consultations ultérieures et l'adhésion des patients qui ont pu bénéficier du service.

Une thèse qualitative de l'université de Nancy sur la prise en charge du diabète chez des patients d'origine maghrébine via l'interprétariat révélait, selon quelques médecins, que la relation en triptyque peut rendre le patient passif et le reléguer au rang d'observateur de sa prise en charge. Ils estimaient aussi que l'absence de lien entre patient et interprète, faciliterait, dans la perspective du médecin, l'obtention du point de vue du patient comme individu autonome, sans qu'il soit passé au crible des considérations familiales ou collectives (en particulier pour les problématiques psychiatriques) (60).

Dans une étude suisse, Olga Lucia BOSS-PIETRO observait que l'alliance thérapeutique dans le soin était favorisée par une meilleure communication, grâce aux interprètes professionnels (39).

Les réponses aux questionnaires d'adhésion montraient qu'avant de participer à notre étude, les médecins s'aidaient en premier recours d'un interprète informel, ou d'un logiciel de traduction. Dans la thèse de Nadège LORDIER, les médecins disaient faire appel de préférence à un interprète familial ou à leur propre entourage (54). On retrouve ces résultats dans une étude américaine en focus-groupe sur les habitudes des médecins (spécialités confondues) : les moyens utilisés pour franchir la barrière linguistique étaient l'interprète familial, le personnel médical ou administratif, et les compétences personnelles des médecins (61). Bien que l'interprète familial soit un moyen rapide et facile de communiquer avec les patients, il posait le problème du secret professionnel, et semblait peu adapté dans les situations complexes, notamment de gynécologie ou de psychiatrie. L'interprète professionnel permettait en plus de la barrière linguistique, de limiter la barrière culturelle qui peut être un obstacle dans la relation médecin-patient (62).

Cependant, dans une thèse qualitative (63), à distance des consultations, des patients déclaraient un intérêt modéré de l'interprétariat professionnel par rapport à l'interprétariat informel. Ils estimaient que cela limitait la relation de confiance avec le médecin. Dans notre étude, la relation de confiance était renforcée pour le médecin. Il serait intéressant de connaître le ressenti du patient.

## **6. Freins à l'utilisation de l'interprétariat professionnel**

Les principaux freins évoqués par les médecins étaient le délai jugé trop long pour obtenir un interprète en ligne pour l'interprétariat téléphonique et la planification jugée trop longue pour l'interprétariat physique. L'indisponibilité des interprètes au moment de l'appel a été évoquée dans 3,3% des réponses. Cette donnée était peut-être sous-évaluée puisque certains médecins n'ont pas répondu au questionnaire lorsqu'ils n'ont pas eu accès à l'interprétariat (chiffres indisponibles).

On remarque que les principaux freins retrouvés sont peu en lien avec la qualité de la prestation d'interprétariat. La principale limite est la compatibilité avec l'exercice d'un médecin généraliste, comme le suggère également la place majeure prise par l'interprétariat téléphonique. Cela doit être un axe majeur de réflexion en vue de l'amélioration ultérieure du processus.

Malgré les difficultés énumérées, les médecins n'évoquaient pas de frein dans 62,6% des cas pour l'interprétariat téléphonique et 42,9% pour l'interprétariat physique. La balance avantages/inconvénients reste très favorable.

Une étude a été menée en 2016 à Rennes (64), proposant les services d'ISM à des médecins généralistes. Les freins perçus par les médecins étaient la crainte du manque du temps et de prise de retard dans leurs consultations, les problèmes de saturation du réseau, ainsi que le coût du service. Notre étude a permis de supprimer un de ces freins, le coût, grâce au subventionnement de l'ARS et de l'URML. Les problèmes de saturation du réseau ont été évoqués seulement à deux reprises lors de notre étude. Le souci du temps est retrouvé dans nos résultats, notamment par le délai d'attente jugé trop long pour obtenir un interprète en ligne et l'allongement du temps de consultation. Dans la littérature anglophone, il n'est pas prouvé que la présence d'interprète rallonge leurs temps de consultation car les résultats des études ne sont pas unanimes (35,49,50). La durée moyenne des 289 entretiens téléphoniques avec ISM était de 15 minutes. Même si l'interprétariat n'est pas toujours utilisé pendant tout le temps de la consultation, cette moyenne est proche de celle des consultations en médecine générale (16 minutes selon la SFMG).

Anne Charlotte GALLON et Florence LE QUERE, dans leur thèse à Nantes, ont interrogé des patients migrants sur leur ressenti concernant leurs premières consultations médicales (63). Pour certains, la présence d'un interprète était indispensable pour le premier contact et la mise en route

d'une relation médecin-patient de qualité. D'autres exprimaient que l'interprétariat professionnel était chronophage, et se disaient peu informés sur les règles éthiques des interprètes. Lors de notre étude, les interprètes d'ISM, ASAMLA et APTIRA se présentaient au début de la consultation et devaient expliquer aux patients les règles de confidentialité.

