



HAL
open science

**Évaluation d'un service d'interprétariat par visio
conférence mis à disposition des médecins généralistes
de Bordeaux : étude qualitative auprès des médecins et
des patients expérimentateurs et enquête exploratoire
sur le non recours**

Anne-Elise Morice

► **To cite this version:**

Anne-Elise Morice. Évaluation d'un service d'interprétariat par visio conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux : étude qualitative auprès des médecins et des patients expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non recours. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02394617

HAL Id: dumas-02394617

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02394617>

Submitted on 4 Dec 2019

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.

Université de Bordeaux U.F.R des Sciences Médicales
Année 2019

N°191

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2019 par :

Anne-Elise MORICE, née le 5 septembre 1988 à Bayeux

**Evaluation d'un service d'interprétariat par visio-
conférence mis à disposition des médecins généralistes de
Bordeaux**

Etude qualitative auprès des médecins et des patients
expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non-recours

Sous la direction de Monsieur le Docteur Nicolas GOUJON

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH (président)

Monsieur le Professeur William DURIEUX (rapporteur)

Madame le Docteur Marie BOISVERT

Madame le Docteur Claire MESTRE

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Remerciements :

Au Professeur Jean-Philippe Joseph

Je vous remercie de vous être rendu disponible pour me faire l'honneur de présider ce jury, ainsi que pour vos précieux enseignements et votre gentillesse lors de mon stage dans votre cabinet. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma plus vive reconnaissance.

Au Professeur William Durieux

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté la fonction de rapporteur de ce travail, pour vos conseils et la confiance que vous m'avez accordé. Je vous remercie par ailleurs de m'avoir transmis l'amour du métier de médecin généraliste, pour votre investissement pédagogique, votre bienveillance et votre humanité lors de mon stage à vos côtés. Votre pratique professionnelle est un exemple que je tâcherai de suivre.

A mon directeur de thèse le Docteur Nicolas Goujon

Je te remercie de m'avoir fait confiance pour mener ce travail qui me tenait à cœur, pour ton soutien, ton implication, tes précieux conseils et le nombre d'heures consacré à la relecture, malgré tout emploi du temps chargé. Reçois ici toute ma reconnaissance.

Au Docteur Claire Mestre

C'est un honneur et une grande joie pour moi de vous compter parmi les membres du jury. Je vous remercie de m'avoir permis de participer au D.U de Médecines et Soins Transculturels que vous coordonnez, dont les enseignements ont été une source d'enrichissement extraordinaire et m'ont beaucoup inspiré pour ce travail. Votre engagement passionné auprès des populations migrantes en souffrance à travers votre association Mana puis Ethnotopie est admirable. Veuillez trouver dans ce témoignage l'expression de mon plus profond respect.

Au Docteurs Marie Boisvert et Yves Montariol

Merci d'avoir accepté sans hésiter de participer à mon jury de thèse et pour l'intérêt porté à ce sujet. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements. Votre regard et vos sentiments sur ce travail me seront très précieux.

A Lydie Lebullanger, coordinatrice de la plateforme santé vulnérabilité du CCAS de Bordeaux, merci beaucoup pour votre disponibilité, pour votre aide et votre réactivité lors de mes nombreuses sollicitations !

A Laurence Kotobi pour vos conseils avisés, votre soutien et votre confiance.

A mes parents pour votre amour, votre éducation et les valeurs que vous m'avez transmises. Merci également pour votre soutien tout au long de mes études, pour votre relecture attentive et minutieuse de ce travail et vos précieuses corrections.

A mes frères Jojo et Aurèle, qui me font la joie de venir me soutenir en ce jour important, et pour tous les bons moments partagés et à venir.

A Didier, Christine et Christian qui me font le grand plaisir de venir à Bordeaux pour ma soutenance de thèse, merci pour l'affection que vous m'avez toujours témoignée, j'en suis très touchée.

A Nini, Nina, Didi, Siboubz, Igor, Arsène et Marine, je ne pouvais espérer tomber sur meilleurs camarades en arrivant à Bordeaux, je me sens si bien avec vous ! Je vous aime fort

A Bénou pour ta gentillesse, ton humour, ta patience, ton soutien et la joie que tu m'apportes tous les jours, que la vie nous entraîne encore dans de belles aventures !

A mes amis adorés de Caen qui me manquent et que j'aime fort.

A mes supers collègues de la PASS de Périgueux : Marie-France, Mylène, Marie et Andy pour leur soutien, leurs encouragements et pour m'avoir supportée dans les moments de panique et d'angoisse de ces dernières semaines ! Merci pour votre énergie, votre engagement, votre implication, votre tolérance à mon égard... c'est un bonheur de travailler avec vous !

A mes tout aussi supers collègues du Centre de Détention de Neuvic pour l'accueil que vous m'avez réservé, votre bienveillance, votre entrain et votre bonne humeur dans l'adversité !

Table des matières

I.	Introduction.....	14
A.	Les enjeux de l'interprétariat en santé.....	14
1.	Approche socio-anthropologique des inégalités d'accès aux soins des migrants.....	14
2.	Interprétariat professionnel : une exigence éthique	17
3.	Prise en compte de l'interprétariat dans les politiques publiques : des dispositifs d'exception au droit commun	18
B.	Etat des lieux de l'interprétariat professionnel en santé en France	19
1.	Définition d'un interprète professionnel en milieu médical et social :	19
2.	Quelles formations pour les interprètes professionnel en santé en France ?	20
3.	Usage effectif de l'interprétariat en France.....	21
a)	A l'hôpital	21
b)	En médecine générale	22
C.	Genèse de l'étude : projet CARE et ANR « premiers pas »	23
1.	Projet CARE :.....	23
2.	La recherche ANR « Premiers Pas »	25
3.	Objectifs de l'étude	26
II.	Matériel et Méthode.....	28
A.	Evaluation du dispositif par les médecins généralistes et les patients expérimentateurs.....	28
1.	Méthode de sélection des participants	28
a)	Médecins	28
i	Echantillonnage :	28
ii	Mode de recrutement :	29
b)	Patients.....	29
i	population cible :	29
ii	Méthode de recrutement :	29
iii	Mode de contact, prises de R.V :	29
2.	Choix de la méthode qualitative	30
3.	Recueil de données	31
a)	Caractéristiques des chercheurs.....	31
b)	Entretien semi-directif.....	31
i	Justification de la méthode.....	31
ii	Techniques d'entretien.....	32

iii	Construction de la grille d'entretien	32
iv	Mode de recueil des données et consentement des participants :	34
v	Ethique	35
c)	Questionnaires de fin de consultation.....	35
d)	Pré-enquête de terrain	36
4.	Traitements des données	36
a)	retranscription :.....	36
b)	analyse.....	36
i	Codage.....	37
ii	Catégorisation.....	37
iii	Mise en relation.....	37
iv	Intégration	37
B.	Etude exploratoire des déterminants du non-recours à l'interprétariat professionnel.....	38
1.	Objectif.....	38
2.	Population cible :	38
3.	Mode de contact	38
4.	Mode de recueil de données	39
a)	Réalisation du questionnaire	39
III.	Résultats :.....	40
A.	Evaluation des médecins généralistes expérimentateurs.....	40
1.	Taux de participation	40
2.	Durée d'expérimentation	40
3.	Caractéristiques de la population	40
4.	Résultats des questionnaires de fin de consultation	41
5.	Descriptif des entretiens	42
6.	Analyse des entretiens	42
•	Stratégies de communication en l'absence d'interprète professionnel.....	42
•	Difficulté de prise en charge des patients migrants.....	47
•	Explications du nombre de migrants dans leur patientèle.....	48
•	Expérience de recours à interprétariat professionnel	49
•	Avis sur l'interprétariat en présentiel	50
•	Evaluation de la satisfaction du dispositif d'interprétariat ACCEO	51
•	Organisation/programmation/planification de RV Acceo.....	54
•	Inconvénients ACCEO	55
•	Freins à l'utilisation d'ACCEO.....	58

• Avis sur la vidéo :	61
• Influence sur la manière de travailler/de conduire la consultation	62
• Apport de l'interprétariat professionnel :	63
• Inconvénients interprètes professionnels	67
• Influence sur la relation médecin-patient.....	68
• Qualité attendues d'un interprète professionnel	70
• Rôles de l'interprète professionnel selon médecin.....	71
• Amélioration à apporter au service d'interprétariat ACCEO	73
• Avis quant au type d'interprétariat le plus adapté chez le médecin généraliste	73
• Opinions sur la manière d'augmenter le recours à l'interprétariat en médecine générale :	74
• Avis sur la pertinence d'une sensibilisation des médecins au recours à l'interprétariat	75
• Intérêt d'une formation au travail avec interprète	75
B. Evaluation des patients allophones	76
1. Taux de participation	76
2. Caractéristiques de la population	76
1. Description des entretiens.....	77
2. Analyse thématique des entretiens :	78
• Expérience de la barrière de la langue chez le médecin :	78
• Vécu de l'interprétariat informel	80
• Expérience passée de l'interprétariat professionnel :	82
• Présentation du dispositif de visio-conférence chez le médecin généraliste.....	83
• Avis global sur l'expérience d'interprétariat par visio-conférence :	84
• Avis plus spécifique sur la vidéo, sur le fait de voir l'interprète et d'être vu	84
• Avis concernant le professionnalisme des interprètes par visio-conférence :	85
• Avis sur l'interprète professionnel communautaire :	86
• Influence de l'interprète sur la relation médecin-malade	86
• Avantages à être aidé par un interprète professionnel/aides apportées par l'interprète professionnel.....	87
• Inconvénients à être assisté d'un interprète/difficultés ressenties avec un interprète professionnel :	89
• Attentes vis-à-vis d'un interprète professionnel :	89
• Préférence quant au mode d'interprétariat chez le médecin généraliste :	91
• Commentaires :	92

C.	Déterminants du non-recours chez les médecins non-utilisateurs du dispositif d'interprétariat professionnel.....	93
1.	Taux de participation.....	93
2.	Analyse des réponses aux questionnaires	94
a)	Nombre de patients allophones reçus par semaine au cabinet.....	94
b)	Moyens actuels de communication utilisés en consultation avec des patients allophones	94
c)	Satisfaction concernant les moyens actuels de communication avec leurs patients allophones	95
d)	Difficultés ressenties dans la communication avec les patients allophones	96
e)	Souhait quant à la possibilité d'avoir accès à un service d'interprétariat linguistique professionnel.....	97
f)	Connaissance de la possibilité de faire appel à des interprètes professionnels dans le cadre d'une expérimentation dans le quartier où ils sont installés	98
g)	Raisons pour lesquelles les médecins informés n'y ont pas fait appel	98
h)	Intérêt des médecins non informés à y avoir recours :.....	99
i)	Les freins au recours à l'interprétariat professionnel en médecine générale mis en avant par les médecins interrogés	100
IV.	Discussion.....	101
A.	Discussion sur la méthode : forces et limites de cette étude	101
1.	Forces :	101
a)	Validité externe :	101
b)	Validité interne :	101
i	Choix de la méthode qualitative	101
ii	L'originalité des résultats :	102
iii	Le recueil du vécu des patients allophones	102
iv	La triangulation des sources	102
v	triangulation des outils	102
vi	Implication concrète :	103
vii	profil des chercheurs	103
2.	Limites :	103
a)	Taille des échantillons.....	103
b)	Biais de sélection :	103
i	Médecins expérimentateurs.....	103
ii	Médecins non-expérimentateurs	104
iii	Le point de vue du 3 ^{ème} protagoniste : l'interprète.....	104
c)	Biais de recueil.....	104

i	Entretien semi directif :	104
ii	Questionnaire en ligne :	105
d)	Biais d'analyse	105
B.	Discussion : mise en perspective des résultats avec les données de la littérature	106
1.	L'impact de l'absence d'interprète professionnel en consultation :	106
2.	Vécu des consultations avec interprètes informels :	107
3.	Vécu de la consultation avec les interprètes professionnels par visio-conférence ACCEO .	109
4.	Influence sur la relation médecin-patient des interprètes professionnels par visio- conférence ACCEO.....	114
5.	Attentes des médecins et des patients quant aux qualités et aux rôles des interprètes professionnels en consultation de médecine générales.....	116
6.	Avantages et inconvénients de la vidéo dans la consultation.....	119
C.	Explorations des logiques du non-recours à l'interprétariat en médecine générale :	120
D.	Déterminants de la sous-utilisation de l'interprétariat par visio-conférence	124
E.	Réflexion sur le mode d'interprétariat le plus adapté selon les médecins, les patients et la littérature :	128
V.	Recommandations et Perspectives	132
VI.	Conclusion :	138
VII.	Bibliographie :	140
VIII.	Annexes	148
	ANNEXE 1	148
	ANNEXE 2	149
	ANNEXE 3	150
	ANNEXE 4	152
	ANNEXE 5	157
	ANNEXE 6	158
	ANNEXE 7	159
	ANNEXE 8	161
	ANNEXE 9 :	163
	ANNEXE 10	164
	ANNEXE 11	166

Table des tableaux et figures :

Tableau 1 : Principales caractéristiques des médecins interrogés	40
Tableau 2: Principales caractéristiques des patients interrogés.....	76
Tableau 3 : Descriptif des entretiens patients	77
Figure 1 : Algorithme d'inclusion des médecins non-expérimentateurs	93
Figure 2 : Nombre de patients allophones reçus par semaine (en abscisse le nombre de patients vu, en ordonnée le nombre de médecins)	94
Figure 3: Moyens de communication en l'absence d'interprète	94
Figure 4 : Satisfaction des médecins en l'absence d'interprète professionnel avec les patients allophones.....	95
Figure 5: Souhait d'avoir accès à un service d'interprétariat professionnel	97
Figure 6 : Connaissance du dispositif d' interprétariat professionnel	98
Figure 7 : Intérêt des médecins pour un service d'interprétariat par visio ou en présentiel mesuré avec une échelle de Likert : réponses cotées de 1 (pas du tout intéressé) à 5 (très intéressé)	99

Liste des acronymes

- ACS : Aide à la complémentaire santé
- AME : Aide médical d'état
- ANR : Agence nationale de la recherche
- CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
- CASO : Centre d'accueil, de soins et d'orientation (de Médecins du Monde)
- CCAS : Centre communal d'action sociale
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire
- CPH : Centre provisoire d'hébergement
- D.U : Diplôme universitaire
- DGS : Direction générale des soins
- ESI : Etranger en situation irrégulière
- EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité
- HAS : Haute autorité de santé
- INED : Institut national d'études démographiques
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- ISM : Inter service migrant
- ISS : Inégalités sociales de santé
- MDM : Médecins Du Monde
- OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORS : Observatoire Régionale de la Santé
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
- PSV : Plateforme santé vulnérabilité du CCAS de Bordeaux
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Liste des définitions :

Migrant : Toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays, selon l'UNESCO(1).
Pour le Comède (2) : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France.

Allophone : Terme d'origine québécoise désignant une personne dont la langue maternelle est une langue étrangère dans la communauté où elle se trouve (3). En France, elle désigne une personne ne maîtrisant pas la langue française, et dans l'enquête TEO menée par l'INED/INSEE (4), un patient est défini comme « allophone » s'il répond « un peu », « pas du tout » ou ne se prononce pas à l'une des deux questions suivantes :

- « Diriez-vous que vous comprenez le français à l'oral ? » : « Très bien » ; « Bien » ; « Un peu » ; « Pas du tout » ; ne se prononce pas
- « Diriez-vous que vous parlez en français » : « Très bien » ; « Bien » ; « Un peu » ; « Pas du tout » ; ne se prononce pas

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

Demandeur d'asile : Au titre de la convention de Genève de 1951, un demandeur d'asile est un étranger inscrit dans une procédure visant à obtenir la reconnaissance du statut de réfugié ou de protection subsidiaire (6) .

Réfugié : Un réfugié est un étranger qui a obtenu une réponse favorable à sa demande d'asile et qui de ce fait est autorisé à séjourner en France.

Exilé : Terme évoquant le caractère contraint de la migration et notamment ses conséquences psychologiques (2).

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

Introduction : Les migrants allophones sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins de santé de qualité, notamment du fait de la « barrière » de la langue. En 2018, sur une période de 6 mois, le CCAS de la ville de Bordeaux a mis à disposition un service d'interprétariat professionnel en présentiel et par visio-conférence aux médecins généralistes de deux quartiers de Bordeaux. **Objectif :** Evaluer la satisfaction des médecins généralistes et des patients ayant bénéficié du service d'interprétariat. Évaluer la pertinence du dispositif dans la pratique de médecine générale et mettre en lumière des déterminants du non-recours au service chez les autres médecins des quartiers ciblés par l'expérimentation.

Matériel et méthodes : Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des médecins expérimentateurs et des patients allophones bénéficiaires, et enquête par questionnaire semi-dirigé en ligne auprès des médecins généralistes n'ayant pas eu recours au service d'interprétariat.

Résultats : Nous avons interrogés les 4 médecins expérimentateurs, 6 patients en ayant bénéficié et 15 médecins n'ayant pas eu recours au service. Les médecins expérimentateurs étaient satisfaits du professionnalisme des interprètes, ont pointé une nette amélioration de la relation médecin patient, permettant une prise en soins de meilleure qualité. Le recours a été assez faible du fait de nombreux freins liés à la nécessité de réserver. Les patients ont été très satisfaits des interprètes professionnels, en qui ils avaient une grande confiance concernant la qualité de la traduction permettant une libre expression et une nette amélioration de la communication avec le médecin. La vidéo tendait à humaniser la relation, mais pour certains elle était plus intimidante que le téléphone pour aborder des sujets sensibles. La plupart des médecins non-expérimentateurs n'étaient pas informés de l'existence du dispositif, et une majorité souhaitait pouvoir avoir accès à un service d'interprétariat professionnel.

Conclusion : Les médecins généralistes et les patients sont en demande d'un service d'interprétariat professionnel. Pour augmenter le recours à l'interprétariat, il est apparu important de garantir la confidentialité et la gratuité du service dans la communication, de proposer un service à distance simple et disponible immédiatement. Une plus grande sensibilisation des médecins au cours leurs études sur l'interprétariat professionnel permettrait de banaliser le recours et de diminuer les freins psychologiques à son utilisation.

Mots clefs : migrant, allophone, barrière de la langue, inégalités d'accès aux soins de santé, interprétariat professionnel, médecine générale, soins de santé primaire, étude qualitative, visio-conférence, freins aux recours à l'interprétariat

I. Introduction

A. Les enjeux de l'interprétariat en santé

L'académie de médecine a publié en juin 2017 le rapport « Précarité, Pauvreté et Santé » (7) dans lequel les migrants y sont identifiés comme l'une des populations qui nécessitent « une attention particulière du point de vue médical » parce qu'elles cumulent des facteurs de vulnérabilité.

