

Table des matières

RESUME	2
INTRODUCTION	3
METHODES	4
<i>Type et modalités d'étude</i>	4
<i>Recrutement</i>	4
<i>Déroulement de l'étude</i>	5
<i>Traitement des données</i>	6
RESULTATS	7
<i>Population étudiée</i>	7
<i>Taux de restitution du diagnostic (TRD) et de son explication (TRE)</i>	8
<i>Notes attribuées à la consultation par les patients et les médecins</i>	8
<i>Évaluation globale de la compréhension par le médecin</i>	8
DISCUSSION	9
ANALYSE DES RESULTATS	9
<i>A situation différente, compréhension différente. Analyse des TRD et TRE</i>	9
<i>Un ressenti identique, des compréhensions différentes</i>	11
<i>Notes patients</i>	11
<i>Notes médecins et auto-évaluation</i>	12
LIMITES DE L'ETUDE	12
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	13
TABLEAUX ET FIGURES	14
ANNEXES	21
Annexe 1	21
Annexe 2	22
REFERENCES	23

Résumé

Contexte : La France absorbe depuis plusieurs années un flux migratoire de plus en plus important. On dénombre 4,4 millions d'étrangers résidant en France métropolitaine en 2015. Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population mais il est difficile de garantir cette équité lorsque les patients sont allophones, la barrière linguistique étant un obstacle majeur à la prise en charge médicale.

Méthodes : Dans la présente étude, nous avons comparé le niveau de compréhension d'une consultation de médecine générale dans trois groupes de patients : francophones (groupe A), allophones avec interprète de l'entourage (groupe B) et allophone avec interprète professionnel (groupe C). Cette étude prospective observationnelle quantitative monocentrique a été réalisée de Février 2019 à Juin 2019 à la Permanence d'accès aux soins de santé du C.H.U Timone, à Marseille. Nous avons élaboré deux questionnaires : un « médecin » dans lequel ce dernier reportait le diagnostic énoncé au patient ainsi que les mots utilisés pour l'expliquer. Il évaluait également la compréhension du patient avec une note sur dix. Il lui était également demandé de répondre par oui/non/ne sait pas à la question « pensez-vous que votre patient a compris le diagnostic ». Puis, l'investigateur remplissait celui « patient » avec celui-ci dans sa langue maternelle (ou celle de son choix), avec recours à un interprète professionnel si besoin. Il était alors demandé au patient d'énoncer le diagnostic formulé par le médecin ainsi que le mot/groupe de mot ou phrase utilisé pour expliquer celui-ci et il devait à son tour donner une note entre 0 et 10 évaluant sa compréhension globale de la consultation et enfin répondait à la question ouverte « qu'aurions-nous pu faire pour améliorer votre compréhension ? ».

Résultats : Nous avons observé un taux de restitution du diagnostic de 50%, 30% et 90% dans le groupe A, B et C, respectivement et un taux de restitution de son explication de 50%, 50% et 90% dans le groupe A, B et C, respectivement. Les patients ont évalué leur compréhension de la consultation en moyenne sur 10, à 7,8 dans le groupe A, 8,3 dans le groupe B et enfin à 9,6 dans le groupe C. Les médecins ont évalué la compréhension des patients en moyenne sur 10 à 7,6 pour le groupe A, à 6,5 dans le groupe B et à 8,4 dans le groupe C. Les médecins estimaient que 100% des patients du groupe C, 80% du groupe B et 70% du groupe A avaient compris la consultation.

Discussion / Conclusion : Seule la présence d'un interprète professionnel permet que le diagnostic et ses explications soient correctement compris par le patient et que ce dernier soit satisfait de sa prise en charge. Il n'y a pas ou peu de différence de compréhension entre les patients francophones et ceux accompagnés par un interprète informel et la probabilité que ces patients aient compris la consultation est faible. Évaluer la francophonie par des moyens simples, avoir recours à un interprétariat professionnel systématiquement, et former les médecins à une consultation tripartite pourraient être des outils pour favoriser la prise en charge médicale de ces patients fragiles et isolés.

INTRODUCTION

La France, et en particulier la région SUD, absorbe depuis plusieurs années un flux migratoire de plus en plus important, les immigrants représentant 10,1% de la population de la région SUD en 2012 contre 10,4% en 2015. La France comptait en 2014 4,2 millions d'étrangers selon la définition OMS et 4,5 millions en 2015. (1)

L'OMS considère que la santé des migrants est un enjeu sanitaire mondial, et recommande que les systèmes de santé se structurent de façon à faire face à cette nouvelle réalité (2). Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population. Et chaque réfugié doit bénéficier sans interruption d'un accès complet à des soins de santé de qualité, sans aucune discrimination fondée sur le sexe, l'âge, la religion, la nationalité ou la race (3).

Mais il est difficile de garantir cette équité lorsque les patients sont allophones, c'est-à-dire qu'ils ne parlent pas la langue du pays d'accueil. Au cours de ces vingt dernières années, plusieurs études montrent que la barrière linguistique est un obstacle majeur à la prise en charge médicale. Les patients allophones sont globalement moins satisfaits de leur prise en charge que les patients anglophones (Todd 1993). Et le suivi médical après une consultation en urgence est d'autant moins assuré que la barrière linguistique est grande (Sarver 2000). Par ailleurs, lorsqu'un traducteur est présent pendant la consultation, il s'agit la plupart du temps d'un membre de l'entourage du patient (famille, amis, enfants). Mais dans ce cas, les praticiens et les patients sont très peu satisfaits de la qualité des échanges (Blöchliger 1997, 1998)

Dans la présente étude, avons comparé le niveau de compréhension d'une consultation de médecine générale dans trois groupes de patients : francophones, allophones avec interprète de l'entourage et allophone avec interprète professionnel. Notre objectif était d'analyser les facteurs facilitant et limitant la compréhension entre médecin et patient. Ceci afin de proposer des outils/propositions/recommandations aux praticiens confrontés à des patients allophones.

METHODES

Type et modalités d'étude

Cette étude prospective observationnelle quantitative monocentrique a été réalisée de Février 2019 à Juin 2019.

Elle a eu lieu à la PASS (Permanence accès aux soins de santé) du C.H.U Timone, à Marseille. La PASS est un service destiné aux patients ayant des difficultés d'accès aux soins. Les soignants de la PASS assurent leur prise en charge médico-sociale jusqu'à l'obtention des droits sociaux, puis transfèrent les patients au droit commun, dont la médecine de ville. Les patients pris en charge sont pour la majorité des étrangers, en situation irrégulière ou demandeurs d'asile.

Des médecins séniors et internes y assurent des consultations sur rendez-vous ainsi qu'une permanence un jour par semaine. Ils ont à leur disposition un service d'interprétariat téléphonique professionnel, ISM (Interprétariat Service Migrants).

Recrutement

Nous avons inclus 83 patients consultant dans le service de la PASS. Toute nationalité, langue parlée, et couverture sociale ont été acceptées.

Les critères d'inclusions étaient :

- Être âgé de plus de 18 ans et de moins de 65 ans
- Avoir bénéficié d'une consultation dans le service avec au moins un diagnostic énoncé et expliqué au patient par le médecin.