Dans la thèse de Zakia KHELIFI (60), l'intervention d'un interprète issu de la communauté ou de la famille est préférée par les patients dans un échantillon de patients d'origine maghrébine. Elle supposait que ceci était basé « sur une différence de perception de l'interaction clinique, provenant de valeurs culturelles spécifiques à chacun » et les médecins, voulant maintenir une bonne relation avec leurs patients, respectaient cette préférence.

Une étude de la Direction Générale de la Santé de 2012 sur l'analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et du diabète a montré que la moitié des patients aurait préféré avoir recours à un interprète professionnel si cela leur avait été proposé. Les accompagnants confirmaient cette préférence, pour alléger leur propre charge et faciliter l'autonomie de la personne accompagnée dans sa prise en charge (65).

Selon une étude suisse de 2003, les qualités requises d'un interprète professionnel selon les patients seraient la neutralité, le professionnalisme, la confidentialité et la disponibilité (66). Les soignants souhaitaient que les interprètes professionnels soient parfois des « traducteurs mot pour mot », et parfois qu'ils apportent des connaissances culturelles pour éclairer une situation (rôle approchant de celui d'un médiateur culturel). La relation avec l'interprète peut parfois être ambiguë : l'écoute entre les trois protagonistes est primordiale et le médecin doit rester « maître » de l'entretien.

Au cours de notre étude, certains médecins ont évoqué des problèmes avec des interprètes, soit trop loquaces, soit ayant des propos jugeant le patient, ou devant la réticence du patient.

## ***Forces et faiblesses de l'étude***

### **Forces**

Notre étude est intéressante car unique en France. En effet, le secteur de l'interprétariat en médecine ambulatoire a été très peu étudié en France malgré son intérêt reconnu dans des études internationales (33,39,40).

De plus, elle a le mérite de s'intéresser à la pratique professionnelle, dans une thématique spécifique et originale en médecine générale.

Pour une thèse en médecine, le nombre de réponses fut important (241 questionnaires) grâce aux relances avec un taux de réponse de 76%. Cette étude a l'avantage de concerner l'ensemble de la région.

Le questionnaire utilisé résulte d'un travail collaboratif avec les médecins œuvrant dans la « Commission Précarité » de l'URML. Cela a permis de confronter de nombreux points de vue, et se rapprocher au mieux des répondants.

Cette thèse collective, à trois thésards issus de deux facultés différentes et trois directeurs de thèse, a permis de croiser les regards et les expériences sur l'orientation du projet et sur l'interprétation des résultats.

L'expérimentation est co-financée et encouragée par l'ARS ; elle fait partie d'un projet global et entreprenant pour aider à la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité. Elle peut donc permettre de modifier les pratiques dans un futur proche.

### **Faiblesses**

Les principales limites de notre étude sont tout d'abord la durée de l'étude, qui est de moins de 6 mois à Angers, 8 mois à Nantes, 2 mois pour le reste de la région. Cette durée a été déterminée pour des raisons de commodités pour notre travail de thèse.

Il existe une discordance entre le nombre de fiches d'adhésion (n= 159) et le nombre de médecins adhérents (n= 162) car certains médecins ont pu adhérer à l'URML sans avoir rempli la fiche et d'autres ont rempli la fiche sans avoir adhéré.

35 médecins ont utilisé le processus parmi les 162 adhérents (21,6%). Cette proportion est faible et nous pose question. Les médecins qui n'ont pas utilisé le dispositif recevaient significativement moins de patients allophones que les utilisateurs. Malgré tout, 63,8% en recevaient plus d'une fois par mois.

Un biais de mémorisation est possible car les médecins ne répondaient pas toujours au questionnaire immédiatement après la consultation. De plus, les relances téléphoniques, par les chercheurs, étaient faites deux mois après la consultation, en raison du délai de transmission des rapports des associations d'interprètes.

Parmi les réponses, on comptait 8 situations où les médecins n'ont pas eu accès à l'interprétariat : notre questionnaire ne prévoyait pas cette option, mais ils étaient priés de répondre au questionnaire afin de collecter des données utiles et majorer la puissance concernant les

questions 1 à 5 (patient adressé ou non, motif de consultation, type d'interprétariat choisi, choix d'essayer à nouveau une consultation avec interprète, etc.).