Selon le Comède (le comité pour la santé des exilés), l'état de santé des exilés est effectivement associé à de multiples facteurs de vulnérabilité, résultant des événements vécus dans le pays d'origine, du parcours de migration (psycho-traumatismes, violences, ruptures et deuil multiples etc.) mais également des conditions de vie dans le pays d'accueil (2).

1. Approche socio-anthropologique des inégalités d'accès aux soins des migrants

Malgré les potentielles conséquences psychiques et somatiques de la migration, les migrants primo-arrivants sont en moyenne en meilleure santé que les natifs du pays hôte au même âge (8), ce qui s'explique par le fait que pour réussir une migration vers l'Europe, il faut une grande endurance physique et mentale. Il y aurait donc une « sélection » au départ des sujets les plus robustes, parfois désignés par leur famille (« l'élue(e) »), c'est le « healthy migrant effect » décrit dans différents travaux (9). En réalité, leur état de santé s'altère avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil (10), c'est le « paradox of assimilation ». L'avantage initial se réduit progressivement jusqu'à se négativer à mesure que se prolonge le séjour dans le pays d'accueil, du aux mauvaises conditions de vie, à l'adoption de pratique néfaste du pays d'accueil (consommation d'alcool, tabac), et aux difficultés d'accès aux soins (11).

« *Les disparités physiques entre les individus ne sont pas fondées, de manière absolue, en nature, dans une sorte d'essence biologique de l'être humain, mais elles sont aussi déterminées par les inégalités que la société institue* » (12). C'est ainsi que Didier Fassin, anthropologue et médecin, introduit la notion d'inégalité sociale de santé, définit par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) comme des « différences d'état de santé entre les groupes sociaux qui ne sont pas dues à des facteurs biologiques et génétiques », s'observant selon un gradient social ; chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus important que le groupe social supérieur, ce qui a amené l'Organisation

Mondiale (OMS) de la Santé à les considérer comme : « inacceptables et potentiellement évitables, inéquitables et injustes » (13).

Les inégalités de santé seraient d'ailleurs d'après Fassin et Aiaich « essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales » (14).

A l'instar de Didier Fassin, des études françaises (10) ont montré que la situation économique et sociale des immigrés expliquent en grande partie les inégalités de santé observées. En effet, il a été démontré que la précarité financière, les conditions d'hébergement (logement insalubres), les conditions de travail (travail à forte pénibilité), la perte de repères sociaux, et l'isolement social des migrants sont autant de déterminants sociaux expliquant que l'état de santé se dégradent progressivement.

Nancy Krieger, épidémiologiste américaine à l'université de Harvard pointe également le rôle du racisme et des discriminations en plus des autres facteurs dans la détérioration observée de l'état de santé des migrants et notamment en santé mentale (15), aux Etats Unis où les études ethno-raciales sont autorisés.

Outre les conditions de vie difficiles des migrants, le rôle du système de soins comme déterminant à l'origine d'inégalités n'est pas négligeable, car un accès aux soins de santé et de prévention différencié contribue également à détériorer l'état de santé des migrants (16).

En effet, les revues de la littérature sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés en France publiées dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) de 2012 et 2017(10), (17) ont mis en évidence le moindre recours aux soins des immigrés, à besoins équivalents, notamment à la médecine de ville, un moindre accès aux soins de prévention, un taux plus important de renoncement aux soins, et un recours tardif aux soins

Ces résultats sont le fruit d'un certain nombre de « barrières » auxquelles sont confrontés les migrants dans l'accès aux soins.

Dans ses travaux sur les inégalités sociales de santé (16), Pierre Lombrail, professeur de santé publique distingue d'une part, l'accès théorique/primaire, correspondant au système de protection sociale permettant l'entrée dans le système de soins : la sécurité sociale, la CMUc, l'Aide à la complémentaire santé, etc...de l'accès secondaire d'autre part correspondant à la trajectoire de soins après le premier contact avec le système de santé.

D'une part l'accès primaire aux soins est entravé par les difficultés administratives et juridiques : la complexité des démarches, la méconnaissances des droits de la part des usagers comme des professionnels de santé, (en témoigne le taux important de non-recours à l'ACS (18), des politiques plus restrictives en matière de protection sociale, les changements de statut

chez les migrants entraînant des ruptures de droits (CMU pour les demandeurs d'asile et AME si la personne est déboutée du droit d'asile), comme décrit dans l'enquête « Parcours » (19).

Cet « environnement de contraintes » peut rendre compte de ce que Caroline Desprès sociologue, identifie comme le renoncement « barrière » dans son approche socio-anthropologique du renoncement aux soins (20).

D'autre part, dans leur trajectoire de soins, les populations vulnérables font face également à de grandes difficultés (21). Le refus de soins des bénéficiaires de la CMU et de l'AME par les professionnels de santé, documentés par de nombreuses études (22) (23) (24), la différence de niveaux de qualité des soins entre bénéficiaires de soins gratuits et payants, la moindre information délivrée aux patients défavorisées en sont des illustrations (16) (25).

Concernant plus spécifiquement les migrants, Marguerite Cagnet, anthropologue canadienne, parle dans ses travaux de « discriminations dans le parcours de soins liées à l'origine (réelle ou supposée) et au racisme », qui se traduit par un parcours de soins différencié « illégitime et arbitraire » avec des différences dans la qualité des soins (26).

La manière dont sont traités les migrants pourrait induire ce que Caroline Despres appelle le renoncement « refus », témoignant d'une défiance à l'égard du système de santé :

« Les expériences vécues parfois comme des humiliations ou une stigmatisation renforcent une faible estime de soi, produisant des effets sur les conduites d'entretien du corps. (...) les individus se mettent alors à distance des espaces où ils sont confrontés à des disqualifications, où se jouent des rapports de domination, comme c'est le cas du cabinet du médecin. »(20).

Mais la principale difficulté pour les migrants allophones récemment arrivés sur le territoire français reste la question de la langue, constituant un frein dès le premier contact avec le système de santé. Parmi les obstacles à l'accès aux soins cités par les 15480 migrants interrogés par Médecins du Monde (MDM) (10), la barrière linguistique arrive en 2^{ème} position après la méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant des soins. Cette méconnaissance, si elle est largement le fait de l'incapacité du système de santé à se faire connaître correctement auprès de ce public (27), est également accentuée par la barrière linguistique qui rend très difficile la compréhension du fonctionnement du système de soins français.

Parmi les patients de la Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Nantes interrogés en 2014 (28) sur les obstacles à la prise en charge médicale en ville, 41,6% citent la barrière de la langue. La « barrière linguistique et culturelle » est également l'une des grandes difficultés mise en avant par les médecins généralistes en ville dans la prise en charge des migrants (29),

et une étude conduite en 2011 montre plus particulièrement l'isolement des médecins bordelais face à la barrière de la langue (30).

Dans une étude sur les « Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier », Laurence Kotobi et al (31) soulignent que beaucoup de travaux ont été réalisés sur les différences culturelles dans les représentations de la maladie et leur traitement, mais peu portent sur la question de la langue, qui véhicule ces représentations, et celle de son impact sur les soins. Or c'est souvent la langue et non les croyances, représentations, qui constitue la première difficulté à l'établissement d'un contact avec les institutions de soins, et le Comède ajoute que les « malentendus culturels » recouvrent la plupart du temps des situations où la personne a été « mal écoutée », mal comprise... (2).

2. **Interprétariat professionnel : une exigence éthique** ¹

« *Il n'y a pas de médecine sans récit, il n'y a pas de soins sans échanges entre malades et soignants* », c'est ainsi que le comité consultatif nationale d'éthique dans son rapport sur la santé des migrants introduit sa 3^{ème} exigence éthique : la mise en pratique d'un mode pertinent de communication, linguistique et culturelle, pour rendre possible le « colloque singulier » entre médecin et patient (27).

Le serment d'Hippocrate engage chaque médecin : « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. » et le Code de la Santé Publique, en son article L.1111-4, rappelle que « toute personne prend les décisions concernant sa santé, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit » (32).

Comment respecter ces engagements déontologiques, en l'absence d'interprète lorsque le patient ne maîtrise pas bien la langue française ?

La loi de Santé adoptée en janvier 2016 a permis l'inscription au code de la santé publique d'un article reconnaissant que « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités » (33) (art. L1110-13)

¹Cf. « L'interprétariat médico-social : une exigence éthique », Laurence Kotobi dans « la santé en action » 2017

Il y est consacré que le « recours à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical »

S'en est suivi l'élaboration et la publication en 2017 par la Haute Autorité de Santé (HAS), d'un référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé(34), dans lequel la HAS recommande que le recours à l'interprétariat professionnel soit systématique pour les personnes non francophones.

3. Prise en compte de l'interprétariat dans les politiques publiques : des dispositifs d'exception au droit commun

L'interprétariat est donc reconnu, du moins dans les textes, comme étant l'une des réponses à apporter pour garantir l'égal accès des personnes aux droits et à la santé, et les recommandations du comité consultatif nationale d'éthique comme de la HAS sont désormais pris en compte par les orientations de politiques publiques.

Dans son instruction relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants à destinations des ARS du 8 juin 2018 (35), le ministère de la solidarité et de la santé se donne ainsi pour objectifs prioritaires de faciliter l'accès à la prévention et aux soins en favorisant une meilleure information des personnes sur leurs droits et sur le système de santé, et d'organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires de droit commun y compris la médecine de ville pour permettre une prise en charge effective des migrants primo arrivants, en rendant disponible l'accès à l'interprétariat professionnel à toutes les étapes du parcours de santé des migrants.

Le PRAPS 2018-2023 (36) de Nouvelle Aquitaine fait de l'interprétariat un axe prioritaire pour développer l'accès aux soins des migrants. Il y est réaffirmé que le recours à l'interprétariat professionnel est essentiel à une prise en charge sanitaire de qualité pour les populations migrantes, et que l'accès aux prestations d'interprétariat doit être simple, rapide, et disponible pour d'autres services que les PASS notamment à la médecine de ville.

En effet l'accompagnement des migrants repose trop souvent sur les dispositifs d'exception existants tels que les PASS ou les centres de soins d'accueil et d'orientation (CASO) de MDM (37) où l'on a accès à l'interprétariat . Or, ces dispositifs sont saturés et ne permettent pas

toujours de suivi alors que 50% des patients consultants dans les CASOs ont une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), d'après l'observatoire d'accès aux droits et aux soins de MDM (37); ce qui justifie d'autant plus d'encourager leur accompagnement par la médecine "de ville" . L'instruction ministérielle rappelle en outre que la prise en charge par le droit commun est nécessaire pour favoriser l'intégration, par la santé, de personnes parfois fragilisées dans la société qui les accueille.

Pourtant, sur le terrain, la promotion de l'interprétariat auprès des acteurs de santé, ses financements et son recours sont encore loin d'être à la hauteur de cette nouvelle exigence.

Pour exemple, à notre connaissance, aucun médecin généraliste de Nouvelle Aquitaine ne peut bénéficier d'un service d'interprétariat professionnel, hormis à sa charge.

B. Etat des lieux de l'interprétariat professionnel en santé en France

Historiquement porté par les associations militantes, qui considèrent depuis longtemps l'interprétariat comme un outil de lutte contre les inégalités d'accès à la prévention et aux soins des populations immigrées, l'interprétariat médico-social professionnel s'est progressivement développé en France, mais de façon très inégale selon les territoires (34), (38). La HAS recense neuf associations principales en région, proposant des services d'interprétariat professionnel et porteuses de projets tels que la charte de l'interprétariat médical et social, et le référentiel de compétences de la HAS. On peut citer parmi-elles : Inter Service Migrant ² (ISM) Interprétariat, Migration Santé Alsace, le Réseau Louis Guilloux, Asamla, Cofrimi etc. et à Bordeaux notamment Intermed, Imedi et jusqu'à récemment la Mana.

1. Définition d'un interprète professionnel en milieu médical et social :

D'après le groupe de travail national inter-associatif (39) : « 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 ».

² Inter Service Migrants interprétariat est une association à but non lucratif mettant 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 en région parisienne et proposent également un service d'interprétariat téléphonique, accessible sur tout le territoire français, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7

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

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

2. Quelles formations pour les interprètes professionnels en santé en France ?

Les associations promouvant un interprétariat médical et social professionnel mettent l'accent sur le fait que l'interprétariat est un métier avec son corpus de compétences. La « gymnastique » des langues » est une affaire délicate, assure Claire Mestre, médecin et anthropologue, dans le cadre du colloque sur l'interprétariat de la revue « l'Autre » : Interprétariat en santé : traduire et passer les frontières (38).

Il existe actuellement une grande variété de formations, mais l'élaboration récente de documents clefs encadrant les compétences requises des interprètes dans le domaine de la santé (28) tendent à les uniformiser :

- la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France d'une part (31) adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012, portée et signée par les principales associations d'interprètes et d'aide au migrants, qui fixe le cadre déontologique de l'interprète en santé :
 - Fidélité de la traduction
 - Confidentialité et secret professionnel
 - Impartialité
 - Respect de l'autonomie des personnes
- le référentiel de compétences de l'interprète médical et social professionnel, élaboré par le groupe de travail national inter-associatif, composé des neuf associations signataires de la charte, et validé en mars 2016.

Lors du colloque sur l'interprétariat en santé à Bordeaux en 2016 (38), Sylvie Mosser-Lutz vice-présidente d'une de ses associations signataires (Migrations Santé Alsace) a présenté

différentes méthodes pédagogiques pour la formation initiale et continue des interprètes professionnels : apports théoriques et méthodes interactives, tutorat, analyse de la pratique, coopération avec des professionnels issus du soin, du social et de la traduction. Malgré les formations dispensées par les associations d'interprétariat médico-social, la professionnalisation de ce métier semble indispensable. Le statut n'est actuellement pas reconnu par l'Etat.

3. Usage effectif de l'interprétariat en France

a) *A l'hôpital*

S'il est vrai que l'interprétariat professionnel s'est développé principalement dans le circuit hospitalier via des conventions ou des partenariats dans le cadre de marchés publics entre associations et établissements de santé (34), tous les hôpitaux ne sont pas dotés d'un service d'interprétariat professionnel. En cause : l'inégale répartition de l'offre d'interprétariat sur le territoire, le manque de financement mais également le faible recours à ce service par les professionnels lorsqu'il est disponible.

Le rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé réalisé dans les établissements sanitaires d'Alsace par ORS Alsace en 2008 (40) met en évidence qu'à défaut d'avoir recours à un interprétariat professionnel qui était pourtant disponible, les médecins s'appuient sur les familles, qui jouent le rôle d'interprète, ou sur le personnel hospitalier parlant une langue étrangère.

Une étude de la Direction Générale de la Santé (DGS) sur l'usage et l'opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé (41) s'est intéressée à l'usage de l'interprétariat dans des hôpitaux parisiens ayant signé une convention avec ISM interprétariat. Elle montre que 37% des 27 services parisiens interrogés n'ont jamais eu recours à l'interprétariat professionnel. Les 3/4 des médecins des services ont une connaissance théorique de l'interprétariat professionnel, mais près des 2/3 déclarent n'avoir jamais ou rarement recouru à ces services dans la pratique. L'accompagnant du patient est la modalité d'interprétariat privilégiée ; 32,5% des patients allophones sont accompagnés en salle d'attente et toujours dans un but de traduction, le plus souvent un enfant majeur du patient, et jusqu'à la moitié des cas lorsque le patient allophone est une femme.

Le recours aux services d'interprétariat professionnel lors de la consultation hospitalière d'un patient allophone n'a été observé que de façon exceptionnelle dans cette enquête : 3 cas sur 154 (2%).

Ces résultats confirment les observations réalisées par une étude qualitative de type recherche-action menée en 2011 dans trois établissements hospitaliers du nord parisien (42) recevant une forte proportion de patients étrangers ou allophones ; et qui pointaient des pratiques approximatives et improvisées en termes d'interprétariat : « *les acteurs disent se débrouiller : communication gestuelle, mime (...) Les personnes sollicitées sont les soignants qui connaissent une autre langue ou la famille/ un proche* », là encore alors qu'un service d'interprétariat professionnel était disponible.

Ce non-recours n'est pas une particularité française. Une enquête effectuée par Bischoff et al. (43) auprès de 244 services de médecine hospitalière dans toute la Suisse, a révélé que dans les institutions étudiées on préférait avoir recours à des interprètes de proximité : famille, amis, membres de la communauté... plutôt que de faire appel à des interprètes professionnels, quand bien même les consignes institutionnelles y étaient favorables et les moyens financiers disponibles.

Au Canada, pays pionnier dans la mise en place de services d'interprétariat communautaire dès le début des années 1990, une étude effectuée à Montréal montre qu'après dix ans d'existence, le service d'interprètes demeure sous-utilisé ; les cliniciens sollicitaient plus souvent les membres de la famille du patient, ou d'autres « interprètes informels », non qualifiés (44).

b) En médecine générale

La possibilité de faire appel à l'interprétariat en médecine générale est encore extrêmement rare, mais quelques régions sont pionnières dans la mise en place d'un service d'interprétariat en milieu libéral.

La première région à avoir proposé un tel service est l'Alsace, sous l'impulsion de l'association Migration Santé Alsace et de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Alsace (URML-Alsace). Avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS), des interprètes professionnels sont mis à disposition des médecins libéraux du Grand Est depuis 2010. L'interprétariat peut se faire en présentiel à Strasbourg, par téléphone avec ISM dans le reste du grand Est, et rencontre un franc succès auprès des usagers comme des professionnels (45), (46).

Depuis 2017, grâce à l'engagement de URLM Pays de la Loire et avec le concours de l'ARS, deux types d'interprétariat sont proposés également aux médecins libéraux des Pays de la Loire : ISM interprétariat et pour les médecins libéraux des agglomérations de Nantes et Angers la possibilité d'avoir en plus accès à un service d'interprétariat en présentiel (47).

Une étude quantitative prospective entre juillet 2017 à février 2018 a été réalisée auprès de 35 médecins généralistes de la région Pays de la Loire, pour évaluer leur satisfaction quant au deux types d'interprétariat en présentiel et par téléphone. L'utilisation a été importante et les médecins furent très satisfaits de l'interprétariat professionnel avec une plus large utilisation de l'interprétariat téléphonique par rapport au présentiel (48).

Nous avons contacté le réseau Louis Guilloux à Rennes³ qui nous a informé qu'un projet de mise à disposition d'interprètes professionnels pour les médecins généralistes libéraux de Rennes (en présentiel et peut être par visio-conférence) a été validé par l'ARS. Le début de l'expérimentation est prévu en janvier 2020 pour une durée de 4 ans et devrait faire l'objet d'une évaluation.

Ailleurs, les aides apportées aux besoins d'interprétariat en médecine générale relèvent souvent du bricolage. On fait appel à des interprètes « de fortune » ou « informels » c'est-à-dire un membre de la famille dont souvent les enfants, un proche, un ami, un membre de la communauté etc. ou on a recours à des outils numériques tel que "google traduction"(28), (30), (49).