Après entretien avec le médecin, l'investigateur a exclu certains patients selon les critères suivants :

- Plusieurs diagnostics énoncés au patient.
- Pas de diagnostic précis énoncé au patient
- Patient allophone non accompagné refusant l'interprétariat.
- Refus ou impossibilité de donner son consentement

Déroulement de l'étude

Cette étude a reçu l'avis favorable du comité éthique de l'Institut Hospitalo-Universitaire Méditerranée Infection (N°2019-009). Le consentement oral éclairé de chacun des patients a été recueilli et toutes les données personnelles ont été anonymisées.

Le recueil de données a été réalisé par un investigateur unique, Sylvain Alric.

Nous avons élaboré deux questionnaires :

- Le questionnaire « médecin » (**Annexe 1**) était disponible dans toutes les salles de consultations du service. Il était d'abord demandé au médecin de classer son patient dans un des trois sous-groupes :
 - Mon patient s'est déclaré parlant la langue française et je n'ai pas eu recours à l'interprétariat
 - Mon patient s'est déclaré allophone et était accompagné d'un interprète non professionnel (souvent cercle familial ou proche, bénévolat association ...etc.)
 - Mon patient s'est déclaré allophone et j'ai eu recours à ISM

Le médecin reportait ensuite le diagnostic énoncé au patient, et le mot/groupe de mots ou phrases utilisés pour expliquer le diagnostic. Il devait ensuite évaluer la compréhension globale de la consultation par le patient, en donnant une note comprise entre 0 et 10 (0 : je pense que mon patient n'a rien compris, 10 : je pense que mon patient a tout compris)

Il lui était également demandé de répondre par oui/non/ne sait pas à la question « pensez-vous que votre patient a compris le diagnostic ? »

Enfin il complétait une question ouverte sur les facteurs limitant ou facilitant la consultation.

- A l'issue de la consultation médicale, l'investigateur excluait les patients présentant un ou plusieurs critères d'exclusion. Les patients non exclus étaient ensuite reçus par l'investigateur pour compléter le questionnaire patient (**Annexe 2**)
- L'investigateur a rempli le questionnaire patient avec celui-ci. Cet entretien a été systématiquement réalisé dans la langue maternelle du patient (ou celle de son choix), avec recours à ISM si besoin. Si le patient était initialement accompagné par un interprète non professionnel, il était écarté lors de l'entretien post-consultation au bénéfice d'un interprétariat professionnel. Cet entretien durait en moyenne 20 min.

Il était demandé au patient d'énoncer le diagnostic formulé par le médecin ainsi que le mot/groupe de mots ou phrases utilisés pour expliquer celui-ci.

Le patient devait ensuite noter entre 0 et 10 sa compréhension globale de la consultation (0 je pense n'avoir rien compris, 10 : je pense avoir tout compris) puis répondait à la question ouverte « qu'aurions-nous pu faire pour améliorer votre compréhension ? ».

Objectif

Notre objectif était d'évaluer la compréhension d'une consultation de médecine générale des patients consultant dans le service de la PASS, en particulier ceux allophones, et de rechercher les facteurs favorisant ou limitant leur compréhension.

Traitement des données

Nous avons classé les patients dans trois groupes conformément au classement établi par le médecin réalisant la consultation initiale :

- se déclarant francophones et suivant seuls la consultation (groupe A)
- allophones accompagnés par un interprète non professionnel, souvent du cercle proche (groupe B)
- allophones bénéficiant d'un interprétariat téléphonique professionnel par ISM (groupe C)

L'ensemble des données recueillies a été saisi sous le logiciel EXCEL.

Nous avons évalué la capacité du patient à restituer le diagnostic énoncé par le médecin, ainsi que le mot ou groupe de mots utilisés pour expliquer ce diagnostic.

Il était considéré que le patient avait correctement restitué le diagnostic lorsque le mot exact ou le synonyme était verbalisé par le patient, de même pour le mot ou groupe de mots expliquant le diagnostic.

Le taux de restitution du diagnostic (TRD) et de son explication (TRE) étaient calculés pour chaque groupe par les formules suivantes :

TRD = nombre de patients restituant correctement le diagnostic dans le groupe / nombre total de patients dans le groupe.

TRE = nombre de patients restituant correctement l'explication du diagnostic dans le groupe / nombre total de patients dans le groupe.

Ces taux ont ensuite été exprimés sous forme de pourcentage et comparés entre les différents groupes.

Les notes moyennes données par les patients et les médecins à l'évaluation de la compréhension de la consultation ont été établies et comparées entre les groupes.

Les réponses aux questions ouvertes n'ont pas fait l'objet d'un traitement particulier. Les plus pertinentes sont exposées dans le chapitre résultats et feront l'objet de remarques dans la partie discussion.

RESULTATS

Population étudiée

Au total 83 patients ont été interrogés, 38 ont été exclus et 15 n'étaient finalement pas éligibles. En effet, l'exclusion s'est faite en deux temps :

- Dans un premier temps, après la consultation médicale d'inclusion. Les motifs d'exclusion ont été les suivants : il ne s'agissait pas d'une consultation initiale (20 patients) ; plus d'un diagnostic ou aucun énoncé lors de la consultation (9 patients), refus du recours à l'interprète téléphonique (5 patients), n'a pas donné son consentement (4 patients).
- Dans un deuxième temps, à l'occasion de l'entretien avec l'investigateur, au moment de remplir le questionnaire patient. Les motifs de non inclusion ont été les suivants : patients partis entre la consultation et l'entretien (3 patients), l'ISM n'a pu fournir d'interprète dans la langue choisie pour l'entretien (4 patients) ; le questionnaire médecin contenait des données incomplètes ou manquantes (8 patients).

A l'issue de ce processus, les groupes A, B et C contenaient 10 patients chacun (**Figure 1**).

L'âge médian était de 43.5, 34.5 et 42.0 ans et le sexe ratio Homme/Femme était de 1.50, 0.67 et 1.50 dans les groupes A, B et C, respectivement (**Table 1**).

40 % (12/30) des patients provenaient du continent Africain, 30% (9/30) de l'Europe de l'est, 16.7% (5/30) de Russie, 6.7 % (2/30) et 3.3% (1/30) provenaient du Proche et Moyen orient, et enfin 1 patient était d'origine française (**Figure 2a et 2b**).

Les motifs de consultation étaient divers avec notamment 16.7% (5 /30) pour une cause d'origine ostéo-articulaire (lumbago, sciatique, tendinite), 13,3% (4/30) pour la sphère ORL (sinusite, angine) 10% (3/30) pour un problème d'ordre cardiovasculaire (hypertension artérielle, hypercholestérolémie), neurologique (migraines, céphalées de tension) et urologique (cystite, colique néphrétique). Les motifs les moins fréquents concernaient la catégorie pneumologique, digestive, oncologique et cutanée (**Figure 3**).

Taux de restitution du diagnostic (TRD) et de son explication (TRE).

Dans le groupe A, 50% des patients ont restitué correctement le diagnostic et 50% ont réussi à bien restituer l'explication de la pathologie avec quelques mots. 40% ont restitué correctement à la fois le diagnostic et son explication.