Ceci explique que l'effectif des répondants était différent selon les questions. Certaines demandes d'interprétariat n'ayant pas abouti, elles n'ont pas été comptabilisées par les associations d'interprètes. Le chiffre exact est indéterminé, par conséquent le total des demandes d'interprétariat du diagramme de flux est sous-estimé.

Un biais de non-réponse est également présent. Nous avons eu, malgré nos relances, 77 utilisations de l'interprétariat sans réponse au questionnaire. Ces non-réponses comprenaient les perdus de vue, les médecins non retrouvés qui n'ont pu être relancés (internes, médecins remplaçants) et également les médecins qui n'ont pas eu accès à l'interprète en ligne et n'ont pas rempli le questionnaire.

Certains médecins ont appelé un interprète téléphonique pour plusieurs patients d'une même famille au cours d'une même consultation. Cela correspondait à 12 questionnaires. Notre questionnaire ne prévoyait pas cette éventualité, il est adapté pour un patient par consultation. On peut supposer que les réponses aux questions concernant la relation médecin-patient soient moins précises.

Nos résultats décrivaient des médecins installés, alors que le dispositif a pu être utilisé par leurs médecins remplaçants : l'âge des médecins utilisateurs est peut-être surestimé dans notre étude. Malgré tout, la proportion des médecins de moins de 40 ans restait significativement plus importante chez les utilisateurs que dans la population générale des médecins de la région. Une thèse portant sur l'évaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation de l'interprétariat professionnel à Toulouse avait mis en évidence que les médecins d'âge plus avancé sont plus réticents au recours à un nouveau dispositif (67). On peut supposer que la nouvelle génération de médecins est prête à s'approprier l'interprétariat professionnel pour soigner la population actuelle, ce qui est une force pour notre étude.

Un médecin a répondu à lui-seul à 100 questionnaires (soit 41,5% des réponses). Ce médecin, membre de la « Commission Précarité », a utilisé l'interprétariat professionnel 123 fois durant l'étude alors que les autres médecins l'ont utilisé entre 1 et 24 fois chacun. La satisfaction était meilleure chez ce médecin que chez le reste des utilisateurs ( $p < 0,001$ ). On peut donc dire que la participation massive de ce médecin aura surestimé la satisfaction globale. Ce médecin exerce en Sarthe dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (68). Sur 1894 patients enregistrés dans sa patientèle, 36% sont bénéficiaires de la CMU et 10% ont des numéros

de Sécurité Sociale provisoires, délivrés aux patients étrangers (sources déclaratives fournies par le médecin lui-même).

Enfin, la précarité n'a pas été retenue comme critère d'inclusion car sa définition est complexe, et aurait exclu trop de patients. Cependant l'utilisation de ce dispositif était en faveur des patients allophones précaires pour la majorité des cas (95%).

### ***Perspectives issues de l'étude***

Notre étude ouvre des perspectives pour de futures thèses. L'expérimentation n'est pas terminée et doit se poursuivre jusqu'en 2019. Notre thèse permet d'observer les premiers résultats, une autre thèse quantitative évaluera l'expérimentation sur une durée plus grande.

Une étude qualitative pourrait mesurer le ressenti des médecins : un tel dispositif d'interprétariat professionnel a-t-il changé leur pratique et leur prise en charge des patients allophones ?

L'évaluation de la satisfaction des patients serait pertinente et complémentaire à notre étude. Il faudrait en revanche s'acquitter de certains biais : traduction du questionnaire, nombre de langues traduites, problèmes des langues seulement orales, problèmes pour les patients analphabètes, traduction par un interprète différent, etc... Ces biais pourraient être évités en utilisant ISM lorsque l'interprétariat physique est sollicité et inversement. Quel est le ressenti des patients vis-à-vis de l'interprétariat professionnel ? Est-il perçu comme une aide à la relation patient-soignant, ou plutôt comme un outrage à la confidentialité de la consultation ? Quelles sont les différences de ressenti dans la communication autour de l'examen clinique avec et sans interprète professionnel ?