Encore trop peu de recherches en France sont effectuées sur l'interprétariat professionnel en médecine générale, notamment du point de vue du patient et aucune étude en France n'a été effectuée sur l'évaluation d'un service d'interprétariat par visio-conférence. D'autre part, aucune étude n'a évalué un dispositif d'interprétariat utilisé en médecine générale en Nouvelle Aquitaine.

C. Genèse de l'étude : projet CARE et ANR « premiers pas »

1. Projet CARE :

Différentes études ont montré que dans leur prise en charge des patients vulnérables, les médecins généralistes rencontrent des difficultés liées à la barrière de la langue, mais également dans l'accompagnement et le suivi des patients, et pour accéder à un plateau technique de secteur 1. Ils se plaignaient en outre d'un manque de temps pour ces situations complexes et chronophages, et de connaissance des structures psycho-sociales de leur territoire (36) (37).

³ Le réseau Louis Guilloux est une association à but non lucratif dont les objectifs sont notamment d'assurer une prise en charge médicale des populations migrantes et en situation de précarité via leur centre médical, et d'améliorer l'accompagnement dans la prise en charge médico-sociale des personnes migrantes par l'intermédiaire de leur pôle d'interprétariat ayant des conventions notamment avec de nombreuses structures hospitalières de la région

Pour améliorer leur prise en soins, les médecins généralistes interrogés dans ces études souhaitent une meilleure information sur les structures locales d'accompagnement psychosocial, une simplification des relations professionnelles avec ces partenaires et le développement d'un travail en réseau pluridisciplinaire (38).

Le dispositif CARE est un dispositif expérimental porté par la plateforme « Santé Vulnérabilité » (PSV) du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Bordeaux (Annexe 1), la PASS du CHU de Bordeaux et la délégation Aquitaine de MDM. Il a pour vocation de soutenir les médecins généralistes dans l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale, par la mise à disposition d'outils opérationnels.

L'objectif du dispositif CARE est de promouvoir les soins et la prévention des publics vulnérables dans le cadre du droit commun, en favorisant un parcours coordonné de soins ambulatoires, afin de réduire le recours non programmé aux structures de second recours ou aux structures d'exception, lorsque la stabilisation des situations administratives et sociales ne justifie plus leur prise en charge sur les dispositifs spécifiques (PASS, CASO de MDM).

Le dispositif se décline en plusieurs axes d'appui :

- Traduction/interprétariat : mis à disposition d'un service d'interprétariat en présentiel avec l'association MANA⁴, et à distance par visio-conférence via ACCEO⁵ ;
- Accompagnement physique dans les démarches des patients (rendez-vous médicaux, examens complémentaires) avec la mise à disposition de médiateurs ;
- Aide à la résolution de difficultés administratives d'accès aux soins, et un appui à la coordination du parcours via la Plateforme Santé Vulnérabilité ;
- Accès facilité au plateau technique du CHU via la PASS pour les parcours de soins complexes à coordonner, et la possibilité de délivrance gratuite de médicaments,

⁴ L'association Mana (50) regroupait une équipe pluridisciplinaire : médecin, anthropologues, psychologues et sociologue proposant des *consultation de médecine transculturelle destinée aux personnes migrantes et à leurs familles* au CHU de Bordeaux avec lequel elle avait signé une convention. L'association Mana a recruté des interprètes également qu'elle a formé et qui pouvaient être cothérapeutes à la consultation transculturelle.

⁵ ACCEO(51) est une société qui proposait historiquement des prestations par visio-interprétation en langue des signes française, ayant développé depuis 2017 en plus un service de traduction instantanée par visioconférence pour des traductions Français / Anglais et Français / Arabe (7 dialectes différents et l'arabe littéraire) et sur rendez-vous pour une centaine de langues étrangères (24 heures à l'avance minimum). Le service est disponible du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h30.

- Sensibilisation/formation sur la prise en charge globale des personnes les plus vulnérables par MDM.

Deux secteurs de la Ville Bordeaux ont été ciblés par la plateforme “santé vulnérabilité” pour cette expérimentation ; les quartiers « Bastide » et « Bordeaux Sud ». Le choix de ces quartiers semblait pertinent en raison des différents profils de publics repérés en situation de fragilité : personnes en squat, demandeur d’asile, personnes vulnérables à la rue ou en difficultés d’occupation du logement.

Un courrier (Annexe 2) a été adressé à tous les cabinets de médecins généralistes de ces deux quartiers, présentant le dispositif CARE et ses différents outils opérationnels, dont l’interprétariat (plaquette en annexe 3). A la fin de ce courrier, deux dates de réunions d’information leur étaient proposées, organisées dans leur quartier respectif sur un temps du midi et sur un temps du soir. Des appels de relance ont ensuite été effectués par le groupe de travail. Au total, 7 médecins généralistes se sont présentés à ces réunions, sur une soixantaine de médecins installés dans ces deux quartiers.

Un binôme issu du groupe de travail est venu présenter le dispositif au cabinet des médecins intéressés à l’issue des réunions de présentation du dispositif, et leur a remis notamment une pochette contenant la procédure à suivre pour installer le logiciel d’interprétariat ACCEO (Annexe 4). Ce logiciel ayant été conçu et pensé pour être utilisé sur une tablette, à défaut, les médecins devaient se doter à leurs frais d’une web-cam et d’enceintes si leur ordinateur n’en était pas équipé.

Initialement, l’expérimentation d’ACCEO prévoyait 10 heures d’interprétariat financées sur une période de 3 mois de novembre 2018 à janvier 2019

Une prolongation a été négociée par le groupe de travail et les membres de la plateforme avec les financeurs en janvier 2019 pour 3 mois supplémentaires jusqu’en avril 2019, en présentant plusieurs arguments, issus des premiers retours de terrains que nous avons pu recueillir (Annexe 5). Au total, 20 heures d’interprétariat ont donc été financées.

2. La recherche ANR « Premiers Pas »

« Premiers Pas » (39) est une recherche-action universitaire, portant sur le dispositif de l’Aide Médicale de l’Etat (AME) et les recours aux soins au sein du système de santé des personnes étrangères en situation irrégulière (ESI) vivant dans Bordeaux-métropole et Paris intra-muros.

Adoptant une démarche à la fois qualitative et quantitative, selon une approche pluridisciplinaire (anthropologique, sociologique, économique et médicale), cette recherche entend éclairer les articulations entre les trajectoires biographiques et migratoires des ESI, leurs situations de santé et leurs parcours d'accès à l'AME et aux soins.

L'objectif est d'identifier les freins et les leviers au recours ou non à l'AME et à l'utilisation de ce droit dans le système de santé et d'élaborer à terme, des propositions concrètes d'amélioration de l'accès effectif aux soins des personnes migrantes relevant de l'AME (40).

Le dispositif CARE avait pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients vulnérables et donc d'une partie du public cible de cette recherche-action : les bénéficiaires adultes de l'AME. CARE est donc naturellement devenu un objet de recherche pour l'équipe « Premiers Pas » qui a intégré le comité de pilotage. L'équipe de recherche a donc participé à la construction de cette expérimentation, et à sa mise en œuvre. Elle a ensuite proposé d'aider à son évaluation en intégrant mon travail dans leur recherche.

3. Objectifs de l'étude

Mon directeur de thèse, Nicolas Goujon, est médecin généraliste et il est membre du groupe de travail de l'expérimentation CARE et de l'équipe qualitative de l'ANR « Premier Pas ». Dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice de médecine générale, il m'a proposé d'évaluer le volet interprétariat de CARE, et notamment le service d'interprétariat par visio-conférence confié à la société ACCEO. Cette évaluation du volet interprétariat participera à la décision de pérennisation du dispositif au-delà de sa période expérimentale (novembre 2018 à juin 2019).

En effet, aucune étude n'a été réalisée à ce jour pour évaluer ce dispositif d'interprétariat par visio-conférence en médecine générale ou même ailleurs - contrairement à ISM. Acceo est une entreprise qui proposait historiquement un service de vidéo-conférence pour l'interprétariat en langue des signes dans un contexte commercial (banque, assurance etc.) mais également auprès de services publics comme Pôle Emploi. Elle s'est récemment dotée d'un service d'interprétariat en langues étrangères, mais n'est pas signataire de la charte de l'interprétariat en santé, et n'a pas participé à la réflexion autour de l'interprétariat en milieu médico-social avec les pouvoirs publics. Ne semblant pas avoir d'expertise dans le domaine de la santé, le choix porté sur cette entreprise rendait d'autant plus opportun son évaluation car sa légitimité à mener un tel service ne s'imposait pas d'elle-même.

Pour réaliser l'évaluation de la qualité du service proposé, il nous est apparu rapidement nécessaire de recueillir à la fois le point de vue des médecins généralistes **et également** celui des patients ayant pu en bénéficier. Afin de recueillir la perception des bénéficiaires patients du service, il nous a fallu trouver un moyen de dépasser la barrière de la langue. En intégrant ce travail dans la recherche « Premiers Pas », un budget spécifique a été alloué pour faire appel aux interprètes professionnels par téléphone de l'association ISM, pour la partie enquête auprès des patients.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des médecins et des patients quant à leur expérience d'interprétariat par visio-conférence ACCEO en consultation de médecine générale, dans le cadre de l'expérimentation CARE portée par la mairie de Bordeaux au travers de sa plateforme "santé et vulnérabilité".

Les objectifs secondaires :

- Décrire le vécu des médecins et de patients en consultation face à la barrière linguistique, les stratégies de communication antérieures et les difficultés rencontrées ;
- Connaître le point de vue des médecins quant à la pertinence de ce service d'interprétariat dans leur pratique de médecine générale ;
- Discuter l'influence de l'utilisation d'un interprète professionnel sur l'organisation de la consultation du médecin généraliste ;
- Discuter l'influence de l'interprète professionnel sur la relation médecin-patient et la relation de confiance, du point de vue des patients et du point de vue des médecins ;
- Comparer les qualités attendues d'un interprète professionnel par les médecins généralistes et celles attendues par les patients ;
- Comprendre quels rôles sont susceptibles de jouer les interprètes professionnels selon les médecins et selon les patients, notamment connaître leur avis sur le rôle de médiateur culturel ;
- Décrire les avantages et inconvénients de la vidéo selon les médecins et selon les patients ;
- Mettre en évidence les freins/ les difficultés à l'utilisation du dispositif pour les médecins généralistes ;
- Comprendre quel mode d'assistance linguistique convient le mieux aux patients et aux médecins en médecine générale

Objectif ayant émergé au fur et à mesure de l'étude :

- Devant le faible nombre de médecins ayant installé le dispositif d'interprétariat par visio-conférence ou ayant sollicité un interprète en présentiel, nous avons également décidé de nous intéresser aux **raisons pour lesquelles les médecins, qui en avaient la possibilité, n'ont pas fait appel aux services d'interprétariat professionnel mis à leur disposition** afin de mieux comprendre comment développer et étendre l'interprétariat en médecine générale.

II. Matériel et Méthode

A. Evaluation du dispositif par les médecins généralistes et les patients expérimentateurs

1. Méthode de sélection des participants

a) Médecins

i Echantillonnage :

Le population cible de l'étude est le groupe de médecins ayant accepté de participer à l'expérimentation d'ACCEO débutant en novembre 2018 dans le cadre du dispositif CARE.

L'échantillonnage était à « participation volontaire », et ne fait pas partie de la présente étude. Il a été réalisé en amont par la PSV du CCAS de Bordeaux. J'ai été sollicitée a posteriori pour évaluer le dispositif utilisé par ces médecins.

Quatre médecins généralistes avaient installé le logiciel d'interprétariat à distance ACCEO en novembre 2018.

Malgré le peu de médecins expérimentateurs, il n'y a pas eu de nouvel appel à participation effectué par la PSV sur la période de prolongation de l'évaluation.

ii **Mode de recrutement :**

Dans le cadre de mon travail de thèse, début novembre 2018, j'ai contacté par téléphone ces 4 médecins généralistes afin de recueillir leur accord pour participer à une étude concernant l'évaluation du dispositif d'interprétariat ACCEO.

J'ai pu évoquer ce dispositif en février 2019 à 3 autres médecins généralistes d'un cabinet du quartier Bordeaux sud dans lequel j'effectuais des remplacements. Devant leur enthousiasme, j'ai sollicité la coordinatrice de la plateforme "santé vulnérabilité" qui est venue leur présenter le dispositif d'interprétariat ACCEO à leur cabinet en ma présence.

b) **Patients**

i **population cible :**

Tous les patients ayant bénéficié de l'interprétariat en visio-conférence chez les médecins généralistes participant à l'expérimentation.

ii **Méthode de recrutement :**

Les médecins expérimentateurs du dispositif étaient invités, à la fin de leur consultation avec interprète par visio-conférence, à recueillir l'accord de leurs patients à être contactés dans le cadre de notre étude, afin de discuter de leur ressenti concernant la consultation avec interprète (cf note en bas des questionnaires médecins en annexe 9). Leurs coordonnées étaient relevées par les médecins généralistes en cas d'accord.

iii **Mode de contact, prises de R.V :**

J'ai contacté les patients concernés avec l'aide d'un interprète professionnel par téléphone d'ISM interprétariat.

J'appelais ISM et demandais un interprète dans la langue du patient, je lui expliquais ma démarche en lui donnant les informations contenues sur la fiche de consentement préalable (cf. annexe 6) puis j'essayais de joindre avec un autre téléphone le patient en mettant les deux téléphones sur haut-parleur. Quand la personne répondait, je me présentais succinctement puis je laissais l'interprète se présenter. Souvent, après s'être présenté, l'interprète reformulait aux patients spontanément ce que je lui avais expliqué préalablement.

En cas d'accord à me rencontrer, nous convenions d'un R.V à l'endroit de leur choix.

Le patient était informé lors de cet appel que pour mener l'entretien, nous communiquerions avec un interprète par téléphone.

J'avais fait en sorte d'appeler la veille des jours où j'étais entièrement disponible pour proposer des RV rapidement aux patients, et sur une amplitude horaire très grande selon leur

disponibilité. Je craignais que si nous convenions d'un RV plusieurs jours plus tard, celui-ci ne puisse finalement être honoré (52). Tous les RV ont été pris pour le lendemain ou le surlendemain.

2. Choix de la méthode qualitative

La recherche qualitative, contrairement à la recherche quantitative, ne cherche pas à quantifier, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales conduisant à une démarche interprétative (53). Cette méthode permet d'explorer les émotions, les croyances, les sentiments des personnes interrogées, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle cherche à décrire, à comprendre et à expliquer des phénomènes particuliers, de voir les événements, actions, normes, valeurs, etc. du point de vue des personnes étudiées, avec un accent mis sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation ou contexte spécifique influencent le phénomène étudié. Elle répond à des questions telles que « qu'est-ce qui se passe ? », « pourquoi ? » et « comment ? », et non « combien ? » ou « à quelle fréquence ? » (54).

C'était donc la méthode la plus adaptée aux objectifs de notre étude, d'autant que ce type de recherche est particulièrement intéressant quand le thème est peu familier ce qui est le cas pour cette étude, car elle permet de révéler des thèmes dont l'importance est inattendue. Les hypothèses sont données au fur et à mesure par l'étude des verbatim, produits par les interviewés, selon une démarche inductive⁶.

À l'instar des études quantitatives, il existe des critères de validité pour les enquêtes qualitatives, qui obéissent aux mêmes standards de rigueur scientifique de véracité (dont l'équivalent quantitatif est la validité interne), d'applicabilité (validité externe), de consistance (fidélité) et de neutralité (objectivité) de la recherche (55).

Ces critères de validité ont été définis par Rohleder et Lyons de la manière suivante :

Authenticité : recherche de l'exhaustivité des points de vue et obtention de la saturation théorique des données ;

Crédibilité : vérification de la véracité des résultats par confirmation auprès des interviewés

⁶ La méthode inductive est une méthode scientifique qui obtient des conclusions générales à partir de prémisses individuelles, elle permet de passer d'observations, d'analyses particulières ou spécifiques, à des perspectives plus générales.

ou par la méthode de triangulation, soit en comparant les différents entretiens entre eux ou par rapport aux données de la littérature ;

Transférabilité : capacité d'une recherche à s'étendre à d'autres situations, obtenue en constituant un échantillon représentatif et en décrivant de manière détaillée le contexte de recherche ;

Confirmabilité et fiabilité : garantie de la neutralité du chercheur en expliquant clairement la démarche et en élaborant un guide d'entretien.

Nous avons également utilisé pour la rédaction de cette étude les critères de la grille australienne COREQ (56) pour l'écriture et la lecture des rapport de recherche qualitative, dont une traduction française a été réalisée par un laboratoire de recherche de l'université d'Artois.

3. **Recueil de données**

a) ***Caractéristiques des chercheurs***

Je suis médecin généraliste en première année post-internat, j'exerce maintenant depuis 10 mois dans une PASS, où l'on reçoit fréquemment des migrants pour lesquels nous faisons appel à des interprètes professionnel par téléphone.

Par ailleurs, j'ai été bénévole dans une mission mobile de MDM, j'ai donc travaillé en collaboration avec des interprètes en présentiel lors de ses missions. Je suis également titulaire du DU « Santé-précarité » et du DU « Médecines et soins transculturels » de l'université de Bordeaux.

Mon directeur de thèse a été responsable associatif d'un CASO de MDM pendant plusieurs années, a dirigé différentes thèses d'exercice de médecine sur la population migrante en France ou sur l'accès aux soins des migrant, et est membre de l'équipe de recherche « Premiers Pas »

b) ***Entretien semi-directif***

i **Justification de la méthode**

Nous souhaitons recueillir des témoignages sur les expériences vécues, c'est pourquoi nous avons fait le choix d'entretiens individuels semi-directifs, technique de recueil d'informations permettant de centrer les propos des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement. Les entretiens ont été conduits de manière flexible quant à l'ordre et à la formulation des questions. Le guide d'entretien a été élaboré pour laisser la possibilité d'explorer des thèmes non anticipées au préalable, pouvant surgir au cours de l'entretien.

