



HAL
open science

Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale : place de l'interprétariat professionnel

Camille Richard

► To cite this version:

Camille Richard. Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale : place de l'interprétariat professionnel. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. <dumas-01745512>

HAL Id: dumas-01745512

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01745512v1>

Submitted on 5 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

N° d'ordre :

ANNÉE 2016



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

**THÈSE EN VUE DU
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

Camille RICHARD

Née le 21 mai 1987 au Mans

**Prise en charge des
patients allophones en
consultation de
médecine générale :**

**Place de l'interprétariat
professionnel**

Thèse soutenue à Rennes

le 6 juin 2016 devant le jury composé de :

Professeur Pierre TATTEVIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Service d'infectiologie au CHU de Rennes / *président*

Professeur Jean-Pierre GANGNEUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Service de parasitologie au CHU de Rennes / *Juge*

Docteur Françoise TATTEVIN

Maître de Conférences Associée des Universités
Médecin généraliste / *Juge*

Docteur Alain COUATARMANAC'H

Médecin généraliste / *directeur de thèse*

Docteur Jean-Marc CHAPPLAIN

Service d'infectiologie au CHU de Rennes / *co-directeur de thèse*

Liste des Professeurs des Universités- Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

| Nom Prénom | Sous-section de Conseil National des Universités |
|---|---|
| ANNE-GALIBERT Marie Dominique | Biochimie et biologie moléculaire |
| BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine | Histologie; embryologie et cytogénétique |
| BELLISSANT Eric | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |
| BELLOU Abdelouahab | Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie |
| BELOEIL Hélène | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| BENDAVID Claude | Biochimie et biologie moléculaire |
| BENSALAH Karim | Urologie |
| BEUCHEE Alain | Pédiatrie |
| BONAN Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| BONNET Fabrice | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale |
| BOUDJEMA Karim | Chirurgie générale |
| BOUGET Jacques | Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie |
| BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre | Biophysique et médecine nucléaire |
| BRASSIER Gilles | Neurochirurgie |
| BRETAGNE Jean-François | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| CARRE François | Physiologie |
| CATROS Véronique | Biologie cellulaire |
| CHALES Gérard Professeur des Universités émérite | Rhumatologie |
| CORBINEAU Hervé | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| CUGGIA Marc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DARNAULT Pierre | Anatomie |
| DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite | Cardiologie |
| DAVID Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| DAYAN Jacques Professeur des Universités associé | Pédopsychiatrie; addictologie |
| DE CREVOISIER Renaud | Cancérologie; radiothérapie |
| DECAUX Olivier | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie |

| | |
|--|---|
| DELAVAL Philippe | Pneumologie; addictologie |
| DESRUES Benoît | Pneumologie; addictologie |
| DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| DONAL Erwan | Cardiologie |
| DRAPIER Dominique | Psychiatrie d'adultes; addictologie |
| DUPUY Alain | Dermato-vénéréologie |
| ECOFFEY Claude | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| EDAN Gilles | Neurologie |
| FERRE Jean Christophe | Radiologie et imagerie Médecine |
| FEST Thierry | Hématologie; transfusion |
| FLECHER Erwan | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| FREMOND Benjamin | Chirurgie infantile |
| GANDEMER Virginie | Pédiatrie |
| GANDON Yves | Radiologie et imagerie Médecine |
| GANGNEUX Jean-Pierre | Parasitologie et mycologie |
| GARIN Etienne | Biophysique et médecine nucléaire |
| GAUVRIT Jean-Yves | Radiologie et imagerie Médecine |
| GODEY Benoit | Oto-rhino-laryngologie |
| GUGGENBUHL Pascal | Rhumatologie |
| GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite | Parasitologie et mycologie |
| GUILLÉ François | Urologie |
| GUYADER Dominique | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| HOUOT Roch | Hématologie; transfusion |
| HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé | Médecine générale |
| HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| JEGO Patrick | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie |
| JEGOUX Franck | Oto-rhino-laryngologie |
| JOUNEAU Stéphane | Pneumologie; addictologie |
| KAYAL Samer | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| KERBRAT Pierre | Cancérologie; radiothérapie |
| LAMY DE LA CHAPELLE Thierry | Hématologie; transfusion |

| | |
|--------------------------|--|
| LAVIOLLE Bruno | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |
| LAVOUE Vincent | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| LE BRETON Hervé | Cardiologie |
| LE GUEUT Maryannick | Médecine légale et droit de la santé |
| LE TULZO Yves | Réanimation; médecine d'urgence |
| LECLERCQ Christophe | Cardiologie |
| LEGUERRIER Alain | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LEJEUNE Florence | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEVEQUE Jean | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| LIEVRE Astrid | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| MABO Philippe | Cardiologie |
| MALLEDANT Yannick | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| MEUNIER Bernard | Chirurgie digestive |
| MICHELET Christian | Maladies infectieuses; maladies tropicales |
| MOIRAND Romain | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| MORANDI Xavier | Anatomie |
| MORTEMOUSQUE Bruno | Ophtalmologie |
| MOSSER Jean | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOULINOX Jacques | Biologie cellulaire |
| MOURIAUX Frédéric | Ophtalmologie |
| ODENT Sylvie | Génétique |
| OGER Emmanuel | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |
| PERDRIGER Aleth | Rhumatologie |
| PLADYS Patrick | Pédiatrie |
| POULAIN Patrice | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| RAVEL Célia | Histologie; embryologie et cytogénétique |
| RIFFAUD Laurent | Neurochirurgie |
| RIOUX-LECLERCQ Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROBERT-GANGNEUX Florence | Parasitologie et mycologie |
| SAINT-JALMES Hervé | Biophysique et médecine nucléaire |
| SEGUIN Philippe | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |

| | |
|--|---|
| SEMANA Gilbert | Immunologie |
| SIPROUDHIS Laurent | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| SOMME Dominique | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie |
| SULPICE Laurent | Chirurgie générale |
| TARTE Karin | Immunologie |
| TATTEVIN Pierre | Maladies infectieuses; maladies tropicales |
| THIBAUT Ronan | Nutrition |
| THIBAUT Vincent | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| THOMAZEAU Hervé | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| TORDJMAN Sylvie | Pédopsychiatrie; addictologie |
| VERGER Christian Professeur des Universités émérite | Médecine et santé au travail |
| VERHOYE Jean-Philippe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| VERIN Marc | Neurologie |
| VIEL Jean-François | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VIGNEAU Cécile | Néphrologie |
| VIOLAS Philippe | Chirurgie infantile |
| WATIER Eric | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie |
| WODEY Eric | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |

Liste des Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

| Nom Prénom | Sous-section de Conseil National des Universités |
|------------------------|--|
| AME-THOMAS Patricia | Immunologie |
| AMIOT Laurence | Hématologie; transfusion |
| BARDOU-JACQUET Edouard | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| BEGUE Jean-Marc | Physiologie |
| BOUSSEMART Lise | Dermato-vénéréologie |
| CABILLIC Florian | Biologie cellulaire |
| CAUBET Alain | Médecine et santé au travail |
| DAMERON Olivier | Informatique |
| DE TAYRAC Marie | Biochimie et biologie moléculaire |
| DEGEILH Brigitte | Parasitologie et mycologie |
| DUBOURG Christèle | Biochimie et biologie moléculaire |
| DUGAY Frédéric | Histologie; embryologie et cytogénétique |
| EDELIN Julien | Cancérologie; radiothérapie |
| GALLAND Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale |
| GARLANTEZEC Ronan | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GUILLET Benoit | Hématologie; transfusion |
| HAEGELEN Claire | Anatomie |
| JAILLARD Sylvie | Histologie; embryologie et cytogénétique |
| LAVENU Audrey | Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques |
| LE GALL François | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE RUMEUR Elisabeth | Physiologie |
| MAHÉ Guillaume | Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire |
| MARTINS Raphaël | Cardiologie |
| MASSART Catherine | Biochimie et biologie moléculaire |
| MATHIEU-SANQUER Romain | Urologie |
| MENARD Cédric | Immunologie |
| MENER Eric | Médecine générale |

| | |
|---------------------------|--|
| MILON Joëlle | Anatomie |
| MOREAU Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOUSSOUNI Fouzia | Informatique |
| MYHIE Didier | Médecine générale |
| PANGAULT Céline | Hématologie; transfusion |
| RENAUT Pierric | Médecine générale |
| RIOU Françoise | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ROBERT Gabriel | Psychiatrie d'adultes; addictologie |
| ROPARS Mickaël | Anatomie |
| SAULEAU Paul | Physiologie |
| TADIÉ Jean-Marc | Réanimation; médecine d'urgence |
| TATTEVIN-FABLET Françoise | Médecine générale |
| TURLIN Bruno | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VERDIER Marie-Clémence | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |
| VINCENT Pascal | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre TATTEVIN,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury et d'évaluer mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre GANGNEUX,

A Madame le Docteur Françoise TATTEVIN,

Vous me faites l'honneur de lire et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

A mes directeurs de thèse,

Au Dr Alain COUATARMANAC'H,

Je te remercie pour ton aide pendant ces deux années de recherche et de travail, ta patience et tes conseils pour l'écriture. C'est grâce à toi que j'ai pu réaliser cette thèse. Tu m'as transmis ta passion de la médecine des voyages. Encore merci. Avec toute ma reconnaissance.