Dans le groupe B, 30% patients ont restitué correctement le diagnostic et 50% ont réussi à bien restituer l'explication de la pathologie avec quelques mots. 20% ont restitué correctement à la fois le diagnostic et son explication.

Dans le groupe C, 90% patients ont restitué correctement le diagnostic et 90% ont réussi à bien expliquer la pathologie avec quelques mots. 80% ont restitué correctement à la fois le diagnostic et son explication. **(Figure 4)**

Notes attribuées à la consultation par les patients et les médecins

Les patients ont évalué leur compréhension de la consultation à 7,8 sur 10 en moyenne dans le groupe A, à 8,3 sur 10 dans le groupe B et enfin à 9,6 sur 10 dans le groupe C.

Les médecins ont évalué la compréhension des patients en moyenne à 7,6 sur 10 pour le groupe A, à 6,5 sur 10 dans le groupe B, et à 8,4 sur 10 dans le groupe C. **(Figure 5)**

Évaluation globale de la compréhension par le médecin

On observe que les médecins ont estimé que 100% des patients du groupe C, 80% du groupe B et 70% du groupe A avaient compris la consultation. Pour 5 patients tous groupes confondus le médecin doutait de la bonne compréhension du patient. Aucun patient n'a été considéré comme n'ayant pas compris la consultation, tous groupes confondus.

DISCUSSION

ANALYSE DES RESULTATS

A situation différente, compréhension différente. Analyse des TRD et TRE

L'objectif de notre étude était d'analyser la compréhension d'une consultation de médecine générale par un patient consultant dans le service de la PASS au travers de trois situations fréquentes et souvent identiques à celles vécues par le médecin généraliste en ville: patients allophones se rendant seuls à la consultation, patients parlant un peu le français mais dont ce n'est pas la langue maternelle, patients allophones accompagnés d'un proche pour les aider à traduire.

Seule la présence d'un interprète professionnel permet que le diagnostic et ses explications soient correctement compris par le patient.

Les résultats du groupe C montrent que la probabilité que le patient comprenne le médecin est élevée. En effet, le diagnostic ainsi que ses explications ont été restitués correctement dans 90% des cas. Ces taux sont bien supérieurs à ceux observés dans les groupes A et B. De plus, lorsque le diagnostic était restitué, les explications l'étaient aussi, TRE et TRD étant égaux dans ce groupe. Nous pensons que cela témoigne d'une bonne compréhension globale de la consultation. En effet lorsque la compréhension est difficile il semble parfois plus important pour le patient ou son accompagnant de saisir les explications du diagnostic que simplement le nom donné à celui-ci (TRE > TRD dans les autres groupes). La présence d'un interprète médical semble donc aider à saisir toutes les informations transmises par le médecin.

Ces résultats soulignent la plus-value de l'interprétariat médical professionnel. Déjà en 2001, une étude suisse montrait que la qualité de communication est nettement plus élevée lorsqu'un interprète qualifié est présent pendant la consultation avec des patients (Bischoff, 2001). Le manque de temps et le coût semblent être les freins les plus importants au recours systématique à l'interprétariat professionnel en médecine générale de ville (Richard, 2016).

Les spécificités de la profession d'interprète médical sont les suivantes : il s'agit d'un professionnel avec des notions et un vocabulaire médical qui facilitent sa compréhension du médecin. Il possède des compétences de médiation culturelle, tient compte des spécificités culturelles et linguistiques des deux langues et les explique au patient et au médecin si nécessaire. Enfin, il est formé à mettre une juste distance par rapport à son histoire, qui lui permet de rester empathique tout en n'imprégnant pas le discours de ses projections personnelles.

L'expertise médicale est essentielle à l'intégrité de la prise en charge du malade (Hsieh 2010)
L'intervention d'un interprète professionnel plutôt qu'informel réduit le taux d'erreurs médicales et améliore l'état de santé du patient (Thom 2008).

Cette notion est renforcée dans notre étude par plusieurs réponses de médecins aux questions ouvertes. Les médecins doutent de la qualité de la traduction de l'accompagnant et expriment les difficultés que cela engendre. Par exemple un médecin décrit le cas d'une patiente qui a probablement refusé une hospitalisation parce que son traducteur et ami n'a manifestement pas compris la gravité de la maladie. Dans cette situation, les soins sont d'une nécessité vitale, mais vont engendrer une facturation lourde. Le proche a considéré comme plus important de préserver la patiente des frais d'hospitalisation, au détriment de la prise en charge médicale. Les médecins de la PASS sont souvent confrontés à ce genre de situation.

Il n'y a pas ou peu de différence de compréhension entre les patients francophones (groupe A) et ceux accompagnés par un interprète informel (groupe B). Et la probabilité que ces patients comprennent le diagnostic et son explication est faible. Les TRD et TRE sont non seulement faibles, mais également très inférieurs à ceux du groupe C.

Dans le groupe A, deux facteurs semblent être à l'origine de cette difficulté de compréhension. Le premier est évidemment l'usage d'une langue véhiculaire (le français). En effet même si le patient se déclare ou est déclaré francophone par le médecin, cela n'implique pas nécessairement qu'il ait le niveau de français nécessaire pour bien comprendre une consultation médicale.

Le second facteur est que la population consultant à la PASS est issue de milieux défavorisés donc ayant eu un faible accès à l'éducation. Le manque de vocabulaire et la difficulté à poser des questions sont probablement un facteur aggravant. Nos résultats concordent à nouveau avec la littérature dans ce domaine. Plusieurs études montrent que les patients allophones sortent moins satisfaits d'une consultation lorsqu'il n'y a pas eu l'aide d'un interprète professionnel (Todd 1993). Et ils demandent plus d'explications en déclarant avoir mal compris la consultation (Baker 1996).

C'est dans le groupe B qu'on retrouve la compréhension la plus faible avec seulement 30% de restitution du diagnostic, et 50% de restitution des explications.

Il est intéressant de noter que ce groupe présente un TRE supérieur au TRD. Les explications sont donc mieux restituées que le diagnostic lui-même dans ce groupe. Cela est explicable par le fait que l'interprète accompagnant a probablement plus de facilité à saisir le vocabulaire simple utilisé pour expliquer le diagnostic que ce dernier.

Nous expliquons la faible compréhension dans ce groupe par trois facteurs principalement :

Le premier est que l'accompagnant a souvent des difficultés à comprendre puis à traduire le médecin puisque le français n'est pas sa langue maternelle.

Le second est le caractère informel de l'interprétariat. Comme expliqué précédemment l'apport de l'expertise d'un professionnel formé dans ce domaine est notable (maîtrise du vocabulaire médical, expertise culturelle, empathie non invasive)

Le dernier est que plusieurs rôles antagonistes sont assignés à l'interprète informel. Il passe tour à tour du rôle d'interprète voulu « neutre » par le médecin dans le but de faire passer un message loyal et approprié à celui de soutien/aidant pour le patient qu'il accompagne. Il peut dans ce contexte avoir tendance à minimiser ce que dit le médecin pour ne pas inquiéter le patient. Ou au contraire insister sur des éléments de gravité clinique ou de la situation sociale exposée au médecin dans l'espoir d'obtenir des bénéfices secondaires. Cette confusion des rôles est un facteur limitant la compréhension qui a déjà été décrit (Bischoff, 2001). Il est intéressant de noter qu'elle est source d'insatisfaction pour les patients. La prestation médicale est jugée moins bonne par le patient lorsqu'il est accompagné que s'il vient seul (Bischoff, 2001). Et elle complique la gestion du secret médical par le médecin (Jacobs, 1995).