L'intervieweur ne posera des questions spécifiques liées à des thèmes que nous voulions explorer uniquement si l'interviewé ne les aborde pas spontanément.

ii **Techniques d'entretien**

Pour favoriser et valoriser la parole de l'interviewé, nous avons fait le choix d'utiliser certaines techniques et positionnements communicationnels (57), (58) :

- La "neutralité bienveillante" : l'intervieweur doit rester neutre et objectif, et ne doit jamais donner ses opinions personnelles, ni chercher à influencer les réponses, tout en adoptant une attitude chaleureuse, bienveillante, encourageant la prise de parole. Il répond de façon neutre à l'interviewé, en acquiesçant : « d'accord », « ok », « oui » ou « hm, hm » pour l'encourager à continuer ;

- Le recours à différents types de relance dont voici quelques exemples :

- la répétition par l'enquêteur d'une partie (un mot, un élément de phrase, une phrase) de ce qui vient d'être dit, pour manifester l'attention et l'intérêt de l'enquêteur et susciter des précisions supplémentaires.
- Rapprocher des propos tenus à quelque temps d'intervalle, pour inciter l'interlocuteur à faire un retour réflexif sur ce qu'il vient de dire : à argumenter sa prise de position, à l'affirmer plus nettement ou à la nuancer, à se situer par rapport à ce qui lui apparaît comme une convergence ou une contradiction possible de ses propos.
- Orienter l'entretien dans une autre direction : lorsqu'il lui semble qu'un thème a été épuisé, l'intervieweur reprend dans ce qui vient d'être dit un propos susceptible d'amorcer le développement d'un thème nouveau.

- La pause active : 5 secondes de silence après un commentaire en gardant le contact visuel, peut encourager d'autres remarques.

Toutes ces techniques servent à appeler des précisions, à susciter du discours dans un climat de confiance, de respect, d'ouverture et de tolérance, sans aucun jugement de valeur.

iii **Construction de la grille d'entretien**

Nous avons élaboré la grille d'entretien en équipe. J'ai créé la grille et l'ai ensuite soumise à une double relecture, par Nicolas Goujon, mon directeur de thèse, ainsi que par Laurence Kotobi, anthropologue et responsable du volet qualitatif de l'ANR « Premiers Pas ».

Ces guides d'entretien (annexe 7 et 8) sont constitués de plusieurs parties :

Une amorce introduisant le sujet de l'étude, l'anonymisation des propos recueillis et permettant de s'enquérir du consentement du participant (médecin ou patient). C'est l'occasion aussi de valoriser l'importance des témoignages personnels qui seront accueillis sans jugement, pour limiter les biais de désirabilité sociale.

La première partie du guide d'entretien est composée de questions portant :

- Pour les patients sur des données socio-démographiques, et de contextes notamment leur conditions socio-économiques (logement, statut administratif, ressources, couverture maladie ou non etc.), et sur leur maîtrise de la langue française.
- Pour les médecins sur des données socio-démographiques et la durée d'installation, le type et le mode d'exercice, la présence d'une secrétaire sur place, leur expérience de travail avec des patients migrants allophones dans des structures spécifiques.

Une deuxième partie s'attache à investiguer, par des questions pour la plupart ouvertes simples et neutres, les thèmes permettant de répondre aux objectifs de l'étude, et qui sont ceux qui nous ont paru pertinent à la lumière de la littérature sur le sujet, et de nos expériences de soins et de recherche.

Les thèmes abordés étaient communs aux médecins et aux patients :

- Expérience de la barrière linguistique, stratégies de communication antérieures et difficultés rencontrées ;
- Expérience passée de l'interprétariat informel et de l'interprétariat professionnel ;
- Vécu/ Ressenti/Perception globale de la consultation avec interprète par visio-conférence
- Satisfaction concernant le dispositif ACCEO :
 - Avis sur le dispositif de visio-conférence, sur la vidéo en elle même
 - Perception du professionnalisme des interprètes ACCEO
- Aides apportées par les interprètes professionnels ;
- Attentes vis-à-vis des interprètes professionnels ;
- Rôles des interprètes professionnels au cours d'une consultation de médecine générale, et, notamment sur le rôle de médiateur culturel ;
- Vécu de la présence d'une tierce personne en consultation de médecin générale ;

- Influence de l'interprète professionnel sur la relation médecin-patient, dont la relation de confiance, sur l'alliance thérapeutique et l'observance ;
- Préférence quant au mode d'interprétariat chez le médecin généraliste
- Avis sur l'adéquation de ce dispositif à la pratique de médecine générale, freins et limites du dispositif

Plus spécifiquement pour les médecins :

- Influence de la présence de l'interprète sur l'organisation de la consultation, son déroulé, sur la pratique du médecin généraliste.

Nous finissons par une formule de remerciement pour la participation à l'étude.

iv **Mode de recueil des données et consentement des participants :**

(a) **Concernant les patients :**

Sur les conseils de Laurence Kotobi, qui travaille avec ISM dans le cadre de la recherche « Premiers Pas », nous avons envoyé en amont à ISM la grille d'entretien qualitatif ainsi que la fiche de consentement expliquant notre travail aux patients, pour que l'association puisse transmettre ces documents aux interprètes susceptibles de nous aider au cours des entretiens. Nous leur avons également fait savoir les langues dont nous aurions besoin pour mes entretiens.

ISM m'avait assuré de leur intention de me réserver quelqu'un qui aurait au préalable pris connaissance de ces documents, dans la mesure du possible, la demande étant très élevée dans les langues demandées et le service fonctionnant sur le principe de l'urgence.

Au moment de la rencontre avec le patient, les entretiens se déroulaient comme suit :

- discussion informelle selon l'aisance en français du patient ;
- appel de l'interprète ;
- présentation de la recherche ;
- présentation des règles de confidentialité ;
- recueil du consentement oral à participer et à être enregistré au cours de l'entretien à l'aide d'un dictaphone

En annexe 6 la fiche « Informations pour participer à l'étude destinées au consentement préalable » lue aux patients.

(b) Concernant les médecins :

Nous étions convenus en début d'expérimentation avec les médecins expérimentateurs de nous retrouver à l'issue de la période d'évaluation pour revenir en détail sur leur expérience du service d'interprétariat ACCEO au cours d'un entretien d'environ 1h. Les entretiens avec les médecins ont tous eu lieu à leur cabinet, entre juin et juillet 2019, et ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après avoir recueilli leur consentement.

Que ce soit pour les patients ou pour les médecins, des notes manuscrites ont également été prises au cours des entretiens pour tenir compte de la communication non verbale : hésitation, intonation, intention, attitude etc. dans l'analyse.

v Ethique

Aucune déclaration à la CNIL n'était nécessaire dans la mesure où notre étude est observationnelle.

c) Questionnaires de fin de consultation

Pour compléter l'évaluation de fin d'expérimentation et afin de recueillir des informations plus précises concernant le recours effectif à l'interprétariat en visio-conférence au cours de la période d'évaluation, nous avons également proposé aux médecins expérimentateurs de remplir un questionnaire composé de 7 questions à l'issue de chaque consultation pour laquelle ils avaient sollicité ACCEO (annexe 9). Ce questionnaire comportait 5 questions à choix multiples et 2 questions ouvertes. Nous avons élaboré ce questionnaire avec un souci de concision pour qu'il soit le moins chronophage possible et limite la surcharge de travail.

Les questionnaires ont permis de récolter les informations suivantes :

- le contexte d'utilisation du service ;
- le type de recours (libre-service/réservation) ;
- la fréquence du recours ;
- les langues demandées ;
- les difficultés techniques rencontrées ;
- leur avis concernant son utilité à chaque consultation et au fur et à mesure de son utilisation.

Nous nous sommes également servis de ces données pour personnaliser et adapter l'entretien semi-directif de fin d'évaluation en fonction des expériences rapportées par chaque médecin, et

aussi éviter les biais de mémoire en réactivant la mémoire des interviewés (si besoin) à la lumière des réponses apportées au fur et à mesure.

Enfin, il permettait de renseigner les coordonnées du patient si celui-ci donnait son accord pour être recontacté, et également de mettre en perspective les données recueillies dans ces questionnaires et le vécu du patient de la consultation avec interprète.

d) Pré-enquête de terrain

Nous avons également réalisé deux entretiens « non structurés » informels en début et en milieu d'évaluation avec des médecins expérimentateurs.

Un premier entretien a eu lieu en amont du début de l'étude, avec 1 médecin expérimentateur à son cabinet afin de discuter de ses premières expériences avec ACCEO. Ce premier témoignage m'a aidé à constituer le questionnaire de fin de consultation, et à réfléchir aux thèmes à explorer lors de l'entretien de fin d'évaluation.

Je me suis également entretenu en janvier 2019, c'est à dire à la fin de la première phase d'évaluation avec un autre médecin expérimentateur à son cabinet, à l'occasion d'une visite pour récupérer des questionnaires. Cet échange m'a permis d'affiner les thèmes à explorer au cours de l'entretien de fin d'évaluation, pour qu'ils soient au plus proche de leur expérience de terrain.

4. Traitements des données

a) retranscription :

J'ai retranscrit tous les entretiens sur Word®, manuellement, mot à mot sans modifier la construction originale des phrases, en y incluant la communication non verbale. Les entretiens ont été ensuite anonymisés en supprimant les éléments susceptibles d'identifier les personnes interrogées. Les verbatims des entretiens sont disponibles sur simple demande aux chercheurs.

b) analyse

Nous avons réalisé une analyse de contenu thématique en nous inspirant de la méthodologie de la théorie ancrée de Pierre Paillé (59) tirée de celle de Glasser et Strauss, afin de faire émerger de l'analyse des verbatim, des catégories renvoyant à des thèmes ou sous thèmes qui n'avaient pas été anticipés ou identifiés en amont avec la grille d'entretien.

Plutôt que de partir des différents thèmes de la grille d'entretien et de rechercher dans les propos des interviewés ce qui s'y référait, nous avons préféré partir des éléments des verbatim pour comprendre les phénomènes étudiés et faire ressortir des catégories.

i Codage

Nous avons réalisé un étiquetage manuel de l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial, en tentant de qualifier par des mots ou expressions les propos des personnes interrogées en se demandant au fur et à mesure de la lecture des propos de l'interviewé : « qu'est-ce qu'il y a ici ? de quoi est-il question ? ».

ii Catégorisation

Il s'agissait ensuite de regrouper les codes en phénomènes, en idées plus larges, en concepts, pour hisser l'analyse au niveau de la compréhension d'un comportement, d'un phénomène, d'un événement.

iii Mise en relation

Elle permet de passer de la description à l'explication. Elle consiste en la mise en relation des différentes catégories issues du travail d'analyse initiale, qui étaient indépendantes jusqu'alors en explicitant les liens : « ce que j'ai ici est-ce lié à ce que j'ai là ? en quoi et comment ? ». Un phénomène est toujours multidimensionnel, on peut donc les lier à d'autres à partir de ses diverses propriétés : liens de ressemblance, de dépendance, liens fonctionnels, etc. En combinaison, cela permet une analyse fine et précise.

iv Intégration

Contrairement au modèle hypothético-déductif, l'analyse par théorisation ancrée peut mener le chercheur dans des directions qui n'étaient pas prévisibles au début de la recherche, ainsi la mise en relation des catégories peut déboucher sur une complexité telle que l'analyse pourrait ne jamais s'arrêter : « que voulions-nous savoir au départ ? quels objectifs poursuivions-nous ? » « de quoi faut-il rendre compte dans le rapport ? » sont les questions que l'on doit se poser, car il est normal que l'investigation ait « bifurqué » en cours de recherche. Aussi faut-il situer l'intégration sur le plan de l'analyse qui se dessine et non travailler à partir du cadre qui avait été préparé.

B. Etude exploratoire des déterminants du non-recours à l'interprétariat professionnel

1. Objectif

L'objectif de cette étude exploratoire était de comprendre les raisons qui sous-tendent le non-recours à l'interprétariat par les médecins généralistes des deux quartiers de Bordeaux, alors que celui-ci était disponible.

2. Population cible :

La population cible était les médecins généralistes concernés par la campagne de communication du dispositif CARE des quartiers Bordeaux sud et Bastide, n'ayant fait appel, ni au service d'interprétariat ACCEO, ni aux interprètes professionnels en présentiel. Tous ces médecins étaient censés avoir reçu le courrier (cité plus haut) présentant le dispositif et les conviant à une réunion d'information. Certains sont venus aux réunions d'information, et/ou ont reçu des appels de relance de la part du groupe de travail et des acteurs de la PSV.

A notre demande, la coordinatrice de la PSV nous a transmis la liste des médecins généralistes installés dans ces deux quartiers et qui ont été contactés pour participer à l'expérimentation.

Elle nous a également communiqué le récapitulatif des demandes d'interprétariat en présentiel effectuées par les médecins de ces deux quartiers.

3. Mode de contact

Nous avons pris contact avec lesdits médecins généralistes par téléphone de mi-juillet à fin août 2019.

Je me présentais comme jeune médecin généraliste faisant un travail de thèse sur la prise en charge des patients non francophones, et leur demandais s'ils étaient d'accord pour que je leur envoie par mail un questionnaire anonyme de 8 questions à remplir en ligne. Ne pas les informer, à ce stade, qu'il s'agissait plus précisément d'un travail portant sur l'interprétariat, permettait d'éviter un biais de sélection de médecins qui auraient un intérêt pour l'interprétariat professionnel, la « prise en charge des migrants » étant un sujet vaste et concernant la plupart des médecins installés dans les quartiers Bordeaux Sud et Bastide.

4. **Mode de recueil de données**

a) ***Réalisation du questionnaire***

Nous avons réalisé un questionnaire de 8 questions, en ligne utilisant l'interface « google form ». L'objectif était de comprendre les raisons du non-recours des médecins non-expérimentateurs des quartiers où le dispositif d'interprétariat était déployé (questionnaire en annexe 10).

Nous avons utilisé différents types de questions en fonction du thème qu'elles avaient pour but d'explorer : 3 questions ouvertes à réponses courtes, 1 question ouverte à choix multiples, 2 questions fermés à réponse mesurée au moyen d'échelle de Likert, et 2 questions fermées à réponse dichotomique oui/non.

Les thèmes des 4 premières questions étaient communs à ceux explorés en début d'entretien semi directif avec les médecins expérimentateurs, de manière à pouvoir comparer le nombre de patients allophones vus par semaine, les stratégies de communication avec les patients allophones, leur satisfaction quant à ces modes de communication et les difficultés éventuelles auxquelles ils sont confrontés. En somme, évaluer leur besoin d'interprétariat par rapport aux médecins qui ont fait appel au service proposé.

Les 2 questions suivantes visaient à explorer leur intérêt théorique pour un service d'interprétariat linguistique professionnel, puis leur connaissance de la possibilité de faire appel dans le quartier où ils exerçaient à des interprètes professionnels en visio-conférence ou en présentiel.

Ensuite, les questions avaient pour but de connaître les raisons pour lesquelles les médecins ayant été informés de l'existence du dispositif n'y avaient pas fait appel, et connaître l'intérêt des autres à un service d'interprétariat en visio-conférence ou en présentiel

Enfin, la dernière question s'intéressait aux freins au recours à l'interprétariat professionnel en médecine générale identifiés par ces médecins.

III. Résultats :

A. Evaluation des médecins généralistes expérimentateurs

1. Taux de participation

Parmi les 4 médecins ayant installé le dispositif d'interprétariat ACCEO en novembre 2018, tous ont accepté de faire partie de l'étude.

Les 3 médecins du même cabinet intéressés par le service ACCEO et contactés dans un second temps ont également accepté de participer à son évaluation, mais n'ont finalement pas fait usage. (*cf résultats médecins non-utilisateurs*)

2. Durée d'expérimentation

Les 20h d'interprétariat financées n'étaient pas entièrement consommées en avril 2019, l'expérimentation s'est donc prolongée jusqu'au mois de juin 2019.

3. Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Principales caractéristiques des médecins interrogés

n°	Age	Durée d'installation	Type d'exercice	Plages sans RV	Secrétariat sur place	Expérience de travail dans des structures spécifiques	Nombre de patients allophones/semaine
1	36	4	Cabinet de groupe	oui	oui	non	2
2	54	5	Cabinet de groupe	non	oui	Oui (MdM)	2
3	39	5	Cabinet de groupe	non	oui	non	1-2
4	54	20	MSP	oui	oui	Oui (MdM)	5-6

J'ai interrogé les 4 médecins expérimentateurs, âgés de 36 à 54 ans. Trois médecins exercent dans un cabinet de groupe, et un dans une maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Ils bénéficient tous d'un secrétariat à temps plein sur place. Aucun des participants à cette étude ne travaille dans le même cabinet. Je ne connaissais aucun de ces médecins avant cette étude.

Deux médecins ont une longue expérience de travail avec les migrants au sein de l'association Médecins Du Monde. Un médecin est polyglotte.

Ils rencontraient entre 2 et 6 patients allophones par semaines en moyenne en fonction des médecins interrogés, et les langues les plus souvent rencontrées en consultation étaient celles des pays de l'Est : bulgare, géorgien, albanais, russe etc., différents dialectes de l'arabe du Maghreb et du Moyen-Orient notamment, les langues d'Afrique de l'Ouest et de l'Est, l'anglais pour les patients originaires d'Afrique anglophone.

4. Résultats des questionnaires de fin de consultation

Nous les avons invités à compléter le questionnaire même en cas d'utilisation partielle ou avortée du dispositif, quitte à ne remplir que la question concernant un éventuel dysfonctionnement. Ils pouvaient en somme se servir du questionnaire pour faire remonter leurs difficultés, y compris lorsque la consultation n'a pas pu avoir lieu, de manière à obtenir une vision d'ensemble de l'utilisation réelle du dispositif, et non simplement lorsque tout fonctionne.

20 questionnaires nous ont été retournés par les médecins concernant 17 demandes de réservation et 3 utilisations en libre-service, 4 questionnaires n'ont pas été remplis du fait de l'absence du patient (2 fois), de l'hospitalisation d'un patient, ou du recours à un interprète en présentiel.

Il y a eu 13 consultations avec interprète ACCEO sur réservation et 3 utilisations en libre-service, du 17/11/18 au 03/06/19. Ces consultations ont concerné 8 femmes et 6 hommes différents de 25 à 69 ans (2 patients, 1 homme et 1 femme, ont bénéficié du service 2 fois). La langue demandée a toujours été la langue maternelle des patients : le géorgien pour 10 demandes, l'arabe de Syrie ou du Soudan pour 3 demandes, l'arménien pour 2 demandes, et le tigrinya pour 1 demande

Le contexte de recours était le plus souvent le souhait d'une explication de la prise en charge et/ou du traitement (9 fois), puis un suivi de maladie chronique (6 fois), une recherche diagnostique (5 fois), un retour d'examen ou de consultation spécialisée (5 fois), ou encore un premier R.V (1 fois).

Sur les 16 questionnaires remplis, 9 problèmes techniques concernant le son ou l'image ont été répertoriés.

Pour 8 consultations, les médecins ont répondu que le recours à l'interprétariat avait été très utile avec des commentaires comme « indispensable » ou « très profitable », et pour les 8 autres qu'il était utile.

Concernant le recours à l'interprétariat, les médecins ont répondu qu'il leur avait permis notamment (entre parenthèses le nombre de réponses obtenues par type de recours) :

- Une explication du diagnostic (5) ;
- Une explication du suivi mis en place (5) ;
- Une explication du traitement (7) ;
- Une amélioration de la compréhension du plan de soin (3) ;
- Une meilleure adhésion à la prise en charge, explication de la nécessité d'un suivi spécialisé, compréhension de la mauvaise observance du patient, clarifications des symptômes, amélioration relationnelle (1).