Les résultats de notre étude renforcent l'ambition de faire pérenniser le financement de l'interprétariat professionnel par l'ARS. Nous espérons que la diffusion de l'interprétariat et la meilleure connaissance de cet outil par les médecins généralistes permettront qu'il devienne pratique courante pour améliorer l'accès aux soins des patients allophones.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Définition de allophone. Encyclopædia Universalis.
2. Petregne F, Montariol Y, Castera P, Ducos G. Le medecin généraliste et la barrière linguistique : utilisation d’outils d’aide à la consultation en médecine générale. Médecine : De la médecine factuelle à nos pratiques. 2014;10(8):372-5.
3. Bergeron H. Les transformations du colloque singulier médecin-patient: quelques perspectives sociologiques. Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard. 2007;39–51.
4. Les droits du patient dans la loi du 4 mars 2002 - Guide sur les droits des patients. Fédération Hospitalière de France.
5. Onnis L. Corps et Contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques. Paris; 1989.
6. Munoz M, Kapoor-Kohli A. Les barrières de langue. Comment les surmonter en clinique. 2007;45–51.
7. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels; 1987.
8. Définition - Étranger. Insee.fr. 2016.
9. Centre de recherche et de documentation en économie de la santé. Précarités, risque et santé. 2003.
10. OMS | Déterminants sociaux de la santé. WHO.
11. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d’une approche locale et transversale.
12. Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture. Migrant/migration.
13. Définition - Immigré. Insee.fr. 2016.
14. Bilan démographique 2017. INSEE; 2018 janv. Report No.: 1683.
15. Ministère de l’Intérieur. Les demandes d’asile. Direction générale des étrangers en France; 2017 janv.
16. Situation récente des immigrés dans les Pays-de-la-Loire. INSEE; 2015 févr. Report No.: 22.
17. Questions-Réponses « Infos Migrants » - Je veux demander l’asile en France. france-terre-asile.org.
18. OFPRA. Les données de l’asile 2017. 2018.
19. Panorama Statistique 2016 des Pays de la Loire - Cohésion sociale - Jeunesse - Sport - Pauvreté - Exclusion - Logement - Immigration - Vie associative. Nantes: Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale; 2016.
20. Code de la santé publique - Article L711-7-1. Code de la santé publique Juillet, 1998.

21. La Ministre des affaires sociales et de la santé. Circulaire relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). juin, 2013.
22. Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie, Paris VI; 2013.
23. Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'état dans dix villes de France. Médecins du Monde; 2006 oct.
24. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. 2012;8.
25. Définition de Acculturation. Cntrl.fr.
26. Bodenman P. La migration est-elle un facteur de risque du tabagisme ? Revue Médicale Suisse. 2003;Volume 1.
27. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Revue économique. 30 mars 2009;60(2):385-411.
28. Cliniques et migrations. Site Internet du Orspere Samdarra. mars 2017;Cahiers de Rhizome(63).
29. Beckman A, Hakansson A, Rastam L, Lithman T, Merlo J. The role country of birth plays in receiving disability pensions in relation to patterns of health care utilisation and socioeconomic differences: a multilevel analysis of Malmo, Sweden. BMC Public Health. 16 mars 2006;6:71.
30. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016. Médecins du Monde; 2017 oct p. 136.
31. Convention européenne des droits de l'homme. Rome: Cour européenne des droits de l'Homme; 1950 nov.
32. Health Promotion Glossary. Genève, Suisse: World Health Organization; 1998 p. 36.
33. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada; 2001 nov.
34. Flores G. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. Medical Care Research and Review. juin 2005;62(3):255-99.
35. Hampers LC, McNulty JE. Professional Interpreters and Bilingual Physicians in a Pediatric Emergency Department: Effect on Resource Utilization. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 nov 2002;156(11):1108-13.
36. Sarver J, Baker DW. Effect of Language Barriers on Follow-up Appointments After an Emergency Department Visit. J Gen Intern Med. avr 2000;15(4):256-64.
37. Johnson RL, Saha S, Arbelaez JJ, Beach MC, Cooper LA. Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. Journal of General Internal Medicine. févr 2004;19(2):101-10.

38. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Nations Unies, Haut commissariat aux droits de l'Homme; 1966 déc. Report No.: Résolution 2200 A (XXI).
39. Boss-Prieto OL. L'interprétation en Suisse francophone : le cas de la communauté hispano-américaine. *Çedille Revista de Estudios Franceses*. 2014;(4).
40. Ribera JM, Hausmann-Muela SeU, Grietens KP, Toomer E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? *PASS International*; 2008 mars.
41. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. 2003;111(1):6–14.
42. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. Strasbourg; 2012 nov.
43. Rossi I. Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé — De l'interculturalité à la co-disciplinarité. *Soz Präventivmed*. 1 nov 1999;44(6):288-94.
44. Sauvertre M. L'interprète en milieu social en Europe. *Printemps* 2002;(99):48-53.
45. Boucekkine S. Mise à disposition d'interprètes professionnels en cabinet de médecine générale. A propos d'une étude pilote. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg. Faculté de médecine; 2010.
46. Schoenel M. Effets de l'interprète professionnel sur la pratique du médecin généraliste: entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes utilisateurs de l'interprétariat professionnel [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine.
47. Groupe Précarité de l'URML Pays de la Loire. L'interprétariat en médecine de ville. *Prescrire*. avr 2018;(414):313-4.
48. Haute Autorité de Santé. Interprétariat dans le domaine de la santé Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. *Recommandations en santé publique*. 2017;28.
49. Tocher TM, Larson EB. Do Physicians Spend More Time with Non-English-Speaking Patients? *Journal of General Internal Medicine*. 1 mai 1999;14(5):303-9.
50. Kravitz RL, Helms LJ, Azari R, Antonius D, Melnikow J. Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. *juill* 2000;38(7):728-38.
51. Rapport d'activité - Migration Santé Alsace - 2016. Strasbourg: Migrations Santé Alsace; 2017 juin.
52. Karlsen WB, Haabeth AL. The telephone interpreter. A good alternative to the traditional interpreter. 1998;118(2):253-4.
53. Graz B, Vader J-P, Raynault M-F. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction, Summary. *Santé Publique*. 2002;Vol. 14(1):75-81.