La situation idéale serait donc de s'affranchir de l'accompagnant comme traducteur pour lui préférer un interprétariat professionnel médical, laissant ainsi à l'accompagnant sa mission de soutien du patient. Dans les questions ouvertes la remarque d'un patient vient appuyer cette idée. Il déclare : « la dernière fois j'avais une traduction par téléphone c'était mieux », soulignant le bénéfice du recours à l'ISM par rapport à la consultation précédente où il était accompagné d'un ami.

Un ressenti identique, des compréhensions différentes

L'analyse des notes sur 10 données par les patients et les médecins à la compréhension de la consultation montre une discordance entre la compréhension perçue et la compréhension réelle, pour le médecin comme pour le patient.

Notes patients

Dans les trois groupes les notes moyennes données par les patients sont élevées (entre 7,8 et 9,6). Elles contrastent avec des TRE et TRD faibles dans les groupes A et B.

Cette discordance entre compréhension réelle et compréhension perçue, peut s'expliquer de deux façons.

La première semble être le défaut de compréhension général : il est difficile d'évaluer quelque chose que l'on n'a pas compris.

La seconde est que les patients suivis à la PASS ont des parcours de vie très difficile et leur accès aux soins était inexistant auparavant. Dans ce contexte les patients expriment souvent leur reconnaissance vis-à-vis des soignants. Il est donc possible qu'ils aient voulu exprimer leur satisfaction de la consultation plutôt que la compréhension de celle-ci. Ceci se reflète dans les commentaires patients : en effet dans les groupes A et B la majorité des patients répondent à la question « comment aurions-nous pu faire pour améliorer votre compréhension ? » par des remerciements.

Dans le groupe C, les notes sont très élevées, ce qui est en adéquation avec la compréhension dans ce groupe.

Notes médecins et auto-évaluation

Les médecins semblent également surestimer la compréhension des patients des groupes A et B. Ces groupes obtiennent en effet des notes beaucoup plus élevées que la compréhension réelle observée (TRE et TRD). On constate également qu'il n'y a aucune réponse « non » à la question « pensez-vous que votre patient a compris le diagnostic et ses explications ? », et ceci tous groupes confondus.

Ces observations traduisent là un problème qui se pose régulièrement aux soignants de la PASS. Il est très difficile d'évaluer le niveau réel de compréhension d'un patient se déclarant francophone, alors qu'il s'agit d'un élément déterminant la qualité de la prise en charge. Les outils d'évaluation linguistique retrouvés dans la littérature sont souvent trop complexes ou trop chronophages dans leur utilisation et ne sont donc pas adaptés aux professionnels de santé

LIMITES DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude exploratoire observationnelle. La taille de l'échantillon est faible, ne permet pas de généraliser nos résultats mais donne des observations pertinentes sur le sujet et des ouvertures vers des études ultérieures.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Lorsqu'un patient d'origine étrangère se présente en consultation, deux situations sont possibles :

Le patient ne parle pas français. Dans ce cas, la présence d'un aidant assurant la traduction semble toujours facilitante. Mais le praticien doit être conscient des limites de l'interprétariat informel, et lui préférer chaque fois que cela est possible un interprétariat professionnel. Malheureusement l'accès à ce type de prestation est à la fois méconnu et limité, en médecine de ville.

Le recours à l'interprétariat professionnel peut se faire de deux façons. Par la réorientation vers le service PASS local, notamment lorsque le patient est atteint d'une pathologie sévère nécessitant le recours au plateau technique de l'hôpital. Les PASS sont destinées à tous les patients ayant des difficultés d'accès aux soins et pas seulement aux patients sans droits ouverts. Ce message est souvent méconnu et il serait intéressant de le diffuser plus amplement. Et pour les médecins qui souhaitent suivre les patients allophones dans leur cabinet, l'association osiris met à disposition gratuitement un service d'interprétariat médical par téléphone ou physique (09 86 06 81 49, www.osiris-interpretariat.com).

Il apparaît également important de former les médecins sur le sujet, au cours de leurs études. Le module devrait à la fois développer les facteurs limitant la compréhension afin que les médecins ne surestiment pas le degré de compréhension des patients, et former à l'utilisation de l'interprétariat professionnel, car la gestion d'une consultation tripartite nécessite un apprentissage.

Lorsque le patient semble parler français, il apparaît important de contrôler son niveau de langue avant de poursuivre la consultation en français. Si son niveau en français s'avère finalement trop bas pour permettre une bonne compréhension, il est important alors d'avoir recours à un interprète professionnel pour garantir la bonne qualité de la prise en charge. Malheureusement, aujourd'hui, il n'existe pas de test de français réalisable en une à deux minutes, et spécifique au langage médical. Il serait intéressant, dans des études ultérieures, de développer ce type d'outils adaptés aux consultations médicales.

TABLEAUX ET FIGURES

Table 1. Caractéristiques démographiques des patients

	Age median A(IIQ) ⁴	Hommes N (%)	Femmes N (%)
Groupe A ¹	43,5 (36-47,5)	6 (60)	4 (40)
Groupe B ²	34,5 (30,5-47,3)	4 (40)	6 (60)
Groupe C ³	42 (35,3-54)	6 (60)	4 (40)
TOTAL	40,5 (32,5-48,8)	16 (53,3)	14 (46,7)