Au Dr Jean-Marc CHAPPLAIN,

Je vous remercie pour votre écoute et vos conseils. Vous avez consacré de nombreuses heures à relire mon travail et à m'aider dans la rédaction. Avec toute ma reconnaissance.

A Inter Service Migrants Interprétariat,

Je vous remercie pour votre confiance et l'intérêt que vous avez porté à ce projet. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible.

Aux médecins participants à l'étude,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et au temps précieux que vous y avez consacré.

Aux médecins que j'ai croisé tout au long de mon internat et de mes remplacements qui m'ont fait aimer la médecine générale. Merci pour votre écoute et votre aide.

A mes parents,

Pour votre soutien immuable et réconfortant pendant ces longues années d'études. Votre présence à mes côtés m'aide tous les jours.

A ma sœur, Clarisse,

Pour ton soutien, tes attentions et les bons week-ends passés ensemble à Rennes.
Avec tout mon amour.

A mes amies de toujours, Sophie et Chloé. Plus de vingt ans d'amitié et encore de nombreuses années à partager.

A mes amies angevines, Sabine, Mélanie, Audrey et Faustine. Pour tous les bons moments passés ensemble; les soirées, concerts, vacances... et tout ce temps passé à la machine à café de la BU de Saint Serge!

A mes amis Rennais, rencontrés depuis quatre ans. Merci pour tout. Ce n'est que le début d'une longue amitié je l'espère.

A Anne-Cécile, la meilleure colocataire.

A mes grand-mères, qui, je l'espère, auraient été fières de moi.

TABLE DES MATIERES

Pages

| | |
|--|----|
| Liste des PU-PH | 2 |
| Liste des MCU-PH | 6 |
| REMERCIEMENTS | 8 |
| INTRODUCTION | 11 |
| METHODE | 12 |
| RESULTATS | 13 |
| 1- Les médecins recrutés | 13 |
| 2- Pratique courante des médecins participant à l'étude | 14 |
| 2.1- La barrière linguistique | 14 |
| 2.2- La méconnaissance des services d'interprétariat professionnel | 15 |
| 2.3- Les moyens mis en œuvre | 15 |
| 2.3.1- L'interprétariat de proximité..... | 15 |
| 2.3.2- Les outils informatiques | 16 |
| 2.3.3- Les documents papiers | 16 |
| 3- Résultats de l'expérimentation | 16 |
| 3.1- Motifs du recours et description des consultations | 16 |
| 3.2- Usage de l'interprétariat professionnel par téléphone | 18 |
| 3.2.1- L'accessibilité au service | 18 |
| 3.2.2- Le professionnalisme des interprètes | 19 |
| 3.2.3- La spécificité du téléphone | 19 |
| 3.3- Les freins à l'utilisation du dispositif | 20 |
| 3.3.1- Le temps | 20 |
| 3.3.2- Le coût | 21 |
| 3.3.3- La gestion d'une consultation à trois intervenants | 21 |
| DISCUSSION | 21 |
| 1- Analyses des résultats | 21 |
| 2- Limites de l'étude | 24 |
| 3- Conclusion | 24 |
| BIBLIOGRAPHIE | 25 |
| ANNEXE I Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France... | 28 |
| ANNEXE II Guide d'entretien..... | 38 |

INTRODUCTION

La relation médecin-malade est basée sur la communication. Elle permet au professionnel de santé d'établir un diagnostic, de faire de l'éducation thérapeutique, de la prévention et de répondre aux questions exprimées par le patient. La communication passe essentiellement par le langage oral [1]. Quand le patient et le médecin n'ont pas de langue commune pour échanger, la qualité de soins est altérée [2]. S'installent des malentendus, des erreurs diagnostiques et l'insatisfaction des patients.

Un des moyens reconnu et utilisé pour pallier la barrière linguistique est l'interprétariat. On en distingue deux types dans le milieu médical : l'interprétariat de proximité, assuré par la famille, les amis et les compatriotes et l'interprétariat professionnel, exercé par une personne formée.

La famille utilisée comme interprète au cours d'une consultation médicale conduit à des erreurs de communication [3]. Des bénéfices à l'intervention d'un interprète professionnel auprès de patients non anglophones par rapport à un interprète de proximité ont été démontrés dans une méta analyse nord-américaine de 2007 [4]. On y retrouve moins d'erreurs de traduction [5], [6], une meilleure compréhension et satisfaction des patients [7], un accès aux soins de santé amélioré [8].

En France, l'interprétariat médico social professionnel est assuré par des structures associatives à but non lucratif. Elles ont pour objectif de permettre aux personnes allophones d'accéder à leurs droits sanitaires et sociaux [9], [10], [11]. Dans ce cadre, elles ont élaboré la « charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France » en 2012 (Annexe I). Ce texte a pour but d'harmoniser les pratiques et énonce les missions des interprètes professionnels et leur code déontologique. Dans le milieu médical, ces associations interviennent majoritairement dans le cadre hospitalier. En milieu libéral, l'interprétariat professionnel est peu utilisé.

En médecine générale, les consultations ne peuvent pas être anticipées le plus souvent et le besoin d'interprète en cas de barrière linguistique est alors instantané. L'absence d'organisation en amont et le recours à un interprète en quelques minutes est alors nécessaire. L'interprétariat professionnel d'accès immédiat semble donc correspondre à l'activité de la médecine générale.

L'objectif de notre travail était de déterminer si l'interprétariat professionnel par téléphone répond à un besoin de médecins généralistes, si sa mise en place pratique est réalisable dans une consultation de médecine générale libérale et si elle apporte satisfaction à ces médecins.

METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes libéraux rennais.

Cette expérimentation d'un mois leur proposait d'accéder à des interprètes professionnels par téléphone pour les consultations de leur choix avec leurs patients allophones.

Les critères de sélection des médecins étaient :

- des praticiens volontaires pour participer à l'expérience
- disponibles pour s'investir sur quatre semaines
- installés en libéral
- dans des zones à forte densité de patients allophones

Les médecins travaillant dans ces secteurs étaient repérés grâce aux Pages Jaunes sur Internet. Ils ont été contactés successivement par téléphone. Le recrutement s'est déroulé du 1^{er} octobre 2015 au 31 janvier 2016.

Inter Service Migrants interprétariat (ISM) met à disposition, avec un accès payant, plus de 300 interprètes parlant 110 langues et dialectes différents. Ils interviennent physiquement au cours de consultations médicales ou d'hospitalisations et proposent également un service d'interprétariat téléphonique, accessible sur tout le territoire français, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Soixante consultations avec interprétariat téléphonique ont été proposées gratuitement par l'association.

Chaque médecin recruté recevait un code à quatre chiffres pour être reconnu par le standard lors de l'appel passé à ISM. Il était ensuite mis en relation avec l'interprète dans la langue demandée. La durée de l'échange avec l'interprète n'était pas limitée.

Le choix des patients qui bénéficieraient du service d'interprétariat professionnel était laissé à l'appréciation des médecins. Le niveau de français des patients non francophones n'était pas évalué. Le simple fait que le médecin et le patient ne puissent pas se comprendre du fait de la barrière linguistique était suffisant.

Les entretiens avec les médecins recrutés étaient réalisés à la fin du mois d'expérimentation, dans leurs cabinets médicaux respectifs. Le guide d'entretien (Annexe II) comportait douze questions ouvertes.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits par informatique.

Un numéro était attribué à chaque médecin pour l'analyse des entretiens. Le questionnaire explorait les pratiques courantes des médecins avec leur patientèle allophone. Les praticiens étaient aussi interrogés sur leur recours au service d'interprétariat professionnel, l'apport de l'expérimentation et la faisabilité de la mise en place en pratique du dispositif.

RESULTATS

1- Les médecins recrutés

Quarante-trois médecins ont été répertoriés dans les zones à forte densité de patients allophones. Dix-sept ont été contactés par téléphone et huit ont accepté de participer à l'expérimentation. Concernant les neuf refus de participation, les raisons évoquées étaient le manque de temps et une patientèle allophone jugée insuffisante en terme numérique. Trois médecins sur les huit étaient connus de l'investigateur.

Les caractéristiques d'exercice des médecins recrutés sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1- Caractéristiques des médecins recrutés

| Médecins | Age (années) | Sexe | Expériences antérieures d'interprétariat professionnel | Nombre moyen de consultations avec des patients allophones par semaine | Nombre de consultations réalisées avec ISM | Langues demandées / Durée des consultations |
|----------|--------------|------|--|--|--|---|
| 1 | 55 | H | Non | 3 | 0 | - |
| 2 | 61 | H | Non | 10 | 1 | Khmer / 3 min |
| 3 | 46 | F | Non | 25 | 2 | Kabyle / 8 min Khmer / 3 min |
| 4 | 45 | F | Non | 20 | 5 | Arabe / 6 min Turc / 2 min Arabe / 2 min Arabe / 4 min Turc / 4 min |
| 5 | 62 | F | Oui | 4 | 6 | Albanais / 4 min Albanais / 14 min Albanais / 7 min Arabe / 15 min Turc / 10 min Turc / 13 min |
| 6 | 32 | H | Oui | 15 | 5 | Portugais / 9 min Turc / 23 min Russe / 28 min Russe / 28 min Roumain / 4 min |
| 7 | 30 | F | Oui | 3 | 1 | Mandarin / 4 min |
| 8 | 33 | H | Non | 1 | 0 | - |

H : homme, F : femme ; min : minutes ; - : pas de consultation demandée

Les médecins participants présentaient une expérience variée, avec autant d'hommes que de femmes. Trois médecins avaient déjà eu une expérience avec des interprètes professionnels se déplaçant dans les cabinets médicaux ; le médecin 5 en médecine générale libérale et les médecins 6 et 7 au réseau Louis Guilloux ⁽¹⁾.