54. Lordier N. De la PASS au droit commun: état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2013.
55. Tocher TM, Larson E. Quality of Diabetes Care for Non-English-Speaking Patients : A Comparative Study. WJM. juin 1998;168(6):504-11.
56. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Medical Research Methodology. déc 2006;6(1).
57. Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction. 2008.
58. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National Population-Based Survey. American Journal of Public Health. juill 2006;96(7):1300-7.
59. Blum A. Impact de l'interprétariat comme outil de communication pour les patients non francophones en consultation: A propos d'une étude prospective menée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg en 2008 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine.
60. Khelifi Z. Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale. Etude qualitative des représentations et apports de l'interprétariat en contexte interculturel. [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Henri Poincaré, Nancy I; 2010.
61. Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. Caring for Patients with Limited English Proficiency: The Perspectives of Small Group Practitioners. J Gen Intern Med. 1 nov 2007;22(2):341-6.
62. Cave A, Maharaj U, Gibson N, Jackson E. Physicians and immigrant patients. Cross-cultural communication. Can Fam Physician. oct 1995;41:1685-90.
63. Gallon A-C, Le Quéré F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales: entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.
64. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : Place de l'interprétariat professionnel [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Faculté de médecine Rennes 1; 2016.
65. Schwarzingher M, Cédiey E, Argant S. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction générale de la santé; 2012 déc.
66. Singy P. Santé et migration : Traduction idéale ou idéal de traduction ? La linguistique. 2003;39(1):135-50.
67. Chaaban S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue

française à Toulouse [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université de médecine de Toulouse; 2014.

68. Caractéristiques socio-démographiques des ménages 2014 - Quartier Prioritaire Ronceray Glonnières Vauguyon. Le Mans: Commissariat général à l'égalité des territoires - Ministère de la cohésion des territoires.

## ANNEXES

### *Annexe 1 – Questions du formulaire d'adhésion*

1) Recevez-vous des patients non francophones ?

- Oui
- Non

2) Si oui, à quelle fréquence ?

- < 1/mois
- 2-3/mois
- < 1/semaine
- 2-3/semaine
- > 3/semaine

3) Si oui, quels moyens utilisez-vous ? (2 réponses possibles)

- Logiciel de traduction type google-traduction
- Un proche du patient
- Un interprète professionnel
- Autres

4) Selon vous, quel type d'interprétariat vous paraît le plus adapté à votre patientèle et à votre exercice ?

- Interprétariat téléphonique
- Interprétariat physique

## Annexe 2 – Guide d'utilisation du procédé d'interprétariat, réalisé par l'URML en partenariat avec l'ARS

<u>Interprétariat en médecine générale libérale</u> <u>AGGLOMERATION NANTAISE</u>	
Interprétariat téléphonique ou physique ?	
<u>INTERPRETARIAT TELEPHONIQUE</u>	<u>INTERPRETARIAT PHYSIQUE</u>

### Avantages

<ul style="list-style-type: none"><li>- simplicité et rapidité d'accès</li><li>- diversité des langues potentielles</li><li>- anonymat quand consultation explorant la sphère intime (ex : cs sexo)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- décodage culturel plus fin, « interprétariat de la communication non verbale »</li><li>- instauration d'une relation de confiance plus fluide</li><li>- meilleure gestion des échanges, présence durant toute la consultation si besoin (interro, exam, ordonnance)</li></ul>
---	---

### Inconvénients

<ul style="list-style-type: none"><li>- préparation de la consultation avant l'appel téléphonique</li><li>- peu de décodage culturel sur la communication non verbal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- modalité d'accès plus lourde, nécessite prise de rdv</li><li>- disponibilité des langues limitée</li></ul>
--	--