Figure 1. Diagramme de flux

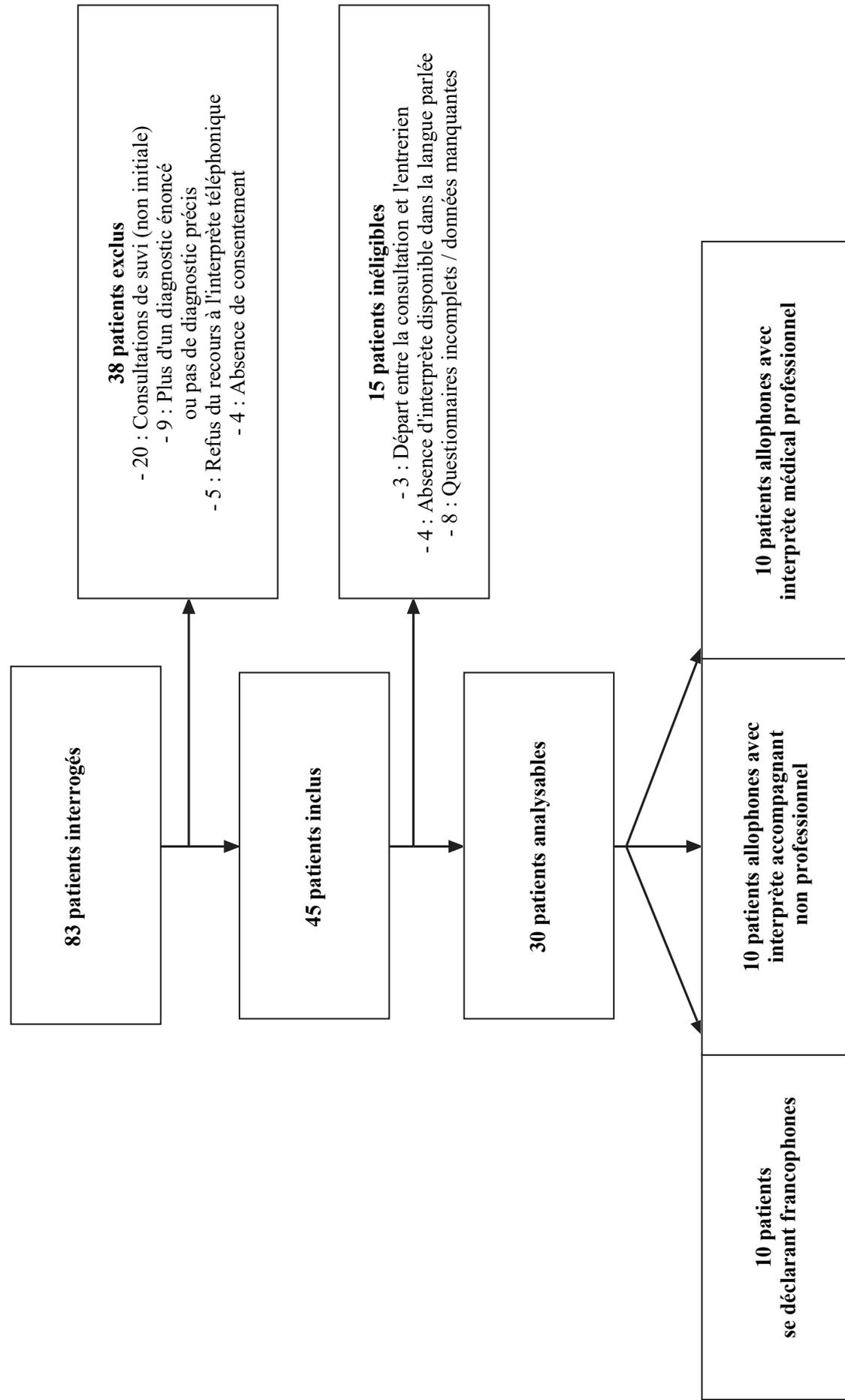


Figure 2a. Répartition des patients en fonction du pays d'origine

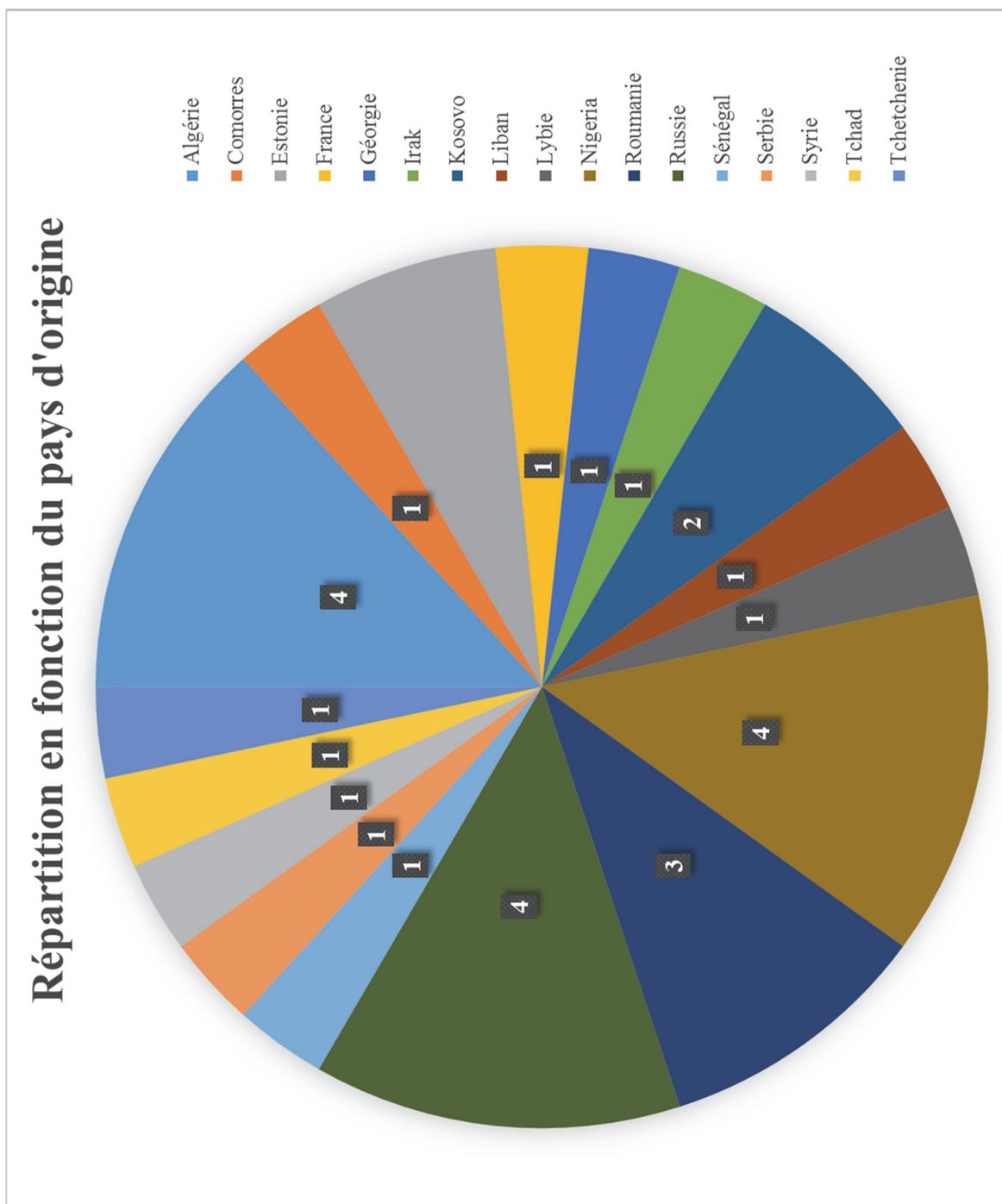


Figure 2b. Répartition des patients en fonction du continent d'origine