2- Pratique courante des médecins participant à l'étude

2.1- La barrière linguistique

La barrière de la langue représente une difficulté dans la prise en charge médicale pour tous les médecins interrogés. « Ça m'a mis en difficulté, je me disais que ce n'était pas satisfaisant comme consultation. On passe à côté de quelque chose sur le plan diagnostic, sur le plan humain » (1), « Il y a des patients qui pensent bien maîtriser le français, chez qui je me pose toujours la question : est ce que les consignes ou ce qu'on a dit en consultation est réellement compris ? » (3).

Le niveau de connaissances en français de ces patients permet dans la majorité des cas de mener à bien la consultation. « Il y en a beaucoup qui maîtrisent approximativement le français mais suffisamment pour qu'on puisse se comprendre. Il y en a assez peu pour lesquels c'est un obstacle » (3), « On y arrive mais c'est une difficulté en plus » (5).

Des habitudes entre les patients allophones et les médecins se sont établies au fil des consultations afin de faciliter les échanges. « Quand je les connais déjà, ils savent qu'il faut qu'il y ait quelqu'un » (2), « J'ai des patients turcs avec qui je suis habituée à des rites » (5).

Pour tous les médecins, la communication médecin-patient doit être bidirectionnelle. En cas de barrière linguistique, le patient ne peut pas s'exprimer et le médecin n'est pas sûr que les questions et les informations soient bien comprises par le patient. « On n'est pas sûr de recueillir les bons items, ensuite quand il faut expliquer la prise en charge, on n'est pas sûr non plus qu'on soit bien compris » (2).

La barrière de la langue ralentit la prise en charge médicale de façon globale. On doit convoquer de nouveau les patients allophones, venus seuls en consultation, avec un interprète familial ou amical. « Ça m'est arrivé une première fois de leur dire : il faut venir accompagné la prochaine fois. Il faut déjà qu'ils comprennent que je leur demande ça. Des fois, ils viennent 2-3 fois avant de venir avec quelqu'un » (4). Les problèmes sont moins rapidement ciblés. L'errance diagnostique conduit à multiplier les examens complémentaires. « On fait plus d'examens qu'on ne devrait faire. On est plus large, on cible moins les choses » (4), « On peut encore s'en sortir par une prise de sang, par la réalisation de radiographies, par la réalisation d'actes complémentaires » (6).

⁽¹⁾ Association à Rennes prenant en charge les patients migrants, dotée d'un pôle interprétariat et signataire de la « charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France » (Annexe I)

2.2- La méconnaissance des services d'interprétariat professionnel

La possibilité d'avoir accès, sans organisation en amont, à un interprète par téléphone était ignorée de l'ensemble des médecins interrogés. « *Manque d'informations déjà, je ne savais pas que ça existait* » (1), « *Je pense qu'il y en a pas mal qui ne savent pas que ça existe* » (7), « *J'ai découvert ce service d'interprétariat à distance que je ne connaissais absolument pas quand tu m'en as parlé* » (8).

2.3- Les moyens mis en œuvre

2.3.1- L'interprétariat de proximité

Le recours aux interprètes de proximité est un moyen facile de communication utilisé par tous. « *Je me suis toujours débrouillé pour trouver quelqu'un qui puisse servir de traducteur* » (2). L'interprétariat est alors physique ou bien par téléphone. « *C'est assez fréquent. Les gens passent le téléphone à une personne recours pour traduire la consultation par téléphone* » (3). L'interprète est un membre de la famille, un compatriote ou un ami. « *C'est souvent un enfant parce qu'ils apprennent beaucoup mieux en général et plus rapidement la langue. Et autrement, c'est souvent une amie* » (4). Il aide considérablement les échanges entre le médecin et le patient allophone bien que la majorité des praticiens reconnaissent que celui-ci n'est pas complètement satisfaisant. « *Je vois déjà comment ça se passe quand j'ai vu les gens tout seul et qu'on ne s'est pas compris et que quelqu'un la fois d'après les accompagne, on a beaucoup plus d'informations qui circulent* » (1). Il semble être « *la moins mauvaise solution* » au problème de la barrière linguistique. « *Je suis plutôt content qu'il y ait quelqu'un plutôt que de ne rien comprendre* » (1), « *On a l'impression qu'on peut se débrouiller donc ça va plus vite* » (2), « *On bidouille un peu à chaque fois mais ça se passe pas si mal que ça* » (3). La principale limite évoquée est l'absence de confidentialité. « *La limite, c'est le secret professionnel* » (6), « *Je n'avais pas vraiment pensé au fait que parfois l'interprète amical ou familial peut être un frein, une gêne à sa consultation. Qu'il n'a pas forcément envie qu'un proche connaisse tous ses détails médicaux* » (8). La difficulté à exposer certains sujets devant un proche. L'exemple de l'enfant interprète pour sa mère lors d'une consultation de gynécologie a été citée à six reprises dans les différents entretiens. « *Gynéco, psychologique, ou quand l'interprète est un enfant. Ça me gêne particulièrement. Mais c'est mieux que rien* » (1), « *Je préférerais avoir quelqu'un au téléphone plutôt que le fils d'un patient qui va me raconter des trucs graves qui peuvent avoir des répercussions sur l'enfant* » (1), « *C'est la limite de discuter d'un sujet où il est trop jeune pour entendre les soucis gynéco de sa mère ou psychiatriques de son papa par exemple* » (6), « *Pour des problèmes plus intimes (...) je pense en fait qu'ils ne viennent pas ces patients là* » (8). Une autre limite évoquée par le praticien 2 est le manque de vocabulaire médical de l'interprète informel. « *Si le compatriote ne comprend pas les termes que j'emploie, ça peut être problématique* ».

Les médecins 1 et 3 voient la relation de confiance établie entre l'interprète choisi par le patient et celui-ci comme un avantage par rapport à l'interprétariat professionnel. « *Il y a toujours une relation de confiance entre le médecin et le patient. Qu'il y ait quelqu'un qui vienne entre les 2, je ne sais pas comment c'est perçu. C'est pour ça quand les gens viennent pour une traduction avec quelqu'un de la famille, il y a aussi une relation de confiance avec cette personne là. Je pense que c'est mieux* » (3).

2.3.2- Les outils informatiques

Google Traduction est une application en ligne de traduction simultanée. Elle est utilisée par la majorité des praticiens pour la traduction de mots de façon ponctuelle. « *J'ai essayé de trouver sur Google le terme exact dans la langue* » (2). Le soignant fait lire le mot au patient sur l'écran d'ordinateur. L'analphabétisme rend l'utilisation de cet outil impossible. « *J'essaie de le prononcer ou le faire lire. Mais parfois, ils ne savent pas lire* » (2). La communication est souvent unidirectionnelle. Le patient n'écrit pas à l'aide du clavier, d'autant plus qu'il utilise un alphabet autre que l'alphabet latin. « *Ça se limite vite. Parce que je peux faire un aller vers la patiente mais le retour est plus compliqué* » (6). Certains patients possèdent leur propre logiciel de traduction et font un résumé de leurs symptômes et de leur demande avant la consultation. « *Ils ont déjà préparé leur consultation avant de venir* » (7).

2.3.3- Les documents papiers

Deux médecins, les praticiens 4 et 6, utilisent des imagiers figurant des parties du corps ou des symptômes. Ceux ci sont disponibles sur les sites Internet des associations. Ils sont très peu utilisés en pratique courante.

3- Résultats de l'expérimentation

3.1- Motifs du recours et description des consultations

Vingt consultations sur les soixante allouées ont été utilisées. Les médecins 1 et 8 n'ont pas eu recours au service. Sur les quatre semaines proposées, ils n'ont pas ressenti le besoin de faire appel à des interprètes. Le médecin 1 a convoqué un patient géorgien à deux reprises mais celui-ci ne s'est pas présenté. A propos de cet homme, il dit : « *C'était un truc qui me paraissait un peu compliqué. Il a des troubles psychiques, apparemment un stress post traumatique et il me parlait de dossier MDPH.* »

Les refus de patients à l'intervention du service sont au nombre de trois et n'ont concerné que le médecin 3. Le praticien 5 nous rapporte ne pas avoir proposé l'intervention d'un interprète professionnel lorsqu'un ami ou un membre de la famille était présent. « *J'ai un peu hésité parce que j'aurais bien voulu les faire sortir et puis faire avec l'interprète étranger mais ce n'est pas facile* », « *Je n'ai pas osé. J'ai eu peur de blesser la personne qui accompagnait* ».

Les vingt consultations réalisées ont concerné exclusivement des problématiques somatiques. Aucune demande pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques n'a été faite.