### Consultations types

<ul style="list-style-type: none"><li>- urgence,</li><li>- 1ère contact,</li><li>- consultation simple,</li><li>- éloignement de la zone d'interprétariat physique.</li></ul> <p><u>indications</u> : « traduction simple »</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- pathologies chroniques (éducation thérapeutique,</li><li>- pathologies psychiatriques,</li><li>- prévention,</li><li>- 1ère consultation</li><li>- consultation complexe.</li></ul> <p><u>indications</u> : « traduction + médiation culturelle »</p>
---	---

Inspiré des recommandations provisoires HAS : Interprétariat dans le domaine de la santé  
Essentielles de compétences, de formation et de bonnes pratiques  
(document soumis à consultation publique)  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante.pdf)



## Interprétariat téléphonique : ISM Paris

### **ETAPE 1 : avant l'entretien**

J'organise ma consultation : questions à aborder et environnement propice.

J'appelle ISM au code utilisateur URML :

Je m'identifie : NOM-PRENOM

J'identifie mon besoin d'interprétariat : langue et le dialecte

*Mise en relation avec l'interprète en moyenne en 1 minute*

### **ETAPE 2 : au début de l'entretien**

J'explique brièvement la situation à l'interprète

Je laisse l'interprète se présenter et rappeler son cadre déontologique (secret professionnel)

### **ETAPE 3 : pendant l'entretien**

J'utilise un langage simple

Je reformule

Je reste maître de l'entretien

J'observe mon interlocuteur (langage corporel)

### **ETAPE 4 : fin de l'entretien**

La décision de terminer l'entretien m'appartient

Je participe aux sollicitations de l'URML pour évaluer le dispositif.



## Interprétariat physique : ASAMLA

### **ETAPE 1 : avant l'entretien**

Je contacte l'ASAMLA -Tel : - Mail :  
pour prendre un rdv idéalement 1<sup>ère</sup> plage de consultation  
délai en 1 semaine en moyenne  
le jour du rdv, je m'assure d'un environnement propice : disposition pour une tripartie

### **ETAPE 2 : au début de l'entretien**

J'explique brièvement la situation à l'interprète

Je laisse l'interprète se présenter et rappeler son cadre déontologique (secret professionnel)

### **ETAPE 3 : pendant l'entretien**

Je m'adresse au patient

J'utilise un langage simple

Je reformule

Je reste maître de l'entretien

J'observe mon interlocuteur (langage corporel)

### **ETAPE 4 : fin de l'entretien**

La décision de terminer l'entretien m'appartient

Je complète la fiche d'intervention

Je participe aux sollicitations de l'URML afin d'évaluer le dispositif

### Objectifs :

Donner accès à l'interprétariat téléphonique et physique aux médecins généralistes libéraux qui prennent en charge des populations non francophones afin :

- D'améliorer l'accès et la qualité des soins,
- De faciliter la prise en charge de ces patients en médecine générale ambulatoire.

Pour quelles consultations ? Pathologies chroniques, psychiatriques, prévention, urgence, 1<sup>ère</sup> consultation, cas complexes.

Durée de l'expérimentation : de Juin 2017 à Décembre 2018

Le coût : Durant toute l'expérimentation le service sera gratuit pour les patients et les médecins généralistes utilisateurs.  
(financement par l'URML et l'ARS)

Le secrétariat de l'Union est disponible pour toute question au sujet de l'expérimentation au 02.51.82.23.01 ou par mail :  
contact@urps-ml-paysdelaloire.fr

### URML Pays de la Loire :

Rôle et Missions

### Commission Précarité de l'Union :

La Commission Précarité de l'URML se réunit depuis plusieurs années afin d'aider les médecins libéraux à améliorer l'accueil et accompagner les personnes en situation de précarité.

Plusieurs axes de réflexion sont en cours :

- Accès à l'interprétariat professionnel
- Création d'un Guide pratique (cf. site de l'URML)
- Mise en place de la Médiation en Santé (cf. recos HAS)
- Formation Médicale Continue et Initiale
- Travail en réseau...

A ce titre la Commission remercie :

ARS, Médecins du Monde, l'ASAMLA, ISM

Les membres de la Commission Précarité :

Drs RAIMBAULT, LECOMTE, COULANGE, ROUSSEAU, ROUSSELLE, BAUDRY, OHEIX, SAVAGE, MORIN, GABILLAT, FEUILLETTE, FESSARD, ROLLAND, LE QUERE, GALLON, LEGEAY, FALLAI, GHAFIR, PELLETIER, TREGOUET, HERAULT, Mmes et Mr DUCROZ, DAMIANO, ALBERT (internes en MG) et Mme RETIERE.