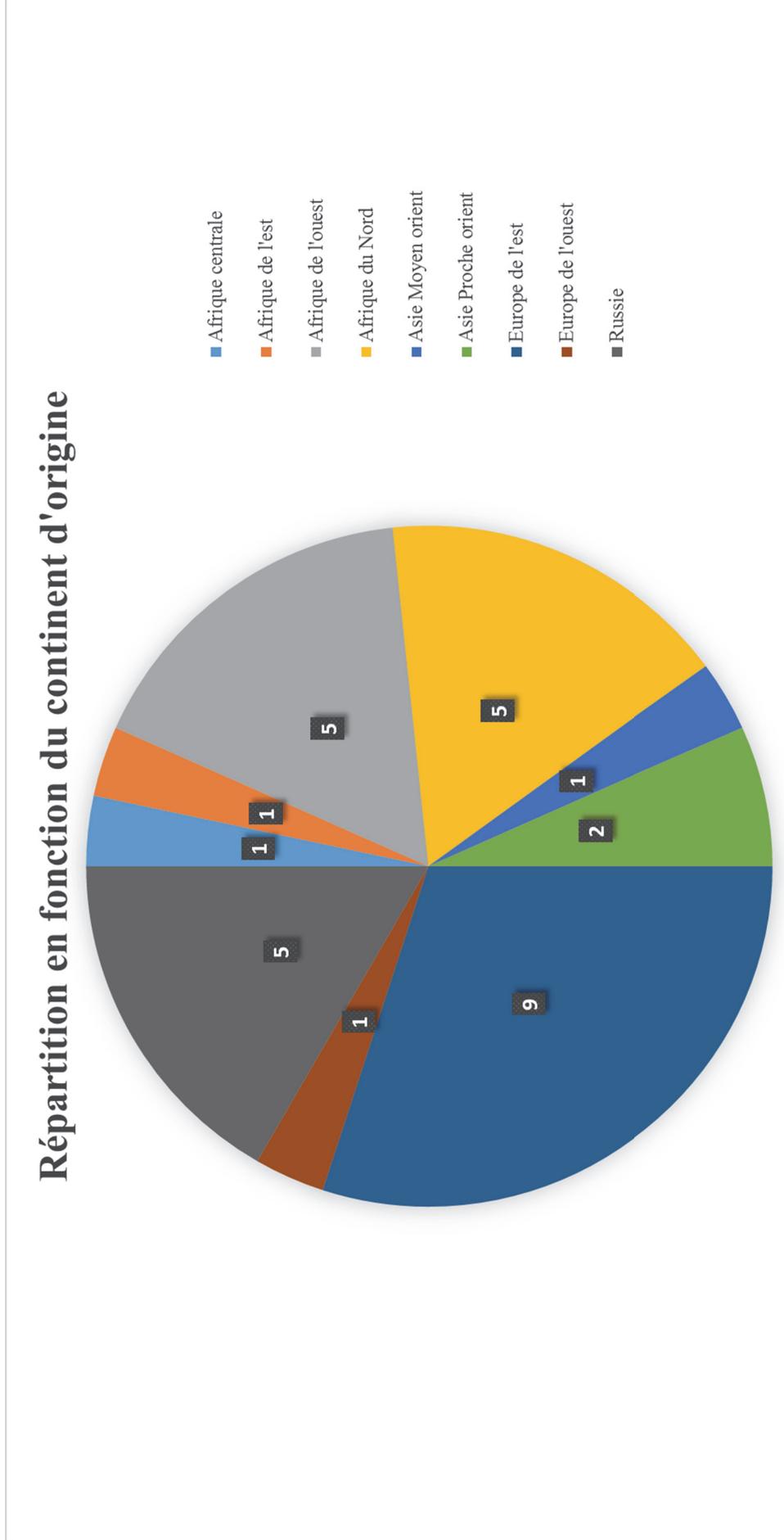


Figure 3. Motifs de consultation

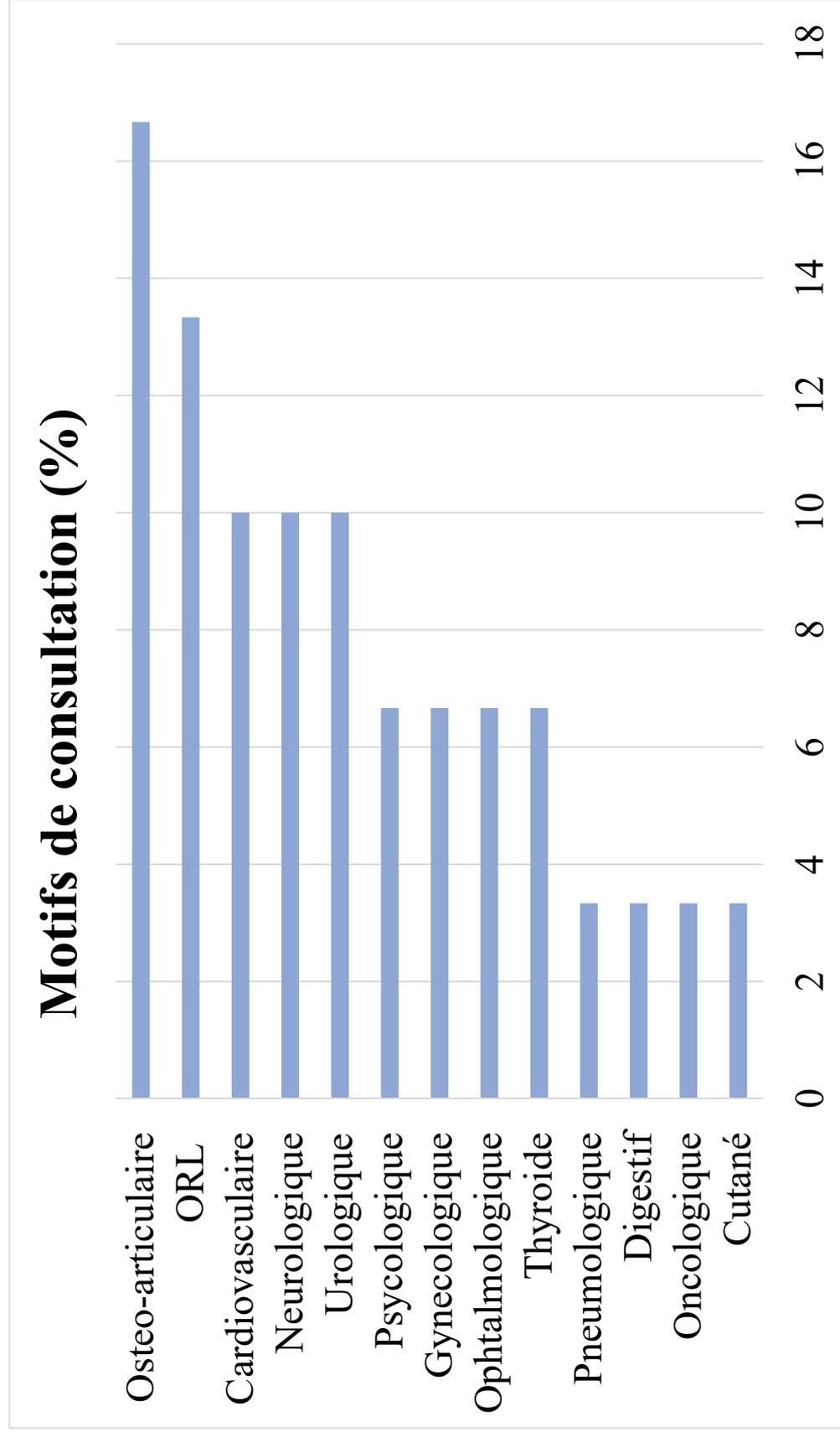


Figure 4. Taux de restitution du diagnostic (TRD) et de son explication (TRE) (%)