D'après le tableau 1, les médecins 2,3, 4 et 7 ont eu des échanges plus courts. L'ensemble de ces appels a été passé pour porter un diagnostic, confirmer une suspicion diagnostique et/ou évaluer la gravité d'une pathologie. « *Quelqu'un qui vient, je ne comprends rien de ce qu'il me demande, ça me paraît sérieux, médicalement il y a un souci, il faut qu'on fasse un diagnostic* » (1).

Les praticiens 2 et 3 ont recueilli des informations auprès du patient puis sollicité le service d'interprétariat afin de confronter les données reçues et confirmer leur hypothèse diagnostique. L'interrogatoire fait avec l'interprète n'a pas apporté d'éléments nouveaux pour les trois consultations concernées.

Une patiente cambodgienne vue par le médecin 2 venait pour une coxalgie. Ce praticien a choisi cette consultation car la communication était difficile et le motif de consultation était « simple ».

Lors de la première consultation du médecin 3, l'échange entre l'interprète et une patiente marocaine a été long et peu contributif. Elle demandait des explorations pour des céphalées chroniques. Le médecin a contacté la fille de la patiente en parallèle de l'appel passé à ISM. Celle-ci lui a rapporté les mêmes informations que l'interprète. *« J'en ai profité pendant qu'elle était en train de discuter avec le traducteur pour téléphoner à la fille de la dame qui m'a expliqué en 30 secondes le problème. Ensuite quand j'ai eu le traducteur au téléphone, il m'a dit approximativement la même chose. Je n'ai pas eu d'élément supplémentaire »*. Ce premier essai a déçu le médecin et conduit à une réticence à utiliser de nouveau le service d'interprétariat. La deuxième consultation a été proposée pour une patiente cambodgienne en fin de journée pour ne pas prendre de retard. Cet entretien a été réalisé dans le but de tester de nouveau le recours au service d'interprétariat. Le niveau de français de la patiente ne le justifiait pas finalement. *« C'était pour essayer. Pour savoir si je ratais des infos avec la traduction directe avec la dame par rapport avec la traduction avec le traducteur. J'avais bien compris ce qu'elle voulait en fait. Donc l'interprétariat n'était pas vraiment nécessaire »*.

Le médecin 4 a eu recours au service ISM pour l'interrogatoire de consultations nécessitant des anamnèses précises. On retrouve, entre autres, une chute de sa hauteur d'un enfant, un vertige positionnel paroxystique bénin et une douleur abdominale chez une patiente diabétique. *« Je voulais l'avoir surtout sur la perte de connaissance initiale. Ça a été assez précis avec l'interprète »*. *« Comme c'était un vertige positionnel un peu atypique, je trouvais que c'était bien d'avoir un interrogatoire »*. Tous les patients choisis étaient connus du médecin. *« Ce sont des gens que je connais depuis un moment, et je sais qu'ils allaient dire assez facilement oui. Ça ne les mettrait pas mal à l'aise. La dernière, j'ai tenté le coup mais ça m'a pris du temps d'expliquer »*.

Tout comme le médecin 4, le praticien 7 a eu recours à l'interprétariat pour faire préciser l'interrogatoire. Le patient consultait pour une hémoptysie. *« J'ai appelé l'interprète pour bien juger des symptômes, d'apprécier l'importance des symptômes et puis la nécessité d'urgence ou pas »*.

L'utilisation de l'interprétariat à but diagnostique est motivée par la peur de passer à côté d'une pathologie grave chez quatre médecins (1, 4, 7 et 8). L'interrogatoire permet alors de rechercher les critères de gravité et d'affiner le diagnostic.

Le médecin 8 ajoute que certains diagnostics ne peuvent être posés que par l'anamnèse et le recueil des signes fonctionnels comme la migraine par exemple. L'examen physique est alors accessoire. *« Sur des céphalées, on fait le diagnostic à 90% sur l'interrogatoire. L'examen clinique ne fait que confirmer ce qu'on peut suspecter et éventuellement rechercher des signes de gravité »*.

Les médecins 5 et 6 ont également sollicité le service d'interprétariat pour donner des explications sur des examens complémentaires et des traitements. Le test combiné de dépistage de la trisomie 21 a été expliqué et le consentement éclairé de deux patientes a ainsi pu être recueilli. *« Le test de la trisomie 21, c'est juste*

extrêmement complexe à faire signer, expliquer, comprendre par la patiente si celle ci ne parle pas français. Ce n'est pas possible. Tu peux le faire signer mais en tout cas, ça ne sera pas un consentement éclairé » (6).

Le médecin 6 s'est entretenu avec une patiente kazakhe, russophone, à propos de ses douleurs thoraciques. Des bilans ont éliminé une étiologie cardiologique. Une origine psychosomatique avait été évoquée. *« D'avoir l'interprète, ça m'a permis de lui dire « non, vous n'avez pas besoin de ses médicaments là parce que, en gros, il n'y a pas d'infarctus du cœur et que ce sont de probables douleurs thoraciques liées à un probable stress».* Dans une autre consultation, avec une patiente turque, un suivi de grossesse a été organisé. Des conseils hygiéno-diététiques pour éviter une séroconversion toxoplasmose lui ont été proposés.

On peut donc distinguer deux types d'appels : ceux passés en début de consultation pendant l'interrogatoire qui sont plutôt courts, moins de 6 minutes, et ceux passés en fin de consultation pour faire passer des consignes, expliquer un traitement, une pathologie ou un examen complémentaire. Dans ce dernier cas, les appels ont été plus longs, plus de 7 minutes.

Aucun médecin n'est resté en ligne pendant l'examen physique. Le médecin 6 a gardé l'interprète d'ISM pour expliquer les étapes de réalisation d'un électrocardiogramme chez un patient tchéchène venu pour la première fois au cabinet pour des douleurs thoraciques. *« Ça m'a permis, sur la gestion d'une douleur thoracique, de ne pas l'envoyer aux urgences, de le gérer au cabinet ».*

Seul le praticien 5 a utilisé l'interprétariat à trois reprises pour le même patient. *« J'ai fait 3 fois pour la même personne parce qu'elle est revenue. Et ça m'a bien aidé, parce que c'était pour un problème qui était à suivre ».* La première rencontre avec ce patient albanais a permis d'approfondir l'interrogatoire concernant des lombalgies chroniques invalidantes sur un canal lombaire étroit. Un traitement par morphiniques a été introduit puis réévalué lors des consultations suivantes avec des explications données sur les effets secondaires possibles. Ces consultations ont permis également de faire le point sur l'observance de son traitement antihypertenseur.

3.2- Caractéristiques de l'interprétariat professionnel par téléphone

3.2.1- L'accessibilité au service

L'accès au service d'interprétariat par téléphone puis à l'interprète apparaît dans la majorité des cas simple et rapide. L'interprète dans la langue demandée est accessible au bout de quelques minutes.

« La première fois, ça a été un petit peu long mais c'était correct. La deuxième fois, j'ai noté, l'interprète, je l'ai eu en 4 minutes. Donc c'est rapide » (3), « Ce n'est pas long, entre le moment où on décroche notre téléphone, on appelle et on a un peu d'attente, puis ils cherchent la personne» (4), « Au niveau organisationnel, j'ai trouvé ça très très bien » (5), « Très rapide. Tu appelles ISM interprétariat, tu donnes ton code, tu bascules directement sur l'interprète » (6).

Le médecin 5 a reconvoqué deux patients pour deux raisons différentes. « *Une parce que je n'avais pas le temps et l'autre parce que c'était saturé le matin. Je l'ai fait revenir l'après midi parce que c'était intéressant* ». Trois médecins au total, les praticiens 4, 5 et 6, ont été confrontés à la saturation du réseau. Les interprètes dans la langue voulue étaient déjà en consultation. ISM propose dans ce cas de rappeler quelques minutes après. Seul le médecin 5 a invité le patient à se représenter au cabinet le lendemain. La consultation portait sur un problème gynécologique (contraception et infections sexuellement transmissibles).

3.2.2- Le professionnalisme des interprètes

L'ensemble des médecins a apprécié le professionnalisme des interprètes. « *C'était des personnes qui étaient compétentes* » (4). Ce critère a pu être jugé par les praticiens sur la courtoisie des interprètes, la durée limitée des échanges avec les patients, leur vocabulaire médical et la mise en confiance des patients. « *Au départ, ils ne se connaissent pas, ce n'est pas de la famille, ce n'est pas des compatriotes qu'ils connaissent. Plutôt en confiance à la fin* » (5), « *Même s'il y avait possibilité de réponses ouvertes aux questions de la part du patient, on ne perdait pas le fil conducteur de la consultation* » (7).

Le médecin 5 a été satisfait du service d'interprétariat. Il note malgré tout, lors de sa dernière consultation, qu'une pathologie était inconnue de l'interprète. Il lui a alors volontiers fourni des explications. « *Bien, très bien. Le monsieur peut-être, pour l'apnée du sommeil, parce que je pense que ce n'était pas facile à faire comprendre. C'est vrai que pour nous, ça paraît simple. Il a fallu que je lui explique ce que c'était que l'apnée du sommeil et ce qu'il fallait faire* » (5).