## ***Annexe 3 – Questionnaire***

### **Évaluation de l'interprétariat en médecine générale avec un patient non francophone**

**Merci de répondre à cette enquête après chaque consultation avec un patient non francophone ayant nécessité l'utilisation de l'interprétariat professionnel.**

**Nom et prénom du médecin répondant à l'étude (cette donnée sera secondairement anonymisée)**

**1) Est-ce la première fois que vous voyez ce patient ?**

- Oui
- Non

**2) Par qui le patient a-t-il été adressé ? (Si oui à la question 1)**

- PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)
- CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile), CAO (Centre d'Accueil et d'Orientation)
- Structure associative
- « Bouche à oreille »
- Non adressé
- Autre : \_\_\_\_\_

**3) Est-ce la première fois que vous utilisez l'interprétariat professionnel avec ce patient ? (Si non à la question 1)**

- Oui
- Non

**4) Quel type d'interprétariat avez-vous utilisé lors de cette consultation ?**

- Téléphonique
- Physique

**5) Quel(s) étai(en)t le(s) motif(s) de l'utilisation de l'interprétariat (plusieurs réponses possibles) ?**

- Premier contact avec le patient (recueil des antécédents, des vaccinations, etc.)
- Éducation thérapeutique
- Anamnèse, examen clinique, démarche diagnostique
- Consultation de synthèse (analyse de résultats d'examens complémentaires, abord de problématiques médicales non résolues, ...)
- Consultation d'annonce
- Urgence
- Gynécologie
- Problème social
- Démarche administrative (certificat descriptif, certificat de droit au séjour pour raison médicale, ...)
- Autre : \_\_\_\_\_

**6) Le lien de confiance entre vous et le patient a-t-il été renforcé par l'interprétariat ?**

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

**7) Avez-vous eu le sentiment d'être mieux compris par votre patient grâce à l'interprétariat ?**

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

**8) Comment estimez-vous la fidélité de la traduction faite par l'interprète ?**

Pas fidèle    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Très fidèle

**9) Pensez-vous que cette consultation a permis (plusieurs réponses possibles) :**

- De dénouer des problématiques non résolues jusqu'alors ?
- D'avancer dans le plan de soin ?
- Autre : \_\_\_\_\_

**10) Quel est votre degré de satisfaction concernant l'apport de l'interprétariat dans cette consultation :**

Pas satisfait    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Très satisfait

**11) Pensez-vous organiser une prochaine consultation avec ce patient ?**

- Oui
- Non

**12) Vous avez utilisé l'interprétariat téléphonique. Avez-vous rencontré des freins pour l'utilisation de ce service (plusieurs réponses possibles) ?**

- Pas de frein
- Délai trop long pour obtenir l'interprète en ligne
- Temps de consultation jugé trop long
- Déroulement de la consultation jugé trop complexe (temps de discussion, temps de l'examen clinique puis retour à la discussion)
- Autres : \_\_\_\_\_

**Vous avez utilisé l'interprétariat physique. Avez-vous rencontré des freins pour l'utilisation de ce service (plusieurs réponses possibles) ?**

- Pas de frein
- Retard à la consultation
- Temps de planification de la consultation jugé trop long
- Temps de consultation jugé trop long
- Autres : \_\_\_\_\_

**13) Prévoyez-vous de réutiliser cet outil d'interprétariat professionnel avec ce patient ?**

- Oui, interprétariat téléphonique
- Oui, interprétariat physique
- Je reverrai le patient sans interprète professionnel.

**14) Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel avec ce patient (plusieurs réponses possibles) ? (Si « Je reverrai le patient sans interprète professionnel » à la question 13)**

- J'ai eu les réponses à mes questions
- J'ai eu besoin de l'interprétariat dans le contexte de cette consultation, pas forcément dans celui de la prochaine consultation
- Le patient pourra être autonome lors de la prochaine consultation
- Autre : \_\_\_\_\_

**15) Avez-vous rencontré des difficultés dans votre relation avec l'interprète (plusieurs réponses possibles) ?**

- Pas de difficulté
- Difficulté de compréhension
- Crainte liée au non-respect du secret médical
- Propre réticence liée à la présence d'un tiers pendant la consultation
- Réticence du patient à interagir à cause de la présence de l'interprète
- Autre : \_\_\_\_\_

**16) Pensez-vous que le patient que vous avez eu en consultation était en situation de précarité ?**

- Oui
- Non

**17) Quels critères vous font penser que votre patient est en situation de précarité ? (Si oui à la question 16) (plusieurs réponses possibles) ?**

- Absence d'assurance complémentaire (mutuelle, ACS, CMUc ...)
- Difficultés financières pour les besoins de la vie courante (alimentation, loyer, électricité...)
- Isolement socio-familial
- Autres : \_\_\_\_\_

**18) Remarques libres :**

Vu, les Présidents du Jury,

Professeur Rémy SENAND

Professeur François GARNIER

Vu, les Directeurs de Thèse,

Dr Rosalie ROUSSEAU

Pr Laurent CONNAN

Dr Louis-Marie RAIMBAULT

Vu, le Doyen de la Faculté,

**« Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018. »**

**« Observational analysis of a provision of interpreting in outpatient general medicine in the Pays de la Loire from July 2017 to February 2018. »**

### CONTEXTE

L'interprétariat professionnel a été mis à disposition des médecins généralistes de la région Pays de la Loire, au cours d'une expérimentation co-financée par l'URML et l'ARS.