Taux de restitution du diagnostic et de son explication (%)

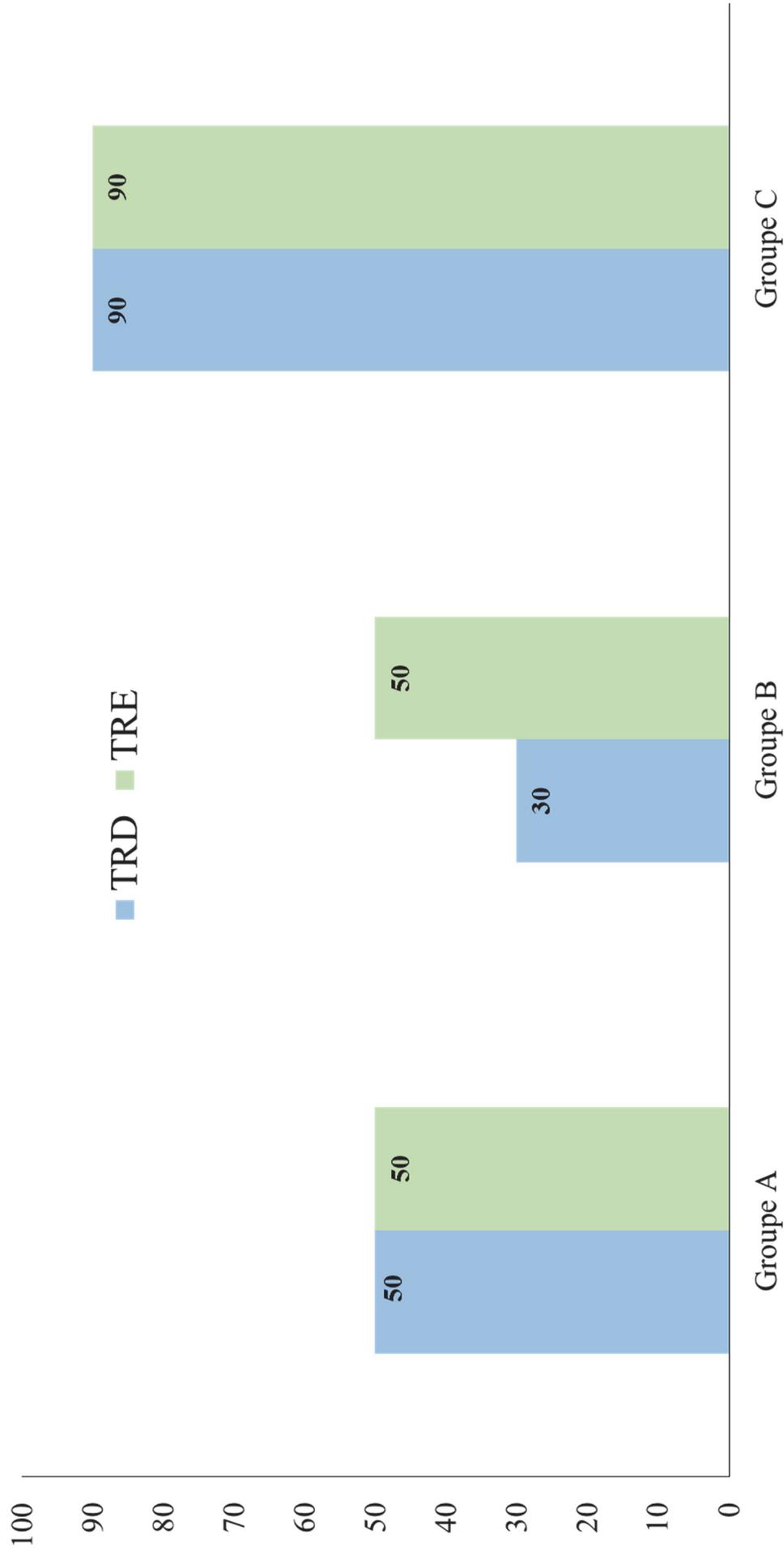
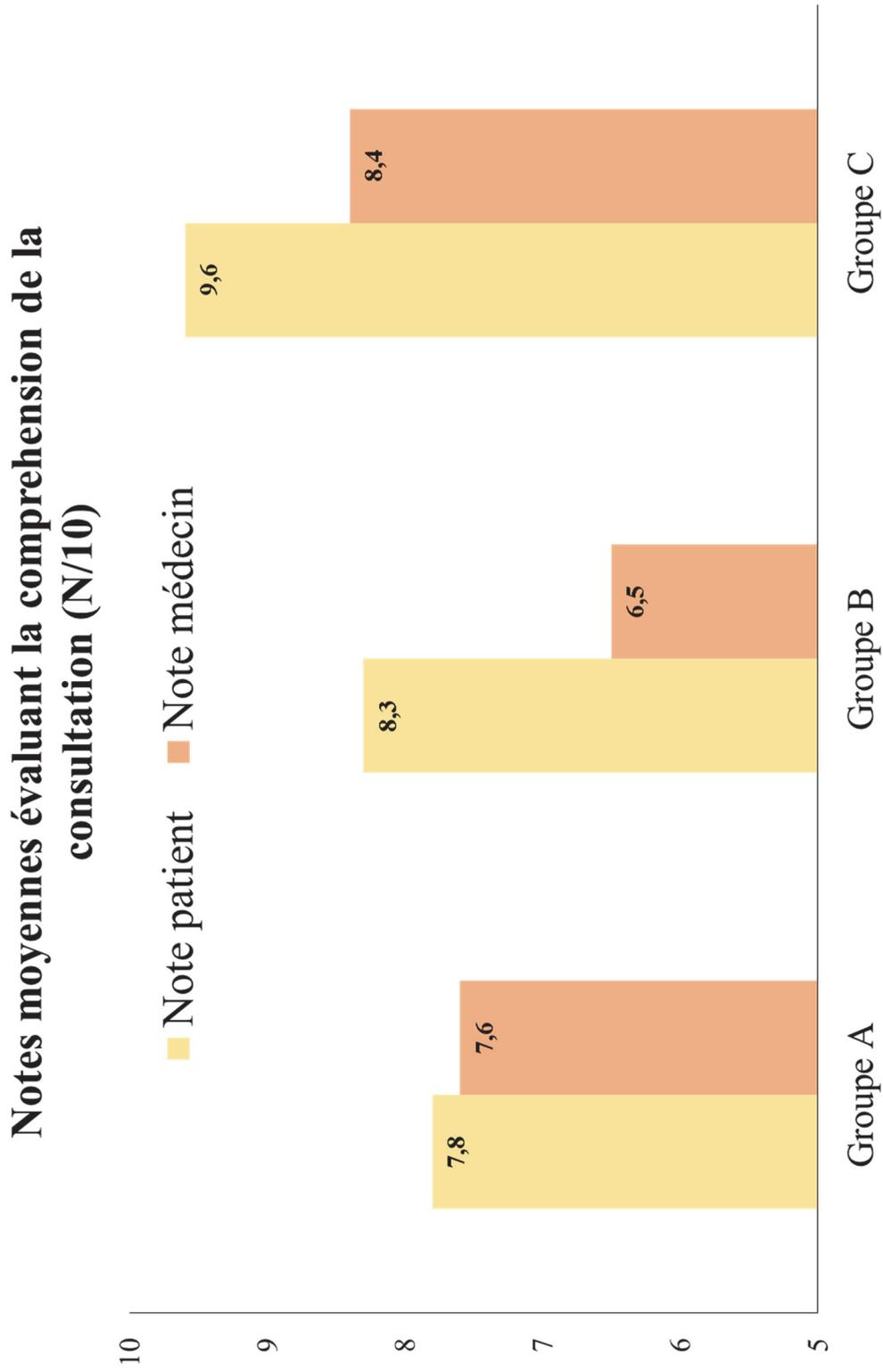