Comme décrit plus haut, le médecin 3 aurait souhaité un échange plus bref entre l'interprète et la patiente afin de ne pas être exclue de la conversation. La consultation faite en kabyle a duré 8 minutes. L'accès à l'interprète avait quant à lui été rapide. « *C'était en milieu de matinée je crois, il a fallu quelques minutes pour avoir l'interprète. Et après, ça a été la conversation entre le traducteur et la dame qui a été longue* » (3).

3.2.3- La spécificité du téléphone

Pour les praticiens 5 et 6, le fait que l'interprète ne soit pas visible est un avantage. On peut se concentrer entièrement sur le patient. Le médecin 5 se trouve moins gênée par l'incursion d'une troisième personne dans la relation habituellement duale. « *Je trouve que comme il n'y a que du verbal, on est centré* » (5), « *Le non-verbal, c'est plus à mon sens une difficulté pour l'interprète* » (6).

Ils ajoutent tous les deux que l'absence d'organisation en amont de la consultation facilite beaucoup l'intervention des interprètes. A propos de l'interprétariat physique : « *C'est compliqué. Il faut trouver l'heure, appeler, trouver la personne. Il faut trouver le bon créneau* » (5), « *Il n'y a pas de retard, pas d'organisation au préalable, pas de déplacement* » (6).

En revanche, les médecins 1, 2 et 3 trouvent une importance à la communication non verbale. « *Voir les gens c'est important. Je pense que par téléphone c'est moins bien qu'avec la personne dans le bureau* » (1), « *La communication, ça passe par plein de chose d'autre que le langage* » (3).

Le praticien 7 a fait des consultations au réseau Louis Guilloux pour des patients migrants allophones avec des interprètes sur place. Ces consultations durent une heure et refont le point sur la santé globale, physique et mentale. Un lien a alors le temps de se créer entre les trois protagonistes. « *De voir la personne*

en visu, on a presque déjà une relation de confiance qui s'est installée avec l'interprète alors qu'au téléphone, on l'utilise plus comme un traducteur. Au téléphone, pour moi, ça reste un traducteur et en live, c'est un interprète ». La consultation réalisée avec ISM a, elle, été brève et a concerné un problème aigu. Programmer une consultation avec un interprète sur place ne présente pas d'intérêt dans ce cas là. *« Je pense que dans le raisonnable, l'interprétariat téléphonique semble déjà avoir tout son intérêt ».*

3.3- Les freins à la mise en place du dispositif

3.3.1- Le temps

Le manque de temps pourrait être un frein important à l'utilisation du service d'interprétariat par téléphone. Cela a été cité par tous les médecins qui ont bénéficié des services d'ISM hormis par le médecin 6. *« 20 minutes. Un peu long. 5-6-7 minutes de plus sur une consultation d'un quart d'heure, on hésite à téléphoner. On est des médecins libéraux, on est à l'acte. Donc le temps c'est important. Je serais salarié, peut être pas »* (2), *« Avoir l'interprète ça prend du temps mais bon, c'est toujours le souci de la consultation. On a un temps limité »* (3), *« Il faut faire plein de choses. Si en plus, si on a 10 minutes pour la traduction je trouve que c'est trop »* (3). Les entretiens ont fait transparaître la peur de prendre du retard en dépassant les 15 ou 20 minutes habituellement dédiés à une consultation. *« On est quand même toujours happé par le temps, par des consultations régulières avec un timing »* (4), *« On est toujours pressé. On se l'impose à nous-même »* (8).

Trois médecins ont pensé à utiliser le service mais ne l'ont pas fait car ils avaient déjà pris du retard sur leur agenda. *« Le problème, c'est que parfois on ne le fait pas parce qu'on est pressé »* (2). *« J'en ai eu 1 ou 2 pour qui j'ai pas appelé parce ce que c'est vrai, j'étais un peu en retard »* (5), *« Si des fois, t'es un peu en retard, tu te dis bon, je vais faire la consultation comme ça »* (7).

Le médecin 1 qui avait convoqué le patient finalement absent avait prévu une consultation de trente minutes au lieu des quinze minutes pour appeler le service d'interprétariat. *« J'avais prévu du temps pour ça pour que ça se passe dans les meilleures conditions ».*

3.3.2- Le coût

Il n'existe pas de financement en Bretagne pour l'interprétariat professionnel par téléphone en médecine libérale. Le coût que représente une consultation avec un interprète professionnel a été mentionné par tous. *« C'est plus cher que la consultation. Si c'est à moi de le payer, c'est sur que je ne l'utiliserai pas »* (3), *« Pour moi, la principale barrière est financière »* (6), *« Si c'était gratuit, c'est sur qu'on l'utiliserait plus »* (7).

3.3.3- La gestion d'une consultation à trois intervenants

Les entretiens ont fait ressortir la crainte de l'intrusion d'une troisième personne dans le colloque singulier médecin-patient. Ceci est renforcé par le fait que cette troisième personne soit un autre professionnel et qu'il ne soit pas visible pour le médecin.

DISCUSSION

1- Analyse de résultats

L'analyse des pratiques courantes des médecins recrutés confirme qu'il existe un besoin en interprétariat professionnel dans les consultations avec les patients allophones. Tous considèrent la barrière de la langue comme un obstacle dans une prise en charge médicale. La solution la plus utilisée pour la franchir en pratique est l'interprétariat de proximité. Malgré tout, ils lui reconnaissent des limites : la difficulté à aborder des sujets intimes, psychologiques ou physiques et le manque de vocabulaire médical du traducteur. Il apparaît cependant comme étant la « moins mauvaise solution » pour la plupart. Une relation de confiance s'est souvent installée entre le médecin, le patient et le membre de la famille ou l'ami. Le terme « débrouille » est revenu à plusieurs reprises lors des entretiens. Les médecins généralistes conduisent leurs consultations avec les moyens mis à leur disposition en libéral. Ils se sentent éloignés du système hospitalier [12]. Aucun d'entre eux n'avait eu connaissance auparavant de l'existence de ces services d'interprétariat professionnel par téléphone.

D'après notre étude, la mise en place du service par téléphone semble faisable en médecine générale libérale. L'absence d'organisation en amont et la disponibilité rapide des interprètes s'adaptent au rythme des consultations qu'impose la pratique de la médecine générale. Le large panel de langues et dialectes proposés et la disponibilité des interprètes 24h sur 24h rendent leur offre encore plus attractive et efficace en cas d'urgence [13]. Les professionnels employés par ISM correspondent aux attentes qu'un patient allophone peut avoir selon une étude suisse de 2003 menée dans plusieurs structures sanitaires auprès de patients migrants allophones [14]. Les patients interrogés sur le profil de l'interprète idéal s'accordent en général pour souhaiter le voir faire état des qualités suivantes : neutralité, professionnalisme, confidentialité et disponibilité à offrir un accompagnement dans la durée. Le dernier point est difficilement évaluable sur une étude d'un mois. On remarque tout de même qu'un patient a pu bénéficier trois fois consécutives du service pour un suivi de traitement.

Malheureusement, la saturation du réseau téléphonique limite son accès et peut être un frein à son utilisation. Pendant les entretiens, la question du temps a été omniprésente. Tous les médecins participants ont évoqué le manque de temps comme étant une limite à l'utilisation de l'interprétariat professionnel. Les échanges avec les interprètes ont pu paraître trop longs pour la majorité. En revanche, l'accès à l'interprète est rapide et tous les médecins en étaient satisfaits. Il ressort que le temps est apparu plus comme une crainte avant la consultation avec l'interprète qu'une réalité par la suite. Un seul praticien a eu des consultations allongées par rapport au temps qu'il y réserve habituellement. Pour les autres, les durées étaient inférieures ou égales à quinze minutes. L'allongement des consultations avec un interprète professionnel est très controversé dans la littérature anglophone et n'est pas prouvé [15], [16], [17], [18]. L'expérience professionnelle montre que les médecins courent après le temps et qu'il est source de frustration [19]. Toutefois, un médecin déclare avoir probablement gagné du temps grâce à une compréhension plus rapide des problèmes et en évitant des consultations supplémentaires et des examens complémentaires inutiles comme le montre une étude américaine de 2002. Celle-ci a été réalisée aux urgences pédiatriques d'un hôpital de Chicago auprès de 550 familles non anglophones et compare

statistiquement l'incidence et le coût des examens complémentaires entre un groupe ayant accès à des interprètes professionnels et un deuxième groupe n'y ayant pas recours [20].

Dans notre étude, l'utilisation du service par téléphone convient pour des motifs de consultations somatiques. L'ensemble des consultations réalisées lors de l'expérimentation n'a concerné que ces problèmes. Les troubles psychiques ou psychiatriques ne semblent pas se prêter à l'interprétariat par téléphone selon certains médecins. Ces consultations sont souvent plus compliquées et peuvent demander plus de temps. Le médecin 1 avait d'ailleurs prévu le double du temps de consultation habituelle pour le patient géorgien présentant des troubles psychologiques. Il y a, dans la population allophone, un nombre important de patients primo arrivant en France dont le parcours de vie difficile justifie fréquemment un accompagnement psychologique et/ou psychiatrique. Une étude menée par l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) depuis décembre 2013 confirme que la présence physique d'un interprète est nécessaire en psychiatrie [21]. Ils bénéficient de formations spécifiques. L'implication culturelle semble plus importante pour comprendre la souffrance psychologique de ces patients.