### OBJECTIF

L'objectif était d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes utilisant cet outil d'interprétariat en consultation ambulatoire.

### MÉTHODE

Étude quantitative, observationnelle, prospective dans la région Pays de la Loire, menée du 1er juillet 2017 au 28 février 2018. Les médecins généralistes exerçant en ambulatoire ont été invités à y participer. Après adhésion, ils pouvaient contacter les associations d'interprètes : ISM interprétariat (interprétariat téléphonique), ASAMLA ou APTIRA (interprétariat physique dans les agglomérations nantaises et angevines). Recrutement des patients allophones réalisé par les médecins. Le critère de jugement principal était la satisfaction des médecins concernant l'utilisation de l'interprétariat. Les critères secondaires étaient le nombre de consultations avec interprète, le renforcement du lien de confiance avec le patient et la fidélité de la traduction.

### RÉSULTATS

3116 médecins ont été invités à participer, 162 ont adhéré, 35 ont utilisé le dispositif. 310 consultations ont été réalisées ; l'interprétariat téléphonique a été le plus utilisé (289 fois). 35 langues différentes ont été demandées, la plus utilisée a été le Russe (43 fois). La satisfaction des médecins qui ont utilisé le dispositif était de 9,4/10 de moyenne, renforçant dans 96,2% des cas le lien de confiance entre le médecin et le patient. La fidélité de la traduction a été jugée à 9,1/10 de moyenne. Le médecin a jugé trop long le temps pour obtenir l'interprète en ligne dans 24,7% des cas et dans 35,7% des consultations avec interprète physique, le temps de planification de la consultation a été jugé trop long. Dans 96,7% des cas, le médecin a prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel.

### DISCUSSION

Les médecins furent satisfaits de l'interprétariat professionnel avec une plus large utilisation de l'interprétariat téléphonique. L'interprétariat professionnel en consultation de médecine générale ambulatoire permet une meilleure communication et une meilleure compréhension pour une démarche centrée sur le patient. Il permet d'avancer dans le plan de soin. La relation médecin-patient a pu être améliorée. L'évaluation de la satisfaction des patients serait intéressante pour appuyer l'intérêt de cet outil en consultation ambulatoire.

### CONTEXT

Professional interpreting is available for general practitioners in the Pays de la Loire region during an experiment co-financed by the URML and the ARS.

### OBJECTIVE

The aim of the study was to assess the satisfaction of general practitioners using interpreting service in outpatient consultations.

### METHODS

Quantitative, observational and prospective study in the Pays de la Loire was performed from July 2017 to February 2018. General practitioners were invited to participate and could contact the associations of interpreter. The associations were ISM interpreting (telephone interpreting), ASAMLA and APTIRA (physical interpreting). The primary endpoint was the physician satisfaction in the use of interpreting. The secondary criteria were the number of consultations with interpreter, the reinforcement of trust between doctors and patients, and the translation's fidelity.

### RESULTS

3116 physicians were invited to participate, 162 adhered, out of which 35 used the professional interpreting service. 310 consultations were carried out; telephone interpreting was the most used. 35 different languages were requested. The overall satisfaction of the physicians who used the service was 9.4/10 on average, reinforcing in 96.2% of cases the trust between the doctor and the patient. The translation's fidelity was 9.1/10 on average. In 24.7% of cases, the doctor considered the delay was too long to obtain a call with the interpreter. With physical interpreters, the delay to plan the consultation was too long in 35.7% of consultations. In 96.7% of cases the doctor planned to reuse professional interpreting.

### DISCUSSION

The doctors were mostly satisfied by the professional interpretation service with a wider use of telephone interpreting. Professional interpreting in outpatient general practice provides both better communication and better understanding for a patient-centered approach. The doctor-patient relationship has been improved for non french speaking patients. The evaluation of patient satisfaction would also be interesting to support the interest of this service in outpatient consultation.

### KEYWORDS

Interpreting – Outpatient general practice – Communication - Satisfaction

### MOTS-CLÉS

Interprétariat – Médecine générale – Communication - Satisfaction