Figure 5. Notes moyennes évaluant la compréhension de la consultation (N/10)



ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire Patient

N° inclusion

Sexe

Age

Nationalité

Langues parlées

1. Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucune compréhension, 10 une parfaite compréhension) comment évaluez-vous votre compréhension de la consultation :

2. Quel est selon vous le nom de la maladie énoncé par le médecin :

3. Quels mots ou phrases à t-il employé pour vous expliquer la maladie

4. Qu'aurions-nous pu faire selon vous pour améliorer votre compréhension ?

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Check-List d'inclusion :

-Mon patient à entre 18 et 60 ans.

-J'ai formulé et expliqué au moins *1 diagnostic* et *3 thérapeutiques*

-Mon patient s'est déclaré (cocher)

- Parlant la langue sans nécessité traduction
- Ne parlant pas la langue et j'ai appelé un interprète médical
- Ne parlant pas la langue et il était accompagné d'un traducteur personnel

1) Quel a été le diagnostic énoncé au patient : _____

2) Quels mot ou groupe de mot avez-vous utilisé pour expliquer le diagnostic au patient

3) Pensez-vous que votre patient à compris le diagnostic : Oui/Non/Ne Sait pas

4) De 0 à 10, évaluez la compréhension générale de la consultation :

5) Si vous pensez que votre patient a eu des difficultés de compréhension, quels en sont pour vous les différents facteurs :

REFERENCES

Amiel MH, L'essentiel de l'immigration n°2018-20 et N°2018-24, septembre et novembre 2018, Ministère de l'Intérieur - Direction Générale des Étrangers en France Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Coates, W. C., & Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *Jama*, 275(10), 783-788.

Bischoff, A., Loutan, L., & Stalder, H. (2001). Barrières linguistiques et communication dans une polyclinique de médecine. *Bulletin VALS-ASLA*, 74, 193-207.

Blöchliger, C., Ries, N., Gonon, M., Loutan, L., Mark, K., Vetterli, S., ... & Junghanss, T. (1998). Asylum seekers and refugees in the medical polyclinic: a comparison between the Basel, Bern and Geneva polyclinics. *Sozial-und Praventivmedizin*, 43(1), 29-38.

Blöchliger, C., Tanner, M., Hatz, C., & Junghanss, T. (1997). Asylum seekers and refugees in ambulatory health care: communication between physician and patient. *Praxis*, 86(19), 800-810.

Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 2015. Informations / L'Europe se prépare à prendre en charge la santé des réfugiés <http://www9.who.int/bulletin/volumes/93/12/fr/>

Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 2017. Migration et santé/ Questions Réponses <https://www.who.int/features/qa/88/fr/>

Hsieh, E. (2010). Provider–interpreter collaboration in bilingual health care: competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient education and counseling*, 78(2), 154-159.

Jacobs, B., Kroll, L., Green, J., & David, T. J. (1995). The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(8), 474P.

Richard, C (2016) Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale : place de l'interprétariat professionnel. *Sciences du Vivant [q-bio]*. (dumas-01745512)

Sarver, J., & Baker, D. W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of general internal medicine, 15*(4), 256-264.

Thom, N. (2008). Using telephone interpreters to communicate with patients. *Nursing times, 104*(46), 28-29.

Todd, K. H., Samaroo, N., & Hoffman, J. R. (1993). Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Jama, 269*(12), 1537-1539.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Contexte : La France absorbe depuis plusieurs années un flux migratoire de plus en plus important. On dénombre 4,4 millions d'étrangers résidant en France métropolitaine en 2015. Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population mais il est difficile de garantir cette équité lorsque les patients sont allophones, la barrière linguistique étant un obstacle majeur à la prise en charge médicale.

Méthodes : Dans la présente étude, nous avons comparé le niveau de compréhension d'une consultation de médecine générale dans trois groupes de patients : francophones (groupe A), allophones avec interprète de l'entourage (groupe B) et allophone avec interprète professionnel (groupe C). Cette étude prospective observationnelle quantitative monocentrique a été réalisée de Février 2019 à Juin 2019 à la Permanence d'accès aux soins de santé du C.H.U Timone, à Marseille. Nous avons élaboré deux questionnaires : un « médecin » dans lequel ce dernier reportait le diagnostic énoncé au patient ainsi que les mots utilisés pour l'expliquer. Il évaluait également la compréhension du patient avec une note sur dix. Il lui était également demandé de répondre par oui/non/ne sait pas à la question « pensez-vous que votre patient a compris le diagnostic ». Puis, l'investigateur remplissait celui « patient » avec celui-ci dans sa langue maternelle (ou celle de son choix), avec recours à un interprète professionnel si besoin. Il était alors demandé au patient d'énoncer le diagnostic formulé par le médecin ainsi que le mot/groupe de mot ou phrase utilisé pour expliquer celui-ci et il devait à son tour donner une note entre 0 et 10 évaluant sa compréhension globale de la consultation et enfin répondait à la question ouverte « qu'aurions-nous pu faire pour améliorer votre compréhension ? ».

Résultats : Nous avons observé un taux de restitution du diagnostic de 50%, 30% et 90% dans le groupe A, B et C, respectivement et un taux de restitution de son explication de 50%, 50% et 90% dans le groupe A, B et C, respectivement. Les patients ont évalué leur compréhension de la consultation en moyenne sur 10, à 7,8 dans le groupe A, 8,3 dans le groupe B et enfin à 9,6 dans le groupe C. Les médecins ont évalué la compréhension des patients en moyenne sur 10 à 7,6 pour le groupe A, à 6,5 dans le groupe B et à 8,4 dans le groupe C. Les médecins estimaient que 100% des patients du groupe C, 80% du groupe B et 70% du groupe A avaient compris la consultation.

Discussion / Conclusion : Seule la présence d'un interprète professionnel permet que le diagnostic et ses explications soient correctement compris par le patient et que ce dernier soit satisfait de sa prise en charge. Il n'y a pas ou peu de différence de compréhension entre les patients francophones et ceux accompagnés par un interprète informel et la probabilité que ces patients aient compris la consultation est faible. Évaluer la francophonie par des moyens simples, avoir recours à un interprétariat professionnel systématiquement, et former les médecins à une consultation tripartite pourraient être des outils pour favoriser la prise en charge médicale de ces patients fragiles et isolés.

Mots-clés : Patient non francophone | interprète professionnel | problèmes de santé | Médecine Générale.