Les médecins ont pu détailler ces appréciations au cours des entretiens semi-dirigés.

5. Descriptif des entretiens

Les entretiens individuels se sont déroulés à leur cabinet de juin à juillet 2019. La durée moyenne des entretiens est de 50,5 minutes

6. Analyse des entretiens

- *Stratégies de communication en l'absence d'interprète professionnel*
 - **Logiciel de traduction type google trad** (pas d'autre logiciel de traduction cité par les médecins interrogés) :

Si l'utilisation de « google trad » a l'**avantage**, de l'avis de tous les médecins interrogés, de débloquer la situation en permettant une **communication a minima** « on arrive quand même à bien débrouiller les histoires » (M2), cette méthode atteint malgré tout rapidement ses **limites**, notamment **lorsque le patient ne sait pas lire** (M1 et M3).

Les (M1, M2) font part de leurs **doutes sur la compréhension** des motifs de consultations du patient « on n'est pas sûr que moi j'ai bien compris ce qu'ils demandent », **et sur ce qui a été compris en retour** par le patient, « des fois ils acquiescent pour dire qu'ils ont compris, mais en fait ils n'ont rien compris », « on ne sait pas trop ce qu'a compris finalement le patient » (M1).

Tous les médecins s'accordent à dire **que cette méthode permet difficilement d'accéder à une évaluation globale** médico-psycho-sociale. Le médecin aura tendance à se focaliser sur

des symptômes somatiques simples dans le cadre une prise en charge biomédicale assez rudimentaire, loin de l'approche centrée-patient, aboutissant parfois à des réponses qui ne sont pas adaptées aux attentes des patients (« une réponse plutôt qu'une solution » M1). Sont pointées particulièrement les **difficultés à repérer les symptômes psychologiques** (M1, M2, M3) :

« La plupart du temps ce n'est pas tellement nous qui nous occupons de la psychiatrie mais bon quand même, même ne serait-ce que le trouble anxieux là c'est un peu limite... » M2

« ça ne permet pas d'accéder aux croyances, on est sur du brut : j'ai mal là, on va essayer de faire ça et finalement ça ne permet pas de déployer une consultation complète, ça permet de se débrouiller, d'arriver avec une solution, une réponse. Oui, plutôt une réponse qu'une solution ce n'est peut-être pas le mot » (M1)

« la discussion va être beaucoup plus sur : « j'ai mal là » « mon échange est très basique et très succinct : « mal/pas mal, faut faire ça... » » M2

Il apparaît également **compliqué d'expliquer la prise en charge**, la stratégie de soins aux patients, renforçant l'approche paternaliste que ce mode de communication induit.

« pour expliquer pourquoi je fais ça, pour chercher quoi et tout ça, là ouais des fois c'est un peu...compliqué »

Toutes ces difficultés **engendrent de la frustration, une insatisfaction et un sentiment d'impuissance de part et d'autre** (M1) : chez le patient d'une part qui a le sentiment de ne pas avoir été bien compris par le médecin, et chez le médecin d'autre part, qui se sent impuissant à rassurer le patient, à calmer ses inquiétudes car « il y a toujours la question : « est-ce qu'on s'est bien compris ? » » (M1)

- **Interprètes informels :**

Les médecins font également appel à des interprètes de « proximité », accompagnant le patient ou par téléphone : famille (y compris enfants mineurs), ami, proche, personne de la communauté, ou encore « quelqu'un dans la salle d'attente ».

La plupart du temps, le **patient vient spontanément accompagné** d'une personne pour l'aider à communiquer, mais ce recours est également **encouragé par les médecins interrogés** (M3, M4), parfois en première intention : « j'avais demandé à la secrétaire (...) s'ils pouvaient venir accompagnés d'une personne francophone, (...) sinon on prenait un RV sur ACCEO ». Un médecin insiste lui auprès des CADA qui orientent les migrants pour qu'ils prévoient une possibilité d'interprétariat informel : « alors je bataille un peu en disant : « mais sur un premier

RV quand même faites l'effort de trouver quelqu'un qui puisse accompagner pour que je puisse au moins ouvrir un dossier qui ait du sens » (M4).

Il y a chez ces médecins d'ailleurs une « **présomption de consentement** » à s'exprimer en présence d'un accompagnant (M2, M3, M4), accompagnant considéré par les médecins comme une « personne de confiance » puisque le patient a fait le choix de venir avec lui : « je pars du principe que si la personne accepte de se livrer avec, (...) s'il accepte de le faire (...) il accepte de parler aussi de ses pathologies » (M3), « bah dans ces cas-là les gens quand ils viennent déjà pour moi, je pars du principe que c'est une personne de confiance » (M4).

Pourtant des ambivalences apparaissent dans le discours, un médecin prend conscience qu'il s'agit d'un « **faux choix** », en se rendant compte d'une **diminution de l'accès aux soins s'il ne vient pas accompagné d'un interprète de proximité**, en l'absence d'autre solution : « s'il accepte, peut être contraint, parce qu'il n'a pas d'autre choix de le faire », « alors accepter c'est toujours difficile parce qu'il n'a pas forcément le choix, parce que s'il n'y a pas lui (*l'accompagnant*), il y a un accès aux soins qui est moins important », « ce n'est pas terrible de faire ça mais je n'ai pas d'autres solutions » (M3).

Ces mêmes médecins émettent également des **réserves sur la confidentialité**, conduisant un médecin à prendre un certain nombre de précautions, s'enquérant des liens qui unissent le patient à l'accompagnant, et jugeant les limites à ne pas franchir :

« On fait attention à jusqu'où on peut aller, donc on reste sur des choses assez basiques et en fonction de si...on juge comme on peut quoi » (M4).

« Si un patient vient avec quelqu'un les conséquences c'est qu'il connaît sa vie privée et ça c'est problématique » (M3).

Est questionnée également la liberté d'expression du patient accompagné d'un interprète de proximité : « y'a des problèmes plus intimes (...) y'a des moments où on se demande s'ils vont être en capacité de pouvoir se livrer facilement ou pas » (M4), « y'a des choses qu'on n'aimerait pas dire parce que justement on se connaît » (M2).

Un médecin en revanche pense que parfois la liberté d'expression est plus importante que devant un inconnu, donc un interprète professionnel. (M2)

Cette absence de confidentialité est à l'origine d'un **embarras du médecin à aborder des sujets intimes** comme les troubles digestifs, les problèmes gynécologiques, la sexualité et les troubles psychologiques (M1, M2, M4), surtout lorsque ce sont des enfants mineurs qui

traduisent. Cette gêne entraîne une **auto-censure du médecin** : « on ne va pas pouvoir parler de sexualité » (M2), « on reste sur des choses assez basiques » (M4).

Malgré identification de ces problèmes éthiques, deux médecins « **partent du principe** » que c'est le choix du patient, que c'est une personne de confiance, certainement pour **éviter un « conflit de valeur »**, car eux-mêmes n'ont, parfois, d'autre choix que d'y faire appel.

De manière plus pragmatique, un médecin évoque une **maîtrise du français souvent insuffisante** des accompagnants, posant des problèmes surtout quand la situation est compliquée, et nécessite une coordination des soins, du parcours de soins (M3).

Concernant les enfants mineurs : Les médecins considèrent que ce n'est **pas le rôle** de l'enfant (M1, M2, M3) d'accompagner un parent en consultation médicale pour faire la traduction, que la responsabilité est lourde à porter et qu'il est mis, de fait, dans une posture embarrassante, une position difficile :

« je pense que l'enfant a autre chose à faire que de s'impliquer dans ce monde-là qui est difficile quand même, enfin... approcher la maladie ce n'est pas un rôle d'enfant ou d'adolescent », « ce n'est pas leur rôle de médicaliser la tante, l'oncle etc. » (M3).

« on les met dans des situations un peu particulières, un peu dans une espèce de responsabilité quand ils ont 10-12 ans c'est un peu bon... ils se retrouvent un peu investis comme ça, euh ça ce n'est pas si évident » (M2).

Les **sujets intimes sont ainsi encore plus difficiles à aborder** (tous), la liberté d'expression du médecin et du patient sont très restreintes. Malheureusement, les enfants qui accompagnent **sont souvent la seule solution**, et ils permettent de communiquer, de débloquer la situation : « mais bon si c'est la seule solution bon...mais ce n'est pas idéal » (M3), « avec un enfant on peut *quand même* (NB malgré problème soulevé) arriver à des réponses, on arrive à quelque chose » (M1).

Globalement l'interprétariat informel entraîne également une certaine **insatisfaction du médecin** « puis bon après on fait avec... » (M4), « ce n'est pas terrible de faire ça mais je n'ai pas d'autres solutions » (M3).

- Maitrise d'une ou plusieurs langues étrangères

Les médecins interrogés utilisent également une ou des langues étrangères, souvent une langue tierce pour le patient, comme l'anglais ou l'espagnol. La plupart des médecins ont néanmoins

un niveau moyen dans ces langues (M1, M2, M3), entraînant là-encore un **sentiment d'insatisfaction** au cours et à l'issue de l'entretien, dans la mesure où ils ne peuvent avoir qu'un échange assez basique **ne permettant pas une prise en charge psychologique** notamment (M3). Par ailleurs, l'utilisation de l'anglais ne s'adresse qu'à un public limité, il n'est souvent pas pratiqué par les patients venant d'Europe de l'Est par exemple (M3).

L'utilisation de ses langues permet tout de même dans certaines circonstances **de débrouiller la situation** (M2, M3) : « mais en même temps (...) j'arrive à faire passer des messages en anglais, je n'ai pas un très bon anglais mais pour faire une consultation pour savoir où est-ce qu'ils ont mal ? ouais après je ne ferais pas une consultation psy, médicale pure ça va » (M3).

Particularité de M4 qui est polyglotte, il maîtrise plusieurs langues d'Afrique de l'Ouest et jouit d'un très bon niveau d'anglais, lui permettant de mener des consultations en langues étrangères de qualité.

- **Travail en partenariat/en réseau**

Un médecin s'appuie sur un travail en partenariat avec les travailleurs sociaux, notamment les référents CADA des personnes demandeurs d'asile, pour récupérer des éléments du dossier médical/histoire médicale, connaître les motifs de consultation ou pour expliquer la nécessité de reconvoquer le patient avec une personne pouvant assurer traduction (M4).

- **Ouverture à l'altérité/culture de la débrouille** (M4)

Par **l'utilisation d'outils multiples** qui se complètent et grâce à son **appétence pour les langues**, un médecin met en avant l'idée que la **communication est toujours possible** si on en fait l'effort, considérant que c'est une **question d'investissement**, de degré d'implication du médecin : « on arrive quand même à s'en sortir quand on veut, et après y'a des médecins qui disent « ah non c'est compliqué je ne comprends rien ce n'est pas possible » mais parce qu'ils ne sont pas ouverts à ça » (M4).

Son ouverture à l'altérité lui permet de ne pas être effrayé par la barrière de la langue, de ne pas rester « bloqué » quand on ne partage pas la même langue : « ça rentre dans une certaine culture de se dire « bah l'autre de toute façon je peux communiquer », (...) on peut s'aider du téléphone, de google trad, on arrive toujours à baragouiner », « je pense que quand on a une appétence pour les langues en général, on trouve les moyens pour se faire comprendre en signant, en expliquant, en faisant des schémas, on a des outils » (M4).

Il fait même une comparaison avec la pédiatrie (on peut y avoir un côté « infantilisant »), mais en nuanciant ses propos tout de même : « c'est comme ça qu'on fait avec des enfants, quand on a des enfants qui sont malades ils ne nous disent pas pourquoi ils sont venus, bon certes y'a quelqu'un qui est là qui dit autre chose mais voilà »

- **Limites de ces techniques en général :**

Toutes ces techniques génèrent souvent un **sentiment d'insatisfaction, de frustration/d'impuissance** à ne pas répondre aux attentes du patient, et malgré les efforts fournis, les nombreux outils, on est parfois **confronté à l'impossibilité de communiquer**. Un médecin évoque parfois un « blocage » des patients, lié aux expériences passées d'incompréhension chez le médecin : « il y a des gens qui arrivent, paradoxalement ils ne disent rien, parce que même le fait de se dire « tout ce que je vais pouvoir dire, elle ne va rien comprendre... » » (M4)

Un médecin parle même de « médecine vétérinaire » (M3) en l'absence d'interprétariat professionnel. C'est donc de **la dignité des patients** qu'il est question.

• *Difficulté de prise en charge des patients migrants*

Plusieurs difficultés dans la prise en charge des patients migrants sont ressorties spontanément dans le discours de 2 médecins, notamment celle d'un **suivi irrégulier** (M2, M3).

Cette discontinuité dans la prise en charge s'explique selon les médecins par **l'instabilité socio-administrative** des migrants, et les **problématiques multiples rencontrées** par ces patients, ayant pour **conséquence de reléguer parfois la santé en second plan** (M2, M3) :

« c'est des gens qui ont beaucoup d'autres problèmes que des problème de santé, (...) ils ont aussi un problème d'hébergement, un problème de travail, un problème de famille, un problème de papiers administratifs (...) enfin ils ont un emploi du temps bien rempli du coup ils ne peuvent pas passer le même temps que n'importe qui chez le médecin à qui on dirait de revenir tous les mois » (M3).

Un médecin explique la difficulté à honorer les R.V par une **vision plus culturaliste**, englobante que par des problématiques sociales (M3), considérant qu'il est difficile pour les migrants de se plier à la rigidité de notre fonctionnement occidental : « j'avais réservé ACCO et les gens ne sont pas venus, bon mais ça arrive régulièrement avec cette population migrante qui, je pense, n'est pas habituée à fonctionner avec le côté hyper administratif hyper carré... ce n'est pas dans leur culture ».

Ils constatent également une **mauvaise observance des traitements** dans cette population (M2, M3).

Les médecins mettent en avant également la **complexité des situations liées au problématiques multiples des migrants** (M2, M3), entraînant des **consultations plus longues** avec les patients allophones (temps de consultation doublé de 20 à 40 minutes).

Le temps pris en consultation est également le fait de la **perte de l'aspect « feeling »**, de l'intuition dont est capable de faire preuve le médecin en consultation. Cette perte **est liée à la barrière de la langue, quel que soit la modalité/les stratégies de communication**. C'est le fait de ne pas échanger dans la même langue qui demande à être plus rigoureux, plus scientifique ; il **doit poser plus de questions pour arriver à la même analyse** que si la communication était directe :

« C'est le fait de ne pas échanger dans la même langue qui prend plus de temps, et finalement que ce soit interprète par internet, par google trad, interprète présent, par téléphone...ça prend à peu près le même temps » (M2).

Un médecin nous a fait part de situations où il a été **difficile d'expliquer aux patients comment se rendre aux urgences ou dans un hôpital donné**, du fait de **l'absence de repères dans la ville** pour les primo-arrivants et du **peu de soutien social** dont ils bénéficient ((difficulté à faire garder les enfants, difficultés à se faire emmener/pour se déplacer) (M3).

Toutes ces difficultés entraînent un **parcours de soins complexe, difficile à coordonner**. Un médecin évoque **l'idée d'un travail en réseau pluridisciplinaire** pour améliorer la prise en charge (M3), faciliter la coordination du parcours de soins, mais il constate que les relations interprofessionnelles actuellement sont quasi inexistantes. La responsabilité serait peut-être plus à rechercher du côté du médecin selon lui, dans la mesure où les travailleurs sociaux craignent d'être mal reçu par le médecin s'ils prenaient l'initiative de les contacter.

Il **craint néanmoins que ce travail en réseau lui prenne du temps**, il considère que ce n'est pas le rôle du médecin de tout organiser, sa charge de travail étant déjà très importante.

- *Explications du nombre de migrants dans leur patientèle*

Les médecins interrogés déclarent recevoir **entre 2 et 6 patients en moyenne par semaine**. Selon eux, le nombre de migrants venant consulter en cabinet s'explique par :

- **Le bouche à oreille** (M3, M4) : en réservant un bon accueil aux migrants, en faisant l'effort de communiquer avec eux, ces médecins constatent que des patients viennent sur les conseils de leurs compatriotes ;
- **L'intérêt pour ce public/ une sensibilité particulière** des médecins (tous) ;
- **Un expérience de travail avec des migrants** dans des structures d'accueil spécifiques (M2, M4) : ces 2 médecins ont une longue expérience à MdM notamment ;
- **L'origine géographique/culturelle supposée** d'un des **médecins** par les patients (M4): un des médecins interrogés à un nom et prénom « étrangers », dont les patient suppose qu'ils révèlent une culture partagée, qui facilitera la compréhension et la communication :

« J'ai vu que tu t'appelles ... donc forcément tu dois être musulmane donc tu dois comprendre »
« Culturellement on se projette un peu en se disant « elle, peut-être qu'elle comprendra ce que je veux dire alors que si je vais voir telle autre... » à tort ou à raison je n'en sais rien !»

- **La proximité de structures d'accueil des migrants, ou foyers d'urgences** (M2, M3, M4)
- **Le quartier multiculturel dans lequel est implanté le cabinet** (M1, M4)
- Le fait d'être **identifié par un ou des CADA** (M3, M4)
- Le fait de **proposer des plages sans RV** : (M1, M4) qui est un mode de fonctionnement qui convient bien aux populations migrantes selon le M4, pour qui la prise de RV est compliquée compte tenu de la barrière de la langue, de l'urgence de la situation pour laquelle il sollicite le médecin, de l'instabilité sociale et administrative des migrants.

La prise en soins de la population migrante demande une certaine disponibilité avec un fonctionnement souple, flexible selon ce médecin.

- *Expérience de recours à interprétariat professionnel*

Trois médecins sur quatre avaient une expérience de recours à l'interprétariat professionnel :

- **En présentiel** pour trois médecins (M1, M2 et M3) : dans le cadre du dispositif CARE pour deux médecins, avec par le biais d'autres associations (Promofemmes). Un médecin en avait fait l'expérience quand il était médecin à SOS, notamment lorsqu'il était appelé pour établir des certificats médicaux en garde à vue ;
- Un médecin (M4) a travaillé longtemps auprès de **sourds et malentendants**, il a donc une expérience de travail avec des interprète en langues des signes ;
- **A distance** : Un médecin avait également l'expérience de l'interprétariat à distance par ISM dans le cadre d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des

Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) accueillant beaucoup de migrants où il a travaillé plusieurs années.

Un médecin n'avait pas d'expérience passée de recours à l'interprétariat professionnel, il a notion de l'existence d'une association d'interprète travaillant au CHU de Bordeaux, mais ne savait pas qu'il pouvait faire appel à des interprètes en présentiel dans le cadre du CARE.