Lors de l'expérimentation, il n'y a pas eu d'apport en médiation culturelle. Les demandes des médecins étaient centrées sur le versant somatique, sur des points précis, et n'ont pas amené les échanges sur le versant culturel. Dans la littérature, la question de la médiation culturelle dans l'interprétariat médico social est débattue et prend une place grandissante [22].

Des six médecins ayant eu recours au service d'ISM, deux tendances se sont dégagées :

- Les médecins 2, 3 et 4 ont utilisé le service pour établir des diagnostics. Le but était de faire préciser l'interrogatoire pour confirmer les hypothèses diagnostiques et évaluer la gravité de la situation. Les conversations téléphoniques étaient courtes. Ces médecins n'avaient jamais utilisé de service d'interprétariat professionnel.

- En revanche, les praticiens 5, 6 se sont aussi lancés dans des consultations plus longues pour faire passer des messages et recueillir les commentaires des patients. L'éducation thérapeutique et l'approfondissement de la relation avec son patient semblent possibles avec l'interprétariat par téléphone. Le médecin 7 n'a utilisé qu'une seule fois le service ISM pour juger de la gravité d'un symptôme. Son installation récente en médecine libérale et sa patientèle allophone peu importante peuvent expliquer cette utilisation isolée. Ces trois médecins avaient déjà travaillé avec des interprètes professionnels.

On voit donc que l'apprentissage à l'interprétariat professionnel joue probablement un rôle dans la façon dont les médecins vont utiliser ce service.

De la même manière, concernant la satisfaction des praticiens participants, on retrouve des avis partagés basés sur l'expérience antérieure avec des interprètes professionnels :

- Les médecins 5, 6 et 7 ont été satisfaits de l'expérience par téléphone. Ils ont eu recours plusieurs fois à ISM pour des consultations plus longues.

- Les médecins 2 et 3 ont, eux, un rapport plus mitigé sur l'intervention d'un professionnel par téléphone. Ils n'avaient jamais utilisé l'interprétariat professionnel. Ils ont eu moins recours à ISM. Les consultations choisies étaient « simples » avec des patients ayant un niveau de français suffisant pour permettre la

communication. Ils ont probablement choisi volontairement ces patients dans le but, au début, de mieux appréhender le service. On peut parler d'essai, d'entraînement. Nous pouvons en conclure que la gestion d'une consultation à 3, a fortiori un interprète, nécessite un apprentissage, une manipulation de l'outil répétée. Même à distance, par téléphone, sa présence complexifie l'échange. Le rythme de la consultation est modifié [23]. Le médecin 7 explique qu'il est nécessaire de s'habituer à la présence d'un interprète pour que chacun trouve sa place dans la consultation. Le médecin 3 a d'ailleurs été plus satisfait lors de la seconde consultation en donnant des consignes au professionnel d'ISM. Bischoff et son équipe [24] montrent en 2001 que les médecins n'ayant jamais eu d'expérience avec des services d'interprétariat professionnel sont moins satisfaits que les patients. Ces médecins ont également peur d'être jugés par une tierce personne, un autre professionnel. Dans notre étude, cette peur n'a pas été clairement explicitée. En revanche, la crainte de l'intrusion d'une tierce personne, professionnelle et inconnue du médecin, a été ressentie. Ils ont exprimé le besoin de voir l'interprète pour être mis en confiance et interpréter ses réactions.

- Le médecin 4 a une position intermédiaire. Il n'a jamais eu d'expérience antérieure avec des interprètes professionnels et a été satisfait des consultations réalisées par téléphone. Ayant eu recours cinq fois à ISM, on peut penser qu'il a eu le temps de se familiariser avec l'outil de traduction.

Dans la littérature, la satisfaction des professionnels participants à des consultations avec interprète par téléphone a été évaluée. Peu d'études ont exploré celle des médecins bénéficiant d'interprètes professionnels par téléphone. L'ORSPERE a recueilli l'avis d'interprètes professionnels [21]. Certains d'entre eux ont déploré, lors d'interventions téléphoniques, l'absence d'expressions et de complicité avec les autres intervenants rendant l'interaction froide. Ils se sentent alors plus traducteurs qu'interprètes. Plusieurs études montrent que les patients ont une expérience positive avec les interprètes professionnels [24], [25], [26].

Malgré les formations continues dispensées par les associations d'interprétariat médico social, la professionnalisation de ce métier semble indispensable. Leur statut n'est actuellement pas reconnu par l'Etat. Certains textes de lois récents vont dans cette voie. Une feuille de route gouvernementale sur la "Politique d'égalité républicaine et l'intégration" parue en février 2014 incite le développement de la médiation sociale et sanitaire et à la formation des professionnels à la diversité des publics ⁽²⁾. Le 14 avril 2015, L'Assemblée Nationale a adopté, en première lecture, l'article 21 ter relatif à la promotion de la médiation sanitaire et de l'interprétariat professionnel, dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé ⁽³⁾.

⁽²⁾ Gouvernement français. Feuille de route du gouvernement, Politique d'égalité républicaine et d'intégration. 2014 févr. [Internet]. [cité 25 févr 2016]. Disponible sur: <http://archives.gouvernement.fr/ayrault/presse/feuille-de-route-politique-d-egalite-republicaine-et-d-integration.html>

⁽³⁾ Rapport sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé du 20 mars 2015 [Internet]. [cité 7 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta-commission/r2673-a0.asp>

2- Les limites de l'étude

Notre étude est exploratoire. Nous avons un faible échantillon de médecins recrutés. Peu de consultations ont été utilisées et analysées sur le nombre total alloué. Les données d'entretien n'ont pas été saturées. Nos résultats ne sont donc pas généralisables mais donnent un premier aperçu sur le sujet.

L'étude qualitative est, par définition, subjective. Cette méthode requiert une interprétation des données brutes avec un risque de projection des points de vue personnels [27].

3- Conclusion

L'interprétariat professionnel par téléphone semble répondre aux besoins d'un certain nombre de médecins libéraux dans leurs consultations avec les patients allophones. Sa mise en place en pratique courante paraît réalisable. Son accès permet de poser des diagnostics et d'évaluer la gravité des symptômes, mais aussi d'écouter les patients et de leur faire passer des messages éducatifs et préventifs. Sa disponibilité instantanée pendant la consultation évite les malentendus, les examens superflus et cible les urgences. En cas de problèmes psychiques ou psychiatriques complexes, le recours à un interprète physique paraît plus approprié. L'utilisation de l'interprétariat professionnel requiert la formation des médecins et son existence doit être diffusée plus largement auprès de la population médicale libérale. La gestion d'une consultation à trois, même par téléphone, nécessite un apprentissage.

On peut regretter que l'avis des patients ayant bénéficié de l'interprétariat professionnel n'ait pas été recueilli. La satisfaction du patient est un des buts premiers du médecin. L'ensemble des médecins recrutés pour l'étude a fait part de la satisfaction des patients. Il pourrait être intéressant que cela fasse l'objet d'un travail futur.

Il reste enfin la question du coût. Le bénéfice médico-économique de la mise en place de tels dispositifs est très difficilement évaluable [28]. Une prise en charge financière de ces services ferait augmenter de façon certaine le recours aux services d'interprétariat professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Santé Canada, Président: Dr Michel Talbot. La communication efficace... à votre service. 2001. (consulté le 10 février 2016). Disponible sur : http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf
- [2] Ngo-Metzger Q, Sorkin DH, Phillips RS, Greenfield S, Massagli MP, Clarridge B, et al. Providing High-Quality Care for Limited English Proficient Patients: The Importance of Language Concordance and Interpreter Use. *J Gen Intern Med.* nov 2007;22(Suppl 2):324-30.
- [3] Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA, Loutan L, Stalder H. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *Br J Gen Pract.* juill 2003;53(492):541-6.
- [4] Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Serv Res.* avr 2007;42(2):727-54.
- [5] Flores, G., M. B. Laws, S. J. Mayo, and E. J. Hardt. Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *Pediatrics.* 2003 Jan;111(1):6-14.
- [6] Prince, D., and M. Nelson. Teaching Spanish to Emergency Medicine Residents. *Acad Emerg Med.* 1995 Jan;2(1):32-6; discussion 36-7.
- [7] Ngo-Metzger, Q., M. P. Massagli, B. R. Clarridge, M. Manocchia, R. B. Davis, L. I. Lezzoni, and R. S. Phillips. Linguistic and Cultural Barriers to Care: Perspectives of Chinese and Vietnamese immigrants. *J Gen Intern Med.* 2003 Jan;18(1):44-52.
- [8] Jacobs, E. A., D. S. Lauderdale, D. Meltzer, J. M. Shorey, W. Levinson, and R. A. Thisted. Impact of Interpreter Services on Delivery of Health Care to Limited-English-Proficient Patients. *J Gen Intern Med.* 2001 Jul;16(7):468-74.
- [9] Conseil de l'Europe. Charte sociale européenne (révisée). Mai 1996. (consulté le 10 février 2016). Disponible sur: <http://conventions.coe.int/Treaty/FR/Treaties/Html/163.htm>
- [10] Déclaration d'Amsterdam. 2002. (consulté le 10 février 2016). Disponible sur : http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_franzoesisch.pdf
- [11] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (consulté le 10 févr 2016). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- [12] Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses

de l'École des hautes études en santé publique; 2010. (Métiers santé social).