Particularité du médecin 4 qui maîtrise les règles de bonne pratique concernant le travail avec interprètes :

M4 en consultation avec interprète :

- **S'adresse directement au patient** : « j'ai pris cette habitude-là, je m'adresse à la personne et je ne dis pas « dites-lui que... » « oui vous parlez directement / directement oui, ça s'apprend »
- **Contextualise l'intervention de l'interprète** : « moi je me présente toujours, je dis « c'est une consultation médicale » parce qu'ils ne savent pas, ça peut être chez un juriste, ça peut être..., donc je dis toujours « je suis médecin, elle vient me voir pour de la gynéco etc... » » et explique le déroulement de la consultation
- **Propose un temps de débriefe avec l'interprète**
 - *Avis sur l'interprétariat en présentiel*

Les médecins ayant fait appel à l'interprétariat professionnel en présentiel dans le cadre du dispositif CARE font part de leur grande satisfaction, que ce soit avec la Mana ou Intermed (M1 et M4) : 2 fois M2 avant d'avoir ACCEO, et 1 fois M4 avec Intermed.

Néanmoins, l'analyse du discours des médecins a fait émerger des **freins au recours à l'interprétariat en présentiel** par rapport à une possibilité d'interprétariat à distance :

Un médecin fait part de ses **scrupules à faire déplacer un interprète professionnel**, liée à sa culpabilité à faire appel à un interprète professionnel en général, qui se trouve majorée par le fait de devoir faire « déplacer » quelqu'un : « Est-ce que ma consultation va mériter un interprète professionnel ? (...) faire déplacer un interprète pour ma consultation de médecine générale... je culpabilise », « Acceo, même par rapport à l'interprétariat en présentiel, c'est moins culpabilisant » (M1).

Un médecin, sans éprouver de culpabilité, trouve **inutile et compliqué** de faire déplacer quelqu'un **alors qu'il est équipé d'un service à distance** qui fonctionne bien (M2).

Ces deux médecins pensent que l'interprétariat en présentiel est **plus adapté à une consultation spécialiste ponctuelle**.

- *Evaluation de la satisfaction du dispositif d'interprétariat ACCEO*

- **Avis global :**

Les médecins interrogés sur leur avis global concernant le dispositif ACCEO ont été pour **la plupart très satisfaits de leur expérience**, en ce qu'il améliore le lien médecin-patient pour un (M1), qu'il est simple d'installation et d'utilisation pour un autre, qui évoque également la gentillesse des interprètes et l'impression que les patients étaient très contents (M2).

Un médecin est **moins enthousiaste expliquant avoir eu des attentes importantes** au départ, proportionnelles à la fréquence des patients allophones et à son insatisfaction lors de consultation sans interprète professionnel, attentes quelque peu **refroidies par les soucis techniques**.

Il explique avoir été **déçu s'attendant à un service plus simple** d'utilisation « je m'attendais à avoir enfin quelque chose qui allait me mettre tout à fait à l'aise, et que j'allais être, que ça allait être parfait (...) que je n'allais peut-être pas en avoir tous les jours besoin, mais que quand j'en aurais besoin, j'aurais juste à appuyer sur un bouton (...) la technologie m'a vite rattrapée » (M4)

- **L'installation du logiciel** n'a posé aucune difficulté, il est facile et rapide d'installation, grâce à la pochette explicative
- Les médecins ont également trouvé les **demandes de réservations** simples et rapides
- **Les délais de réservation :**

Les délais de réservation étaient en moyenne de 3 à 5 jours, ce qui a **paru satisfaisant à 3 médecins**, dont un notamment considère que la plupart des consultations de médecine générale sont programmables, puisqu'il s'agit souvent de consultation de suivi, de prévention, de renouvellement d'ordonnance.

Des remarques sont apportées malgré tout concernant les délais :

Un médecin satisfait précise que ces délais entraînent **l'impossibilité de rattraper un non-repérage** de besoin d'interprétariat par la secrétaire, qui donne des RV du jour au lendemain, et sont **inadaptés à l'urgence de la médecine générale**, considérant lui que les RV en médecine générale sont souvent urgents.

M4 est plus sceptique, souhaitant pouvoir prendre en charge le patient au moment où il le voit en consultation. A noter que ce médecin n'a pas mis en place de stratégie d'identification du

besoin en amont de la consultation (cf infra) et qu'il admet que les patients comprennent bien les bénéfices à attendre.

- **Recours au libre-service et satisfaction**

Les trois médecins satisfaits des délais de réservation n'y ont pas recours pour différentes raisons selon les médecins :

- Seulement deux langues disponibles : anglais et arabe (tous) ;
- Présence d'un médecin arabophone dans le quartier où il exerce (M1) ;
- Orgueil du médecin qui parle anglais même si c'est parfois insuffisant : « l'anglais c'est toujours pareil j'ai trop de prétention pour avouer à tout le monde que je suis nul en Anglais » (M1).

M4 plus sceptique sur les délais de réservation utilise quant à lui régulièrement le libre-service, dont il est très satisfait, en ce qu'il correspond plus à l'immédiateté de son besoin d'interprétariat, regrettant malgré tout que deux langues seulement soit disponibles.

- **Horaires d'ouverture du service :**

M3 évoque le problème d'horaires limités à 9-17h30 pour le recours à ACCEO, alors que son amplitude horaire de travail était plus large, ce qui ne lui permettait pas d'y avoir recours pour des consultations pris en urgences par exemples après 17h30. Pour autant il comprend et justifie ces horaires limités, considérant que :

- L'interprète ne peut pas être disponible 24h/24 ;
- L'interprétariat n'est peut-être pas le métier principal de l'interprète ;
- Les urgences sont rares en médecine générale, donc la plupart des consultations de médecine générale se programment.

Les autres n'ont pas fait mention des horaires d'Acceo.

- **Service technique :**

Deux médecins (M3, M4) sont très satisfaits du service technique qu'ils trouvent disponible, rapide et efficace, permettant de dépasser les difficultés techniques initiales.

- **Professionnalisme des interprètes ACCEO :**

Tous sont très satisfaits du professionnalisme des interprètes, et mettent en avant plusieurs qualités :

- Bon contact/bon lien avec le patient ;
- Maîtrise des termes techniques/terminologie médicale, sauf pour un cas rapporté par M4, de consultation gynécologique traduite par un interprète

homme qui semblait mal à l'aise avec la terminologie en rapport avec l'appareil reproducteur féminin ;

- Patience en cas de retard du médecin (M1, M3) : les médecins ont trouvé les interprètes disponibles malgré leur retard, et ne paraissant pas pressés.

«Ça marche très, très bien, ils sont vraiment très bons ceux avec qui on a fait des consultations, les interprètes professionnels c'est vraiment bien » (M3).

Deux médecins ont particulièrement **apprécié d'avoir souvent la même interprète**, ce qui était **rassurant** pour le médecin comme pour le patient qui reconnaissait l'interprète, et **permettait la construction progressive d'une relation de confiance**, notamment si la prise en charge durait dans le temps (M1, M2) : « donc j'ai fini par la connaître un peu du coup, donc ça s'est plutôt bien passé, je pense qu'ils en ont qu'une en géorgien donc euh moi ça me déstressait car je savais qui j'allais avoir finalement, et pour le coup elle était très bien donc voilà ». Pour les patients : « c'est rassurant, quand on se connectait ils s'étaient déjà vus, elle connaissait la situation, c'est bien qu'il n'y ait pas 50 interprètes, j'ai eu la chance de tomber toujours sur la même, pour l'accompagnement et le suivi c'est appréciable » (M1)

« parce qu'il y en a une que j'ai identifiée là, avec les cheveux blond platine et donc du coup ouais avec elle c'était... je pense que ça les met en confiance parce qu'effectivement c'est compliqué de confier des choses au médecin et ensuite de rajouter une autre personne à qui confier le truc, je pense que si c'est le même bien sûr c'est mieux » (M2).

- **Souhait quant à sa pérennisation** : (*cf. également préférence quant au type d'interprétariat le plus adapté chez le médecin*)

Trois médecins souhaitent pouvoir avoir accès à ACCEO de manière pérenne, deux médecins sont particulièrement enthousiastes dont un malgré les soucis techniques récurrents (M1).

Un médecin est plus réservé considérant que c'est mieux que rien : « bah si je n'avais rien oui, je pense que c'est toujours mieux que rien, après ce n'est pas non plus...ce n'était pas nul hein, c'était très bien ». Ce médecin est polyglotte et à l'expérience d'ISM dans le passé qu'il trouve plus pratique, plus facile d'utilisation. Par ailleurs, il n'a pas mis en place de stratégie d'organisation de l'interprétariat en amont de la consultation (*cf infra*).

- **Satisfaction de patients :**

Tous les médecins ont une l'impression d'une grande satisfaction des patients :

« là on va vraiment avoir l'impression d'avoir un accompagnement d'un patient, on peut lui dire « reviens on fera avec ça » donc le patient il sait qu'il sera avec un traducteur et ceux qui ont eu ACCEO après ont redemandé systématiquement » (M1).

- *Organisation/programmation/planification de RV Acceo*

- **Stratégies ou non d'identification du besoin en amont de la consultation :**

Les 4 médecins de l'expérimentation ont une secrétaire à temps plein sur place, et 3 d'entre eux avaient mis en place des **stratégies d'organisation de l'interprétariat en amont de la consultation avec le médecin**, en faisant en sorte que l'identification du besoin d'interprétariat soit effectuée par la secrétaire (M1, M2, M3) :

Soit les réservations ACCEO étaient faites par la secrétaire quand elle identifiait le besoin d'interprétariat (M1), soit elles incombaient au médecin (M2, M3), après que les secrétaires aient repéré un besoin d'interprétariat :

- M2 avait informé la secrétaire qu'elle devait prendre un rendez-vous à 5 jours pour les patients allophones, afin qu'il ait le temps de réserver un interprète ACCEO ;
- M3 avait demandé à sa secrétaire de s'assurer de la possibilité d'être accompagné d'un interprète de « proximité », et à défaut de prendre les coordonnées et de les rappeler secondairement une fois la réservation ACCEO effectuée par le médecin (patients orientés par le CADA).

M1 admet que la secrétaire étant insuffisamment briefée, **les réservations n'étaient pas systématiques pour tous les patients allophones**, et il regrette l'absence de rattrapage possible par le médecin puisque ses R.V de consultation sont donnés du jour pour le lendemain en temps normal.

Cependant, **avoir une secrétaire pour ce médecin est une condition sine qua non à l'utilisation du service**, compte tenu de la « charge mentale » que cela entraîne : « sans la secrétaire ce ne serait pas possible... ».

M4 n'avait **pas mis en place de stratégie d'identification du besoin en amont**, c'est lui qui mesurait le besoin d'interprétariat une fois le patient en consultation. La réservation d'ACCEO était alors effectuée par le médecin devant le patient quand la communication en consultation est trop difficile, il informait ensuite la structure d'accueil ou l'AS de l'heure et date RV, et/ou

en utilisait google trad pour faire comprendre au patient qu'il doit revenir. Cette technique obligeait le patient à venir 2 fois.

- **Adaptation dans l'organisation du planning :**

Tous les médecins **prévoient un double créneau ou au moins un créneau plus long**, M4 plaçait en plus les R.V ACCEO **en début de plage de consultation pour limiter le retard** pris au fur et à mesure de la journée .

- *Inconvénients ACCEO*

Le nombre limité de langues disponibles en libre-service

Tous ont regretté que les deux langues proposées en libre-service ne correspondaient pas aux langues les plus souvent rencontrées en consultation, c'est-à-dire celles des pays de l'Est : géorgien, bulgare etc.

Nécessité de réserver

Le peu de langues disponibles en libre-service rendait nécessaire la réservation d'un interprète avec un délai de 3 à 5 jours, ce qui **ne permettait pas d'y avoir recours pour les consultations urgentes** ou semi-urgentes de l'avis de tous.

Mais c'est la nécessité d'être à l'heure liée à une réservation sur un créneau bien défini qui a **le plus mis en difficulté les praticiens interrogés** arguant que le retard en médecine générale est quasi constitutionnel de la pratique de la médecine générale, qu'il est inévitable : « c'est un des problèmes principaux de cette histoire-là, c'est que leur organisation fait que c'est compliqué s'ils ne viennent pas au RV, s'ils sont en retard, ou, ce qui est le plus fréquent, si MOI je suis en retard, là c'est un peu compliqué » (M2) « j'essaie d'être à l'heure mais il y a des fois ce n'est pas possible, ce n'est pas de la mauvaise volonté, c'est juste que y'a une personne avant et ça je ne peux pas savoir combien de temps ça va prendre » (M3).

Cette contrainte vient augmenter chez tous les médecins interrogés, la **pression que le médecin se met pour être à l'heure** et celle **liée au retard déjà pris par le médecin** : « mon retard sera plus pénible », « je sais que je vais avoir une consultation ACCEO, donc je me dis il va falloir que je sois à l'heure, plus à l'heure que d'habitude » (M1).

Cette **pression est d'autant plus forte** que certains médecins ressentent de la **culpabilité à faire attendre l'interprète** (M1, M2) : « il y a quand même l'interprète qui va attendre pendant une demi-heure que je veuille bien me connecter ... ce qui est un peu lourd pour soi, de savoir

que l'on se fait attendre » (M1), et qu'ils ont **conscience que le temps d'interprétariat est décompté** à partir de l'heure de réservation (M4). De plus, **l'interprète n'est pas toujours disponible au-delà du créneau réservé** : « j'avais un couple là (...) le les ai pris avec 20 ou 30 minutes de retard donc du coup ça ne colle pas avec l'interprétariat (...) j'avais commandé 3/4 d'heure il me restait 1/4 d'heure ... » (M2).

Parfois, **ce retard entraîne un phénomène d'autolimitation du médecin qui met fin précocement à l'interprétariat** pour ne pas retenir l'interprète trop longtemps, alors même qu'il est encore disponible : « c'est moi qui me suis auto censuré en me disant « bon bah écoutez on a les principaux renseignements », et puis voilà l'heure tournant, sachant que j'avais pris jusqu'à 45 je me disais « bon de toute façon le reste on va se débrouiller » (...) pour ne pas l'accaparer trop longtemps » (M2).

Tout ceci aboutit donc parfois, a **une réduction du temps d'interprétariat** (M2). Le médecin se sent obliger de synthétiser, abréger, et de mettre fin à l'interprétariat avant l'examen physique.

Par ailleurs, la nécessité de réserver met un médecin **en difficulté pour expliquer au patient de revenir tel jour telle heure** pour pouvoir bénéficier d'un interprète (M3), et **ne fonctionne pas si le patient se trompe** dans la date ou l'heure du R.V (M2).

Les difficultés techniques

- Pour M1, devoir **installer le matériel avant chaque consultation** ACCEO a été à l'origine d'un anxiété d'anticipation : « ah ça va être le truc ACCEO langue, faut que je me branche ... », qui rajoute à la « charge mentale » du médecin déjà souvent en retard. L'installation est vécue comme un poids supplémentaire.

« Après il va falloir que j'installe tout, ça ne prend pas des heures mais en charge mentale c'est très important », « ça rajoute, c'est un poids plus important par rapport à une consultation », « ça me prend du temps...que je n'ai pas, je suis déjà en retard » (M1).

- **Des problèmes de sons initialement** ont été mis en avant comme inconvénients par deux médecins, **rendant l'utilisation au départ complexe**, ex : *Je pensais* « que je n'allais peut-être pas en avoir tous les jours besoin mais que quand j'en aurais besoin, j'aurais juste à appuyer sur un bouton (...) bon la technologie m'a vite rattrapée ! » (M4) ;

- **La récurrence des problèmes techniques** a également mis M1 en difficulté « j'ai eu pratiquement tout le temps des problèmes techniques », « chaque fois il y a un truc qui bloque » ;
- **Le temps dédié à la résolution des difficultés techniques** a parfois rajouté à la pression du médecin qui fait attendre des patients, malgré la rapidité du service technique : « c'était assez rapide, mais c'est vrai que (...) si je suis trop en retard, là ça commence à devenir vraiment compliqué (...) ça rajoute à la pression qu'on a des patients qui attendent » (M2).

Non adapté au temps de l'examen physique en consultation de médecine générale

Un des médecins interrogés (M3) a soulevé plusieurs problèmes posés par ce dispositif au cours de l'examen physique :

- La table d'examen est loin du dispositif de l'écran, il ne peut pas faire aller-retour entre son écran et l'endroit où il réalise l'examen physique ;
- Le patient peut être dénudé ;
- Gène ressentie par le médecin à faire patienter l'interprète le temps de l'examen physique.

Tout ceci, ajouté au fait que le temps imparti ne permet pas toujours d'inclure les 3 phases de la consultation (interrogatoire, examen clinique et explication/diagnostic), conduit le médecin à mettre fin à l'interprétariat le plus souvent avant l'examen physique, ce qui l'oblige à poser toutes ses questions au départ alors qu'il ne peut pas tout anticiper (questions qui viennent à la lumière de l'examen, questions au moment de l'examen en lui-même) et qu'il souhaiterait pouvoir avoir recours à l'interprète pour le 3^{ème} temps de consultation de restitution de son examen, explication du diagnostic et de la conduite à tenir.

Inconvénients liés à la vidéo cf avis sur la vidéo

Inconvénients liés à l'expérimentation :

- S'équiper à ses frais pour un dispositif expérimental a été un inconvénient pour M4, ne sachant pas si le dispositif allait être pérennisé. M2 s'est équipé à minima pour les mêmes raisons.
- Il fallait également pour M4, s'astreindre à expliquer que le dispositif n'est pas pérenne : « voilà faut lui expliquer que c'est un système qui n'est pas pérenne, c'est expérimental, pour qu'elle comprenne que peut être quand elle va revenir ce ne sera pas la même

chose... » afin de préparer les gens à l'éventualité qu'ils ne puissent plus en bénéficier après/ éviter déception future : « moi je trouve que le cadre il faut le fixer ».

Durée de consultation plus longues

Un des médecins estime la durée de consultation plus longue avec ACCEO qu'avec un autre moyen d'interprétariat professionnel comme ISM, plus rapide, et plus facile d'utilisation (M4).

- *Freins à l'utilisation d'ACCEO*

Sont considérés ici comme des freins les raisons pour lesquelles il n'y aura pas de recours à l'interprétariat alors que le besoin a été identifié.

Liés à ACCEO :

Les expériences répétées de problèmes techniques ont freiné le recours de plusieurs médecins (M1, M2, M4), entraînant même un stress important, et même une anxiété d'anticipation chez un médecin : « parce que ça a été un stress de l'installer, ça a été un stress d'avoir toujours des petits soucis techniques, c'était des trucs à la con c'est toujours pareil avec l'informatique ... », « le côté « j'ai installé le matériel et ça a planté » bien ça a été un truc qui m'a freiné » (M1).

Le simple fait de devoir installer le dispositif pour M1 a freiné son utilisation : « est ce que je mettrais en place tout le système ou est-ce que je débrouille ça en 2 minutes (...), la facilité... ».

La charge de travail supplémentaire liée à l'organisation de la prise de R.V (M1, M3, M4).

Le stress induit par l'obligation d'être à l'heure, de respecter horaires : (M1, M2).

Les délais de réservation ont pu également freiner le recours : si le patient est au cabinet, on va débrouiller la situation pour ne pas avoir à faire revenir le patient (M1, M2, M4).

Ces délais ne permettaient pas d'y avoir recours pour des situation urgentes (M2, M3).

Au total, la lourdeur du système décourage son utilisation malgré la satisfaction des médecins interrogés quant à la qualité de l'interprétariat proposé (M1, M2, M4) : « finalement je me dis « bon ouais avec google trad je dois arriver à me débrouiller » sans pour autant avoir la lourdeur tout ça, même si j'ai apprécié (...) le fait que ce soit vraiment des gens qui se comprennent bien, et l'échange était bon quoi... »(M2), « c'est la lourdeur un peu du truc, du dispositif (...) *Vous essayez de vous débrouiller sur le moment ?* oui voilà, j'essaie de débrouiller le truc, alors que si j'avais un accès plus rapide, je n'hésiterais pas » (M4).

Liés au médecin

Une certaine résistance au changement a été décrite chez 3 médecins (M2, M1, M4), habitués à faire autrement, à débrouiller la situation, à s'en sortir malgré tout sans avoir à solliciter un interprète : « on était dans un suivi (...) il n'y avait pas de problématique aigüe et du coup je ne prévoyais pas de le faire et les trucs qui étaient un peu compliqués je.... pas bien ! (rires) donc ça aurait été mieux mais c'était le côté routine, j'avais pris des habitudes avec eux » (M1).

Il faut aussi évoquer **l'embarras du médecin à faire appel à un interprète professionnel** pour une consultation de médecine générale (M1), notamment pour des consultations simple comme un « renouvellement d'ordonnance », quand il y a une autre solution moins coûteuse « des francophones dans la famille » : « ACCEO, est ce que j'ose ? il y a le côté « déranger un interprète » (...) quelque chose qui est peut-être de la pudeur, est-ce que ma consultation va mériter un interprète professionnel ».

Cette culpabilité est liée à une sous-estimation de son travail de médecin généraliste, mais également une **sous-estimation du besoin d'interprétariat**, et elle va se trouver majorer par les freins lié à l'expérimentation (*cf. infra*).

Il est intéressant de noter que cette gêne sera reconnue comme étant injustifiée a posteriori, puisqu'à la question rhétorique de savoir si sa consultation mérite un interprète il se répond : « et ça je pense que oui, tout le temps » (*cf. infra non-recours pas sous-estimation du besoin*).

Liés à l'expérimentation :

Une **méconnaissance du fonctionnement et du financement** de l'expérimentation/du dispositif chez le médecin 1 et la **conscience d'un nombre d'heures limité réparti pour plusieurs médecins** chez les médecin 1 et 2 ont été identifiés comme des freins au recours à ACCEO : « Parce qu'initialement y'avait 10h répartis sur « je ne sais pas combien de médecins », alors au début je me suis dit (...) 10h ça va partir vite », « il n'y a que quelques heures, ça fait réfléchir, on se dit « est-ce que je peux vraiment ? est-ce que je vais grignoter sur les heures pour cette consultation ? alors que si on m'avait dit « allez-y !... » (M1).

Le fait que **l'expérimentation soit temporaire** a également limité le recours chez deux médecins (M2, M4) couplé à une **mauvaise communication concernant la durée de l'expérimentation** (M2) : « je ne savais pas si la fois d'après je pouvais le proposer ou pas (...) 3 mois c'était court puis finalement ça a duré plutôt 6-9 mois... mais c'est vrai que c'était...je ne savais pas » (M2).

On peut comprendre des propos du médecin 4 par ailleurs qu'il ne voulait pas trop habituer les patients au dispositif sachant que cela n'allait être que temporaire.

Apport de la répétition de l'utilisation, d'une certaine forme apprentissage sur les freins à l'utilisation d'ACCEO

Un des médecins a été **rassuré par l'utilisation répétée du service, et encouragé par les expériences positives précédentes**, ayant pour effet de diminuer son anxiété d'anticipation (M1) : « les soucis techniques d'une part je pense que c'est moi qui suis mal équipé et puis bon globalement voilà on s'en est quand même sorti, chaque fois ça a fini par marché », « ce côté « je sais que ça va bien se passer avec ACCEO langue », savoir comment ça va se passer ».

Un autre admet que les **difficultés techniques** ont surtout été **un frein au début de l'expérimentation** (M4) « au début quand j'avais des difficultés, ACCEO ils avaient des techniciens (...) ils disaient « oui branchez celui-là, essayez de brancher ça » (...)quels sont les boutons sur lesquels il fallait appuyer, positionner la caméra comme ça c'était intéressant » *Donc les difficultés techniques c'était surtout au départ et puis finalement vous avez été pas mal guidée par le service technique et ensuite ça allait ?* « Oui, oui, ».

Au freins cités ci-dessus s'ajoutent une **non-reconnaissance d'un besoin d'interprétariat professionnel** :

- **Par le médecin d'une part**, qui va sous-estimer l'apport de l'interprétariat professionnel dans certaines situations (M1, M3), comme lorsque des patients connus avec lesquels des habitudes ont été prises viennent pour un renouvellement d'ordonnance : « c'était tout le temps un peu les mêmes problématiques, (...) on était dans un suivi, je ne prévoyais pas de le faire », « sur une consultation, on pourra dire « ça va être de la routine » ou « il ne va pas y avoir grand-chose » (M1).

Cette sous-estimation est intimement liée à la culpabilité à faire appel à un interprète explicitée plus haut.

La priorité faite à l'intervention d'interprète de proximité par M3 relève également de la non-reconnaissance d'un besoin d'interprétariat professionnel.

- **Par la secrétaire d'autre part** comme le note M1, qui est insuffisamment informée et briefée au recours systématique pour tous les patients allophones.

M1 regrette a posteriori de ne pas l'avoir utilisé plus systématiquement, car l'expérience de l'interprétariat professionnel répétée, lui a fait reconnaître **l'intérêt que l'interprétariat aurait eu**, y compris pour des consultations simples comme des renouvellements

d'ordonnance : « je n'ai pas fait de rupture d'habitude même si effectivement ça aurait été intéressant...je n'ai pas eu recours par mauvaise habitude... » « ça aurait été mieux » « j'aurais été gagnant d'avoir ACCEO langue mais sur la routine... » , « il vient pour un renouvellement, est-ce que je vais faire appel à ACCEO langue ? avec le recul la réflexion je peux dire oui », « à la pratique de l'avoir utilisé ça apporte forcément » (M1).

Ce d'autant que **ce non-recours entraînait une insatisfaction** même en cas de renouvellement d'ordonnance, avec des difficultés à régler des problèmes non anticipés : « s'il y avait des trucs en plus j'étais embêté » (M1).

- *Avis sur la vidéo :*

Avantages :

Trois médecins considèrent que c'est « un plus » par rapport au téléphone (M1, M2, M3) qui n'est certes pas indispensable selon eux, mais appréciable dans la mesure où :

- Elle **humanise la relation** par rapport au téléphone (M1, M2, M3) : « ça a un côté plus humain et c'est plus facile de parler avec quelqu'un qu'on a en face de soi même si c'est par vidéo que par téléphone (...) je trouve que l'on s'identifie plus à la personne et le lien se fait peut-être plus facilement » (M3) ;
- Elle est **plus rassurante pour le patient que le téléphone seul**, en toute circonstances (M1,M3) et si et seulement s'il s'agit du même interprète (M2).

Les patients sont rassurés de voir que c'est le même, de le reconnaître, et cela **facilite la construction progressive d'une relation de confiance** si la prise en charge dure dans le temps

- Elle peut être également **rassurant pour le médecin** (M1), qui réalise que c'est le même interprète avec laquelle cela se passe bien.

Inconvénients :

Un médecin pense que la **vidéo montrant un inconnu peut au contraire être intimidante** pour le patient comme pour le médecin : « c'est un peu intimidant parce qu'on est vraiment avec une troisième personne qu'on ne connaît pas là ». Il semble **gêné par le fait qu'une tierce-personne fasse « irruption » dans la consultation** « là tout à coup, il y a une personne qui est là, qui vous dit bonjour, on ne la connaît pas enfin bon... » (M2).

Ce même médecin pense que la vidéo peut être rassurante si c'est le même interprète à chaque fois.

Par ailleurs, la vidéo **peut les mettre mal à l'aise pour aborder des sujets gênants par rapport au téléphone** selon 2 médecins : « par rapport au fait que quelqu'un la regarde et que

je traduis des trucs qui sont parfois gênant etc... au téléphone c'est peut-être moins intimidant » (M2) : « ça peut mettre mal à l'aise, une fois j'étais avec une patiente pour une consultation gynéco et l'interprète était un homme c'était un peu chaud », « j'ai senti la patiente pas très à l'aise, et c'est surtout l'interprète qui n'était pas très à l'aise » (M4).

La confidentialité, l'anonymisation des propos que permet le téléphone les autorisent plus facilement à aborder des sujets gênants, intimes : « le fait que ce soit un peu lointain ça permet d'aborder d'autres trucs ».

L'apport de la vidéo est à mettre en parallèle aux difficultés techniques permettant d'avoir la vidéo.

- *Influence sur la manière de travailler/de conduire la consultation*

Sur le type de communication :

La communication était pour la plupart indirecte avec le patient (M1, M2, M3), le praticien s'adresse à l'interprète pour lui poser des questions à transmettre aux patients, et le patient répond à l'interprète, le contact visuel est beaucoup moins fréquent.

M4 lui, s'adressait directement au patient en le regardant, le patient lui regardait plutôt l'interprète.

Sur la configuration spatiale :

La plupart des médecins optaient pour une disposition en triangle médecin - ordinateur/interprète -patient, soit la caméra toujours tournée vers le patient par choix (M3) ou par obligation (M4 ne pouvant tourner la caméra), soit la caméra tournée en fonction des prises de parole médecin ou patient (M1, M2).

Sur les différents temps/étapes de la consultation :

Le recours à l'interprétariat à distance par ACCEO va avoir un impact sur l'organisation des différentes étapes de la consultation :

- Tous devaient **installer le matériel** au début de la consultation, sauf M3 qui utilise un ordinateur portable déjà équipé et non son ordinateur de bureau ;
- M2 optait pour une **phase d'interrogatoire plus longue**, et **mettait fin à l'interprétariat avant de débiter l'examen physique**, le dispositif étant loin de la table d'examen, et par gêne à faire attendre l'interprète, entraînant un retour à « la débrouille » pour la fin de la consultation. Il devait poser toutes ces questions en amont, avec la limite d'avoir des questions émergeant à la lumière de l'examen clinique, et de ne pas pouvoir correctement restituer les conclusions de son examen et la conduite à tenir.

- M4 **considère ne pas avoir besoin d'interprète pendant l'examen physique**, que la communication non verbale suffit, ce qui nécessite parfois de reprendre à la consultation suivante avec interprète ce qui a été constaté et conclu à la dernière ;
- M1 et M3 **l'utilisaient pour tous les temps de la consultation**. Le Med 3 emmenait son ordinateur portable à la table d'examen pour l'examen physique, considérant que ce n'était pas gênant pour le patient, l'examen étant rarement intime.
- M4 ajoutait des **étapes supplémentaires liées au recours à l'interprétariat professionnel** : fixer le cadre de l'expérimentation, contextualisation de l'intervention de l'interprète, explication du déroulement de la consultation, temps de débriefe avec l'interprète (*cf supra*).

Sur le temps de consultation :

Un médecin avait une **impression de temps de consultation plus long** avec interprète professionnel (M1), **liée à la lourdeur d'installation du dispositif**. C'est en réalité la « charge mentale » qui donne cette impression de consultation plus longue selon lui, puisqu'il admet que ce n'est pas plus long qu'en utilisant d'autre technique, surtout quand « ça bloque », et que l'on n'arrive pas à se comprendre. Il fait remarquer cependant que google trad peut s'utiliser ponctuellement pour débloquer la situation, dans ce cas cela prend moins de temps.

Les autres médecins n'ont pas eu le sentiment que la consultation était plus longue qu'avec les autres méthodes de communication : « c'est le fait de ne pas échanger dans la même langue qui prend plus de temps, et finalement que ce soit interprète par internet, par google trad, interprète présent, par téléphone...ça prend à peu près le même temps » (M2).

Le médecin ayant fait l'expérience d'ISM trouve néanmoins que la consultation est **moins longue avec ISM** (M4)

- *Apport de l'interprétariat professionnel :*

Les médecins interrogés dans cette étude ont trouvé de nombreux avantages à faire appel à un interprète professionnel, dont beaucoup ont émergé à la lumière de leur expérience de l'interprétariat informel : « Quand y a des interprètes familiaux qui arrivent parfois ça peut être plus difficile, **on sent la qualité de l'interprète, ça joue, on voit l'apport des interprètes professionnels quand on a l'expérience des interprètes familiaux** » (M1).

Voici les éléments essentiels se dégageant de l'analyse de leur discours :

- **Permet une vraie discussion, un échange de qualité**, (M1, M2) : Les médecins font tout d'abord le constat que l'interprétariat professionnel ouvre la discussion sur des éléments inaccessibles sans interprétariat, en ce qu'il permet d'augmenter la richesse de

l'échange : « ça permet des discussions qu'on n'aurait pas tout simplement, on serait bête et méchant et voilà » (M1).

- **Apaise les tensions** et l'angoisse d'une mauvaise compréhension : le médecin sent que le patient est soulagé de pouvoir s'exprimer, d'être enfin compris. Il n'y a **plus de doute sur ce qui a été compris de part et d'autre**, ce qui a pour effet de lever l'angoisse liée à l'incompréhension de ce que dit médecin ou à l'impossibilité de se faire comprendre.
- Les médecins mettent en avant l'**effet thérapeutique** de l'interprétariat en ce qu'il **permet au patient**, d'une part **de s'exprimer librement**, et d'autre part au **médecin de pouvoir rassurer** le patient, qui se sent entendu et compris : « il y a un côté thérapeutique, il y a une tension de ne pas pouvoir se faire comprendre (...) ça peut les tendre, (...) ça apaise ces tensions » (M1).

« Ils peuvent se dire voilà j'ai bien expliqué mes symptômes y'a pas le doute de « mais en fait est-ce qu'il a bien compris ce que j'ai dit ? » Voilà, là tout est dit, au moins le médecin a tous les éléments (...) ça permet de soigner beaucoup de choses et en tout cas de rassurer sur beaucoup de sujets », « le fait d'être entendu, écouté y'a quand même beaucoup de symptômes qui sont souvent psy avec une inquiétude majeure » (M3).

- Permet une **évaluation globale du patient/une approche médico-psycho-sociale**, plus adaptée à ce public ayant des problématiques multiples (M1, M2) : « Ce sont souvent des publics en difficulté, à différents niveaux avec des problèmes de toxicomanie etc... finalement ça permet de leur apporter vraiment un truc plus complet : problème administratif, problème médical, problème effectivement de soins » (M1).

Cette évaluation est possible car l'interprétariat professionnel :

- **Aide à la compréhension de la situation sociale**/des problèmes administratifs (M1, M2) : « j'ai des patients qui avaient des problèmes administratifs, avec l'interprète on a pu se comprendre » (M1) ;
- **Permet d'accéder à la composante psychologique des symptômes**, de prendre en compte l'aspect psychologique de certains symptômes et **d'expliquer que les symptômes peuvent être d'origine psychologique**, et permet de comprendre certains maux à la lumière de la situation globale administrative/sociale :

« Une personne à laquelle je pense (...) on a fait tout un tas de spécialistes (...) on a pu faire le point sur l'ensemble des trucs qu'on avait fait, sur le fait qu'il n'y avait pas grand-chose et

donc que tous ses signes pouvaient être en lien avec l'anxiété, donc ça c'est des trucs ou la parole est primordiale » (M2).

« Voir un peu qu'est-ce-que c'est mal au ventre ? est-ce que vraiment il a mal au ventre ? (...) même psychologiquement, être au courant de la situation ça pouvait éclairer les symptômes, on passe de « j'ai mal là » à, bah effectivement, « j'ai mal plutôt le soir », on arrive à expliquer qu'il faudrait voir un psychologue, bah justement il a déjà vu un psychologue, on part de « j'ai mal là » à ça évolue » (M1).

- Permet **une approche centrée-patient** puisqu'il donne accès aux croyances, aux représentations, à la perception du patient de ses symptômes d'après M1, et qu'il renseigne sur les difficultés rencontrées dans le suivi, les raisons d'une observance parfois aléatoire, les rendez-vous ratés etc... pour M2, pouvant être liées à une mauvaise compréhension ou à difficultés multiples sur le plan social reléguant en second plan la santé ;
- Permet de **sortir du modèle paternaliste** : en donnant la possibilité au médecin de rendre acteur le patient en lui expliquant mieux la stratégie de soin mis en place : examens complémentaires, traitements prescrits etc. (M1, M2) : « sans interprète, mon échange est très basique, très succinct « mal/pas mal, faut faire ça... », « ça permet de mieux expliquer ce qu'il y a à faire, pourquoi il faut le faire etc... » (M2) ;
- Permet une **meilleure compréhension de l'histoire médicale**, de connaître les explorations antérieures :

« Un enfant vient par ce qu'il a mal au ventre, malgré tout ça permet de mieux faire le point sur la situation, y a déjà des choses qui ont été faites auparavant, voir un peu qu'est-ce-que c'est mal au ventre ? est-ce que vraiment il a mal au ventre ? c'était intéressant pour moi d'avoir un recul sur ce qui avait déjà été fait » (M1) ;

- Permet d'**améliorer l'adhérence à la prise en charge/l'observance thérapeutique** ;
- Permet **éducation thérapeutique des maladies chroniques** ;

M3 cite notamment l'exemple d'une patiente avec un diabète déséquilibré, passé de 12 à 9% d'HbA1c grâce à une meilleure communication : il a pu ainsi lui expliquer les bénéfices à prendre son ADO, les effets secondaires, les règles hygiéno-diététiques etc. ;

- Facilite la **coordination du parcours de soins** (M1, M2) : « y'en avait un qui avait un problème de bras tout ça, je ne savais pas trop on a débrouillé les choses, enfin voilà ça permet d'aider, d'expliquer, d'organiser le fait d'avoir un interprète chez un spécialiste, ça permet de l'organiser ça, sinon c'est difficile... » (M1) ;

- **Amélioration de la relation médecin-patient** : tous les médecins
Cf. chapitre sur l'influence de l'interprétariat sur la relation médecin-patient
- Permet un **changement de perspective, de déconstruire les idées reçues** : dépasser la barrière « culturelle » en levant la barrière de la langue : (M1)

« Par exemple les bulgares, c'est les antibiotiques, ils veulent des antibiotiques, des antibiotiques, on leur explique tout et à la fin : « et l'antibiotique il est où ? » et ça finalement on se rend compte que quand on commence à les suivre, à leur expliquer, à leur dire qu'on les comprend bien bah c'est des choses qui s'aplanissent, qui disparaissent et ils n'ont pas l'impression qu'on les a juste rejeté en disant « non non pas d'antibiotique » et ça, ça permet d'ouvrir à un suivi, une prise en charge que sinon, ils partiraient en disant « j'ai pas mes antibiotiques » (*sur un ton mimant la colère*) (M1)

Dans la mesure où le patient n'a pas de doute sur le fait d'avoir été compris, le médecin peut bien expliquer ce qu'il fait, la relation médecin-patient est améliorée, il accepte une prise en charge différente de ses attentes initiales.