[13] Sarah Bowen pour Santé Canada. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Ottawa, Canada; nov. 2001. (consulté le 10 février 2016). Disponible sur : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php>

[14] Patrice Guex, Pascal Singy. Quand la médecine a besoin d'interprètes. Médecine et Hygiène. Genève, Suisse; 2003. (cahiers médico-sociaux).

[15] Drennan, G. Counting the cost of language services in psychiatry. S Afr Med J. 1996 Apr;86(4):343-5.

[16] Kravitz, R. L., L. J. Helms, R. Azari, D. Antonius, and J. Melnikow. Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. Med Care. 2000 Jul;38(7):728-38.

[17] Nasr, I., M. Cordero, B. Houmes, J. Fagan, R. Rydman, and C. Green. Use of a bilingual medical history questionnaire in the emergency department. Ann Emerg Med. 1993 May;22(5):824-8.

[18] Tocher, T. M., and E. Larson. Do physicians spend more time with non-English speaking patients? J Gen Intern Med. 1999 May;14(5):303-9.

[19] Sprenger C. La place de la médecine lente et temps de consultation en médecine générale vus par les internes de médecine générale: une étude qualitative par entretiens [Thèse d'exercice]: Université de Caen. UFR de médecine; 2013.

[20] Hampers, L. C., and J. E. McNulty. Professional Interpreters and Bilingual Physicians in a Pediatric Emergency Department: Effect on Resource Utilization. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002 Nov;156(11):1108-13

[21] Observatoire Santé Mentale, Vulnérabilités et Sociétés. L'interprétariat en santé mentale. Santé mentale et précarité, les cahiers de Rhizome [en ligne]. Février 2015. N°55. (consulté le 13/04/2016). Disponible sur : <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/CAHIER-RHIZOME-55.pdf>

[22] Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. La santé de l'homme. déc 2007;(392):25-7.

[23] Faucher F, Weber O, Singy P, Guex P, Stiefel F. L'interprète communautaire : une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle - revmed. Rev Med Suisse. 2010;(236):336-8.

[24] Bischoff A, Loutan L, Stalder H. Barrières linguistiques et communication dans une polyclinique de médecine. Bulletin VALS-ASLA (association suisse de linguistique appliquée). 2001;(74):193-207.

[25] Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA, Loutan L, Stalder H. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. Br J Gen Pract. juill 2003;53(492):541-6.

[26] Ribera J and all. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié? 2008.

Disponible sur : http://www.appartenances.ch/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf

[27] Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. The Lancet. aug 2001;358(9280):483-8.

[28] Schwarzinger M, ATIP/AVENIR, INSERM 738, Paris. 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. Déc. 2012. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/usage-et-opportunite-du-recours-a-l-interpretariat-professionnel-dans-le>

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France

adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012



Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France

adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

¹ Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie V, article E : Non-discrimination

² Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie I, article 11

Les associations signataires de la présente charte s'engagent

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

Annexe

Interprète médical et social Définition du métier

Préambule et visées

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

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

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

Contexte d'intervention et cadres réglementaires

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

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

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

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

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

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012

- complétés par les cadres réglementaires propres aux institutions médicales et sociales françaises :
 - Codes de l'action sociale et des familles (droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux), lois du 2 janvier 2002
 - Charte du patient hospitalisé – 2011
 - Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015, Axe 2,
- ainsi que les priorités / recommandations définies par les Programmes Régionaux d'Intégration des Populations Immigrées déclinant les orientations des politiques publiques sur les différentes régions du territoire national.

Définition

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

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

- restitue dans la langue cible le discours (les propos) exprimé dans la langue source, en termes de contenu, de niveau de langue, d'intention, de tonalité, ...
- retranscrit avec justesse - autant que possible - les nuances, les traits d'humour, les émotions, ...
- veille à la compréhension entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits,
- utilise des compétences non seulement linguistiques, mais aussi interculturelles ainsi que des connaissances spécifiques aux principaux champs d'intervention.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

- est spécialiste des échanges verbaux³ ; il travaille en temps réel ; sa prestation est destinée exclusivement à l'audition directe et immédiate⁴,
- ne peut exercer autrement qu'en présence des parties au cours de consultations et d'entretiens individuels, ou de réunions en comité restreint, en face à face ou téléphoniques,
- pratique essentiellement l'« interprétation consécutive » : ce mode opératoire nécessite un discours scindé par séquences pour que l'interprète en restitue le contenu, au fur et à mesure, et par intervalles réguliers,
- intervient pour imposer un temps de traduction, et ce dans l'attention du maintien de la fluidité des échanges entre les parties.

³ L'interprète médical et social peut être à la fois interprète et traducteur ; il s'agit toutefois de deux métiers distincts qui font appel à des compétences fondamentalement différentes.

⁴ Nul enregistrement, y compris par les auditeurs, ne peut être fait sans leur consentement préalable.

De manière spécifique, l'interprète médical et social :

- exerce son activité au sein d'une diversité d'institutions et de lieux,
- exerce son activité entre des usagers non ou peu francophones, et les acteurs professionnels notamment des services publics, administrations, associations, (ou exerçant en privé), qu'ils soient travailleurs sociaux, médecins, soignants, éducateurs, enseignants, ...
- intervient au sein d'une relation souvent asymétrique, entre les professionnels des différents domaines et les usagers dans une position de besoins et de demandes.

Déontologie

Fidélité de la traduction

L'interprète en milieu médical et social restitue les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité⁵, sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens.

Confidentialité et secret professionnel

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

Impartialité

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

Respect de l'autonomie des personnes

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

⁵ Comme pour toute interprétation et traduction, la précision et la fidélité visent la transmission satisfaisante de l'information et du style avant la restitution lexicale exhaustive.

Fonctions essentielles

▶ TRADUCTION ORALE

L'interprète en milieu médical et social :

- traduit tous les propos énoncés par chacune des parties et les informe de cette règle au préalable,
- restitue le sens des propos au plus près des nuances exprimées grâce à l'utilisation de techniques d'interprétariat,
- respecte dans sa traduction les différents registres des discours - culturel, social, technique, ...,
- contribue à la fluidité des échanges en ayant le souci du rythme et une veille quant à la compréhension par chaque partie des propos traduits,
- garantit une traduction fidèle aux propos des usagers et professionnels et non à leurs intentions supposées,
- reste centré sur son travail de restitution, sans être influencé par les effets de relations majoritairement « asymétriques ».

▶ ATTENTION ET DISPONIBILITE INTERCULTURELLE

L'interprète en milieu médical et social :

- intervient au croisement de registres de langages, d'usages et de systèmes et fait preuve d'une attention et d'une disponibilité interculturelles afin de mettre en « relation de compréhension » les parties,
- analyse les situations et sait discerner les origines des dysfonctionnements ou blocages dans l'échange qui relèvent de la traduction (vide lexical et points aveugles), des mots tabous, des stéréotypes...
- tient compte de la place et du rôle de chacun dans cette relation triangulaire inhérente à l'interprétariat de liaison en veillant à maintenir un positionnement impartial,
- reste centré sur son travail de traducteur en ayant conscience des enjeux linguistiques et/ou de positionnement que peuvent entraîner
 - sa maîtrise des deux langues,
 - sa responsabilité de « veille de la compréhension »,
 - et les attentes culturelles (conseil, expertise, explication, substitution ...) dont il peut être l'objet par les interlocuteurs.

▶ DISTANCIATION

L'interprète en milieu médical et social :

- inscrit son intervention au sein d'un cadre professionnel,
- assure la fonction de traduction orale consécutive pour laquelle il est mandaté, quel que soit le contexte émotionnel et interculturel de la situation,
- développe au sein de groupes de pairs des capacités d'analyse, de réflexivité et de décentration pour rester à l'écoute et stable dans son travail de traduction,
- respecte l'intégrité, l'autonomie et les stratégies / logiques des interlocuteurs.

Responsabilités et délimitation de la pratique

L'interprète médical et social accomplit ses fonctions professionnelles en **engageant sa responsabilité** au regard :

- de la **justesse de la traduction**, entendue comme « une opération sur ce qui se dit à travers les langues », de la transmission du discours, donc du sens, à travers un choix de vocabulaire et d'expressions adéquates,
- d'une **veille de compréhension**, entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits⁶ et non comme l'appropriation des enjeux de la situation par les personnes (blocages, difficultés de discernement, ...).
- d'une **attention interculturelle** favorisant le repérage d'incompréhensions et de malentendus entre les interlocuteurs. Selon le cas, il est amené à interagir pour leur explicitation :
 - il demande leur reformulation,
 - ou **sort de la traduction** en l'ayant annoncé, et en proposant - sous forme d'hypothèse à valider par les interlocuteurs - des informations, éclairages ou explications.

Il **sait délimiter ses fonctions et responsabilités** :

- il informe les parties des règles déontologiques propres à son exercice,
- il exerce avec neutralité et recul, quel que soit son propre parcours ; en aucun cas il ne prend la posture de conseil ou de défenseur de l'une ou de l'autre des parties,
- dans sa qualité d'interface linguistique, il n'entre pas dans une quelconque régulation ou conciliation : il garde une posture distancée, et n'est pas habilité à assumer des fonctions de médiateur social⁷,
- dans ce cadre, il n'effectue pour aucune des parties des services autres que l'interprétariat,
- il identifie ses limites linguistiques et de posture professionnelle ; il renforce sa pratique à travers la formation continue.

⁶ Il s'agit d'un devoir de vérification propre à l'interprétariat de liaison et qui le distingue de l'interprétariat de conférence.

⁷ La médiation étant un processus de règlement de conflit, d'aide à améliorer une relation nécessitant des compétences de négociation, de motivation des personnes, de connaissances historiques, sociologiques, ethnologiques...

* Textes réglementaires européens et français référencés

▪ **Charte sociale européenne (révisée 1996), Partie V - Article E - Non-discrimination**

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

▪ **Annexe à la Recommandation Rec(2006)18 / 3**

Stratégies d'amélioration de la santé des populations multiculturelles et des soins de santé qui leur sont dispensés – *Non-discrimination dans l'accès aux services de soins de santé,*
« *La suppression des obstacles à la communication est l'aspect qui nécessite l'intervention la plus urgente, claire et évidente.*

(...) Des interprètes professionnels devraient être mis à disposition et utilisés régulièrement pour assister les patients membres de minorités ethniques, si nécessaire.

(...) Les professionnels de santé devraient être conscients que les obstacles linguistiques ont des effets négatifs sur la qualité des soins. Ils devraient être formés à travailler conjointement et efficacement avec des interprètes. Des programmes de formation s'imposent pour les interprètes travaillant dans le domaine de la santé.

(...) Les services de santé publique devraient être encouragés à contrôler la qualité des services d'interprétation médicale destinés aux minorités ethniques. »

▪ **Code de santé publique (version en vigueur 2 mai 2012),**

Titre 1 : les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre 1 : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

« Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté »

Art. L1111-2 « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

▪ **Code de l'action sociale et des familles, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, Article L311-3**

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

- 1. Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;*
- 2. Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;*
- 3. Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;*
- 4. La confidentialité des informations la concernant ;*
- 5. L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;*
- 6. Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;*
- 7. La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.*

▪ **Haute Autorité de Santé (France)**

Recommandation de bonne pratique N° 13 : Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement. Recommandations pour la pratique clinique, Accès aux informations concernant la santé d'une personne, décembre 2005 :

IV.2. Modalités de communication du dossier et accompagnement de l'accès

« Dans le cas particulier des personnes ayant des difficultés de communication, la transmission des informations doit être adaptée à leurs possibilités et les difficultés de compréhension doivent être prises en compte de manière spécifique. »

▪ **Charte du patient hospitalisé – 2011**

« L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches).

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. »

▪ **Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015**

Axe 2 : Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires

« Garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social

- Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider

(...) Compte tenu de ces difficultés, qui s'ajoutent aux obstacles liés à la maladie, ces populations doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communications adaptés, organisation du recours aux services de traduction). »

ANNEXE II Guide d'entretien

- 1- Pouvez vous me dire, en moyenne, combien vous voyez de patients parlant peu ou mal le français par semaine ?
- 2- La barrière de la langue représente elle une difficulté dans une prise en charge médicale ?
- 3- Parlez vous une langue étrangère ? Si oui, laquelle (lesquelles) ? Est ce satisfaisant pour les consultations avec cette patientèle ?
- 4- En cas de difficulté de communication, quels sont vos recours ? Avez vous déjà utilisé des services interprétariat professionnel ?
- 5- Au cours de l'expérimentation, combien avez vous utilisé de consultations avec interprète professionnel ? Avez vous utilisé plusieurs fois le service d'interprétariat pour le même patient ? si oui, pourquoi ?
- 6- Sur quels critères avez-vous choisi les patients ?
- 7- Avez vous rencontré des difficultés pour rentrer en contact avec le service d'interprétariat ?
- 8- Qu'avez vous pensé du professionnalisme des interprètes ?
- 9- L'interprète vous a-t-il apporté un éclairage culturel lors de la consultation ?
- 10- Ces services sont très peu utilisés en médecine libérale. Pour vous, quelle(s) en est(sont) la(es) raison(s) ?
- 11- Pensez vous que la mise à disposition d'interprète permette une prise en charge identique des patients allophones à celles des patients francophones ?
- 12- Avez vous des questions, remarques ?

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : Camille RICHARD

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre : *Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : place de l'interprétariat professionnel*

| | |
|---|---|
| Rennes, le <i>20/04/16</i> Le Directeur de thèse | Rennes, le <i>22-4-16</i> Le Président de jury |
|---|---|

Professeur Pierre TATTEVIN
Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale
CHU Pontchaillou - 35033 RENNES
Tél : 02 99 28 22 54 - Fax : 02 99 28 24 52
E-mail : pierre.tattevin@chu-rennes.fr
N° RPPS : 1100 266 9595

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le **27 AVR. 2016**

Le Président de l'Université de Rennes 1
Le Président de l'Université de Rennes 1

D. ALIS

Maj : 23-janv.-14

| U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES | N° |
|--|--|
| <p>RICHARD, Camille – Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : Place de l’interprétariat professionnel 38 feuilles., 1 tableau. - Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2016 ; N°</p> | |
| <p>Résumé : La barrière de la langue induit des erreurs de communication dans les consultations médicales avec les patients allophones. Le recours à l’interprétariat professionnel améliore la qualité de soins de ces patients. Il est peu utilisé en médecine libérale. L’objectif du travail était de déterminer si l’interprétariat professionnel par téléphone répond à un besoin de médecins généralistes, si sa mise en place pratique est réalisable dans une consultation de médecine libérale et si elle satisfait ces médecins.</p> <p>Il s’agissait d’une étude qualitative exploratoire par entretiens semi dirigés. Une expérimentation d’un mois proposait à des médecins généralistes à Rennes d’accéder à un interprète par téléphone pour leurs consultations avec leurs patients allophones. Les médecins recrutés devaient être disponibles sur un mois et installés en libéral dans des zones à forte densité de patients allophones. Soixante consultations avec interprètes professionnels par téléphone ont été proposées gratuitement par Inter Service Migrants interprétariat (ISM).</p> <p>Huit praticiens ont été recrutés pour participer à l’étude. Deux n’ont pas eu recours à ISM. Tous les médecins considèrent la barrière de la langue comme un obstacle dans une prise en charge médicale. Ils utilisent la famille ou les amis comme interprète bien qu’ils en reconnaissent des limites. Pendant le mois d’expérimentation, vingt consultations avec interprètes ont été demandées. La mise en place pratique de l’interprétariat par téléphone semble faisable. Les limites à l’utilisation de l’interprétariat professionnel par téléphone sont le manque de temps des médecins, la difficulté de gestion d’une consultation à trois intervenants, le coût et la saturation du service. Deux types de recours par téléphone se sont distingués: à but diagnostic (consultations de moins de 6 minutes) et à but éducatif (consultations de plus de 7 minutes). Les médecins n’ayant jamais utilisé les services d’interprétariat professionnel auparavant ont été moins satisfaits que les autres médecins. Ces derniers ont eu des consultations plus longues et ont fait plus appel à ISM. L’interprétariat professionnel nécessite donc un apprentissage, même par téléphone. Toutes les consultations utilisées par les médecins n’ont concerné que des problématiques somatiques. L’ensemble des patients ayant bénéficié du service d’ISM paraît satisfait.</p> <p>Résumé en anglais : Language barrier induces mistakes in communication in medical consultations with allophone patients. Using professional interpreters improves the quality of care of those patients. This service is barely used in private medical practice. The goal of our work was to determine if the use of professional interpreters via telephone satisfies the needs of primary care physicians, and if its implementation is possible in a private practice consultation.</p> <p>It was a qualitative and exploratory study with semi-structured interviews. During a month, we offered to primary care physicians in Rennes to access to interpreters via telephone during their consultations with allophone patients. The participating physicians had to be available during a month and work in a private practice located in an area with a high density of allophone patients. Sixty consultations with professional interpreters via telephone were given free of charge by Inter Service Migrants interprétariat (ISM).</p> <p>Eight physicians were selected to take part in the study. Two of them did not use ISM service. All physicians think that the language barrier is an obstacle to medical care. They use family and friends as interpreters even if they know the limits of this practice. During the month of experimentation, twenty consultations with professional interpreters were scheduled. The practical implementation seems to be possible. However, the lack of time, the difficulty of managing in a three-person consultation, and the cost and saturation of the service limit the use of professional interpreters via telephone. Two types of use with ISM were noticed : for a diagnostic approach (consultations lasting less than 6 minutes) and for an educative approach (consultations lasting more than 7 minutes consultations). Physicians who had not used professional interpreters before were less satisfied who had. The latter had longer medical consultations and used more services provided by the ISM. Using professional interpreters requires training even if the service is via telephone. All of the patients who had access to the ISM seem satisfied.</p> | |
| <p>Rubrique du classement :</p> | |
| <p>Mots- clés : recherche qualitative, traduction, téléphone, soins de santé primaire</p> | |
| <p>Mots-clés anglais MeSH : qualitative research, translating, telephone, primary health care</p> | |
| <p>JURY</p> | <p>Président : Professeur Pierre TATTEVIN Assesseurs : Professeur Jean-Pierre GANGNEUX Docteur Françoise TATTEVIN Docteur Alain COUATARMANAC’H Docteur Jean-Marc CHAPPLAIN</p> |
| | |