- **Amélioration de la qualité des soins** (M2) ;
- **Neutralité de l'interprète professionnel** par rapport à un interprète de proximité (M3).
La neutralité dont il est question est entendue comme synonyme de « professionnalisme », puisqu'il fait référence à la distance professionnelle, à la « bonne distance » de l'interprète, à sa déontologie qui garantit le secret médical et donc la confidentialité des propos, ce qui **permet une plus grande liberté d'expression** : « si un patient vient avec quelqu'un, les conséquences c'est qu'il connaît sa vie privée et ça c'est problématique, tandis que la personne, elle est neutre, elle est professionnelle, c'est le secret médical enfin je pense que dans leur contrat ils ont ça » (M3)

- **Apporte une grande satisfaction au patient et au médecin** (M1, M4)

« On ne repart pas avec des questions qu'on peut avoir avec une traduction comme ça, là on a vraiment une vraie satisfaction, une vraie prise en charge, je dirais c'est très positif pour le patient » (M1), « donc on part là plutôt satisfait, en faisant un petit sourire, ils sont contents » (M4).

- **Permet un suivi chronique**, une prise en charge sur la durée (M1) :

Les patients étant très satisfaits et se sentant compris reviennent voir le médecin : « là on va vraiment avoir l'impression d'avoir un accompagnement d'un patient, on peut lui dire « reviens

on fera avec ça » donc le patient il sait qu'il sera avec un traducteur et ceux qui ont eu ACCEO après l'ont redemandé systématiquement ».

- *Inconvénients interprètes professionnels*

S'ils mettent en avant de nombreux avantages, deux praticiens (dont surtout un) ont également évoqué quelques inconvénients intéressants à développer au recours à l'interprétariat professionnel, notamment :

- **S'exposer au regard/au jugement d'autrui dans la consultation pour le médecin**

M1 pense que le fait de s'exposer au regard d'un autre professionnel peut être bloquant, mais pas pour lui personnellement « si je me plante j'assume je m'en fous » en filigrane quand même la crainte de se « planter » sous le regard d'autrui, d'autant qu'un peu plus loin il ajoute en parlant des freins à ACCEO : « le côté tierce-personne quand même ce n'est pas neutre », « c'est quand même un peu intrusif en soi donc voilà effectivement, on s'expose au regard d'une tierce personne ça peut poser soucis pour certains » ;

- **Gêne/embarras du patient à se confier à un inconnu (M2)**

Un autre médecin met en avant lui la gêne du patient à se confier devant un inconnu, comparée à quelqu'un que le patient a choisi pour venir ;

- **Interférence de conflit géopolitique/ethnique/tribal** supposée entre le patient et l'interprète (M2) : Ce même médecin évoque une dimension géopolitique qui le dépasse, qu'il ne maîtrise pas, mais qu'il craint, qu'il suppose parfois, et qui pourrait venir interférer dans la relation patient-interprète : « C'est-à-dire que dans certains coins, le fait d'être issu de telle ou telle communauté ou ethnie, ça peut être un problème avec la communauté ou l'ethnie qui traduit » ;

Il s'interroge alors sur la liberté d'expression des patients avec un interprète professionnel : « je ne sais pas moi, sur les histoires qu'ils ont vécues là-bas et tout ça, je ne sais pas de quelle manière ils peuvent parler de ça librement », « je ne sais pas ce que l'on se permet de dire en tant que patient à un interprète que l'on ne connaît pas » ;

Il fait référence également au **poids du regard de quelqu'un de la communauté, non choisi par le patient, notamment en contexte sensible**. Il imagine un regard extérieur jugeant lors de son expérience avec SOS médecin d'interprétariat professionnel en présentiel en garde à vue au commissariat : « là aussi je sentais des fois une petite distance surtout dans ce milieu-là(...) quelles représentations du fait d'être en garde à vue ? (...) comment est le regard de l'autre ? je

m'imaginai ça, que l'interprète pouvait dire : « mais qu'est-ce que tu fais ? tu fais honte à notre communauté » ;

- **Instaure une distance dans la relation entre le médecin et le patient (M2)**

Cf. chapitre sur l'influence de l'interprétariat sur la relation médecin-patient

- **Communication indirecte passant par le « filtre » de l'interprétariat (M2):**

Un médecin explique avoir le sentiment de **perdre des nuances, de perdre en subtilité de l'échange. Il ne peut plus mettre en œuvre ses capacités d'intuition**, le côté « feeling » en médecine générale, puisque l'échange passe par le « filtre » de l'interprète.

Il a l'impression d'une **compréhension moins fine de la situation**, avec notamment des difficultés dans la compréhension des émotions, et des symptômes ressentis : « c'est l'histoire de l'interprétariat en général, c'est-à-dire après sur les nuances, j'ai mal ou j'ai très très mal, j'ai un peu mal ou j'ai peur d'avoir mal, y'a des petites nuances qu'on va sentir dans la conversation médecin-malade, alors que c'est plus difficile d'être fin avec un interprète » « le fait de passer par quelqu'un d'autre, on perd quelque chose dans l'analyse des émotions »

Ce « filtre » faisant perdre le côté intuitif du médecin, demande d'être plus rigoureux, plus scientifique : **il doit poser plus de questions pour arriver à la même analyse** que si la communication était directe.

- *Influence sur la relation médecin-patient*

Effets positifs : La plupart des commentaires vont dans le sens d'une nette amélioration de la relation médecin patient :

- **Amélioration de la relation médecin-patient :** (tous)

- Apaisement de la relation, disparition des tensions liés aux difficultés de communication (M1) :

« ça apaise parce que finalement les gens ils arrivent tendus sur des consultations avec des demandes, ils sont dans la situation de demander encore et de ne pas se faire comprendre, on les renvoie à ce qu'ils ne comprennent pas, là effectivement en termes de tension, ça apaise quand même beaucoup de choses donc c'est satisfaisant » (M1) ;

- Effet bénéfiques sur la relation de se sentir entendue, écouté compris dans leurs demandes (M1, M3, M4) : « Largement positive, largement positive voilà c'est super positif », « parce qu'ils se sentaient entendus en fait, écoutés, et je crois que ça c'est le plus important » (M3) ;

- Relation améliorée par le simple fait de proposer le service d'interprétariat (M4) :

Le patient se sent **reconnu dans son besoin de s'exprimer**, d'être écouté et compris, il **se sent considéré**, estimé, et est **reconnaissant vis-à-vis du médecin** qui fait la démarche d'utiliser cet outils : « Ah bah on le sent tout de suite, le fait de leur proposer ça, ils se disent « ah je suis partie la voir, elle m'a comprise » (...) donc on part là plutôt satisfait, en faisant un petit sourire, ils sont contents, on sent quand même que, et puis en leur proposant ça ils se disent « tiens, on prend soin de moi », on va au-delà de, voilà y'a un côté... » (M4) ;

- L'interprète est un médiateur qui fluidifie la prise en charge (M1)

Cf. chapitre sur le rôle des interprètes

- Possibilité de faire un réel suivi (M1, M3)

Le patient revient car il sait qu'il pourra bénéficier d'un interprète, qu'il sera compris, il comprend la stratégie de soins mise en place par médecin etc. ;

- **Si c'est la même interprète, avec l'appui de la vidéo, permettrait l'instauration d'une relation de confiance triadique (M2)** : « voilà si c'était (...) toujours le même interprète, effectivement y'aurait certainement une relation qui se ferait mais alors à trois, c'est-à-dire au lieu de la relation médecin-malade, avec l'interprète en plus ».

Effets négatifs : Sans renier les effets bénéfiques sur la relation qu'a l'interprétariat professionnel, deux médecins émettent néanmoins des réserves :

- **Perte de la dualité médecin patient (M4, M2)** :

Un des médecins exprime un sentiment d'exclusion due sa manière d'utiliser le dispositif : le patient et l'interprète sont face à face, le médecin et l'interprète ne se voient pas, le médecin s'adresse directement au patient mais le patient répond à l'interprète.

« c'est pour ça que je dis que c'est compliqué d'être à trois, moi je ne pouvais pas tourner la caméra, la changer de position, ce qui fait que ça exclut aussi le médecin » (M4).

Ce médecin compare ACCEO à son expérience de travail avec des interprètes en langue des signes qu'elle a beaucoup appréciée, où l'interprète est derrière le médecin, la traduction est simultanée, le médecin s'adresse au patient qui s'adresse en retour au médecin : « c'est presque comme si tu n'avais pas d'interprète ».

On sent que le **médecin préférerait finalement ne pas sentir la présence de l'interprète**, pour **qu'il n'interfère pas dans la relation duale** médecin-patient.

- **Communication indirecte avec le patient qui instaure une distance entre le médecin et le patient (M2)** Cf chapitre *inconvenients des interprètes professionnels*.

« il y a aussi ça dans cette histoire d'interprète mais ça c'est à chaque fois qu'il y a une tierce-personne, c'est qu'on s'adresse finalement à la tierce-personne donc on ne se regarde pas en direct », « ça donne une distance incontestablement, il y a une distance qu'il n'y a pas (...) ce n'est pas le même genre de relation » (M2).

- *Qualité attendues d'un interprète professionnel*

Les différentes qualités attendues par les médecins concernant un interprète professionnel sont :

- **Fidélité de la traduction (M4)** : qu'il puisse restituer les discours dans l'intégralité du sens, avec précision sans additions, omissions ou distorsions.
- **Capable d'une traduction de qualité permettant une bonne compréhension mutuelle**, et un échange plus riche (M2).

« Moi c'est très basique qu'on se comprenne bien qu'il comprenne bien ce que je dis et ce que dit le patient et qu'on puisse bien se comprendre par son intermédiaire, on est vraiment sur des trucs comme ça très... », « La qualité de l'échange, quelque chose qui soit..., sinon mon échange est très basique et très succin » (M2) ;

- **Capacité à reformuler, à préciser, à expliciter les propos du patient et du médecin** : « expliciter les propos du patients et mes propos oui, le classique « mal au rein » parce que ça ressort tout le temps, savoir expliquer que ce n'est pas le rein qui fait mal, qu'il soit capable de réexpliquer la chose, plus clairement parce que je n'explique pas bien des fois » (M1) ;
- **La neutralité** par rapport à un interprète de proximité (M1, M3), sous entendue sa **capacité à être dans la bonne distance** vis-à-vis du patient :

« S'il y a une plainte douloureuse qu'il soit capable de neutralité envers moi en disant voilà ce qu'il a dit et voilà, qu'il puisse apporter un truc froid et neutre » et rajoute « c'est le côté interprète par rapport à une traduction familiale », « il ne faut pas qu'il soit euh... en sympathie, enfin voilà faut vraiment qu'il arrive à être... (...) voilà une distance mais pas trop » (M1)

« je n'attends pas qu'il y ait quelqu'un qui est une amie qui est une maman (...) qui m'explique la personne... on voit bien chez les enfants(...), chez les adolescents quand la mère parle à la place du gamin, c'est pas ce qu'on souhaite ...c'est pas la maman qu'on examine, je trouve que l'interprète c'est la même chose, faut qu'il traduise les pensées de l'autre et qu'il n'en rajoute pas » (M3)

Cette qualité fait référence à **l'impartialité inscrit dans le code de déontologie** des interprètes professionnels en milieu médical et social, ainsi qu'à leur capacité de distanciation

- **L'empathie** (M1, M3, M4) :

Les médecins attendent également de l'interprète qu'il soit bienveillant, impliqué et capable de transmettre l'inquiétude du patient : « le côté humain, souriant et avoir l'impression qu'il se sent impliqué » « elle est là elle s'occupe de la personne, elle veut le mieux pour la personne » (M3) « je dirais l'empathie par exemple mais pas trop non plus, il ne faut pas qu'il soit euh... en sympathie » (M1), propos qui renvoient encore à cette juste distante développée plus haut.

• *Rôles de l'interprète professionnel selon médecin*

Certains ont éprouvé des **difficultés à identifier ou à imaginer les rôles** que pouvaient jouer les interprètes en consultation de médecine générale M1 M3, en témoigne leur questionnement, hésitation et réflexion au fil de l'entretien M3 « je ne sais pas s'il doit avoir un rôle vraiment... » En filigrane on comprend la **Crainte des médecins qu'il soit trop intrusif, qu'il prenne trop de place** : « la question c'est dans quelle mesure il va être intrusif et là voilà... par exemple l'OFPRA, je ne connaissais pas, si l'interprète m'avait fait un cours sur l'OFPRA, (...) est-ce que j'aurais trouvé que c'était sa position de le faire ? » (M1).

« Normalement une consultation c'est en tête à tête, je n'attends pas qu'il y ait quelqu'un qui est une amie, qui est une maman (...) qui m'explique la personne... on voit bien chez les enfants, (...), chez les adolescents quand la mère parle à la place du gamin, c'est pas ce qu'on souhaite ...c'est pas la maman qu'on examine, je trouve que l'interprète c'est la même chose, faut qu'il traduise les pensées de l'autre et qu'il n'en rajoute pas » (M3).

Cette crainte peut s'expliquer par le **souhait de préserver la dualité de la relation médecin-patient, en maintenant un peu à l'écart l'interprète** de la relation médecin-patient :

« Normalement une consultation c'est en tête à tête (...) faut qu'il traduise les pensées de l'autre et qu'il n'en rajoute pas » (M3) ;

« Je ne suis pas sûr que ce soit bien qu'il y ait un lien qui se crée entre le patient et l'interprète » M3.

Ils auront donc **tendance à vouloir limiter le rôle de l'interprète à la traduction pure** (M1 M3) : « pour moi le rôle principal c'est interprète, point. Il ne faut pas qu'il y ait autre chose » (M3), « je pense qu'il ne doit pas dire plus que ce que je lui dis malgré tout, même s'il doit accompagner ce que je lui dis » (M1).

On retrouve même parfois une vision très utilitariste de l'interprète, qui peut être **vu comme « outil »**, comme une « interface », une « machine à traduire » : « pour moi c'est vraiment une interface, ce serait un ordinateur ça serait peut-être aussi bien. Enfin je ne sais pas pour moi, c'est un outils » (M3) (A noter que M3 n'a jamais eu le même interprète)

Malgré ces enjeux de pouvoir, d'autres rôles émergent de la réflexion des médecins :

- **Rôle de médiateur de la relation médecin-patient** : l'interprète fluidifie la relation (M1) ;
- **Rôle dans l'explicitation des propos**, de clarification des propos du médecin :
« il doit accompagner ce que je lui dis », « qu'il soit capable de réexpliquer la chose, plus clairement parce que je n'explique pas bien des fois » (M1) ;
- **Rôle d'accompagnement, de suivi** pour un médecin qui a toujours eu la même interprète (M1) ;
- **Permettre une bonne compréhension mutuelle** : (M2) ;
- **Mettre à l'aise, mettre en confiance** (M4) : fait référence aux capacités d'empathie attendues.

Questionnement sur la fonction de « médiateur » culturel de l'interprète : (M1, M3, M4)

Un médecin attend de l'interprète qu'il puisse être un « levier culturel pour expliquer les choses » (M1).

Un médecin considère que c'est **facultatif**, « pas indispensable », et **difficile à mettre en œuvre sur des consultations de médecine générale** trop courtes « même si après ça peut nous éclairer sur une culture par exemple, mais bon c'est compliqué sur 20 minutes de consultation de médecine générale ce genre de chose... », et **se demande même si c'est finalement leur rôle** : « ils ont normalement la même culture donc il pourrait nous aiguiller sur quelque chose, après est-ce qu'on demande à l'interprète de... je ne sais pas s'il doit avoir un rôle vraiment » (M3).

Un autre pense que ce genre d'intervention ne doit se faire **qu'à la demande explicite du médecin**, non spontanément (**encore besoin de contrôle**).

Ce même médecin ajoute que le **simple fait de traduire implique une recontextualisation culturelle**, en ce que la **langue en elle-même est porteuse de culture**, d'un monde de « sens » : « mais je pense que rien que le fait de parler une langue y'a certains mots que t'es obligé de recontextualiser parce que tu ne peux pas le traduire mot à mot, bon par exemple quand on dit utérus, l'appareil génital féminin par exemple chez nous dans les langues on va traduire, « le côté de la femme » voilà ce n'est pas une traduction mot à mot de ce que moi je dis mais voilà » (M4) (Ce médecin est polyglotte, il a donc l'expérience du passage d'une langue à l'autre).

Enfin, les qualités et rôles des interprètes cités par les médecins montrent qu'ils en attendent plus qu'un simple rôle de traducteur. Cette ambiguïté a fait réaliser à certains la difficulté du métier d'interprète : « finalement ce n'est pas facile d'être interprète... ! » (M1) « je pense que ce n'est pas si évident » (M3).

- *Amélioration à apporter au service d'interprétariat ACCEO*
- **Etendre le nombre de langues disponibles immédiatement** (M1, M2) ;
- Avoir la possibilité **d'éditer au moment de la prise de RV sur ACCEO une fiche récapitulant l'heure et date du RV** avec interprète dans la langue du patient (M3) ;
- Avoir la **possibilité de choisir le genre** de l'interprète (M4)
 - Ex : femme pour une consultation gynéco ;
- Prévoir une organisation de la **planification des RV ACCEO qui incomberait aux travailleurs sociaux**, aux structures d'accueil type CADA, via une plateforme avec une cartographie des médecins équipés pouvant faire appel à ce dispositif (M3) ;
- Prévoir la **possibilité de pouvoir choisir entre la vidéo ou non** en fonction des situations (M2, M4).

Les travailleurs sociaux appelleraient la secrétaire pour prendre un RV, puis feraient les démarches auprès d'ACCEO pour avoir un interprète sur le créneau donné. Nécessité de limiter le nombre de RV ACCEO par semaine selon le médecin car ces consultations sont longues, difficiles chronophages.

- *Avis quant au type d'interprétariat le plus adapté chez le médecin généraliste*

Deux médecins M1 M3 apprécient ACCEO et trouvent que la vidéo apporte quelque chose en plus par rapport au téléphone *cf avis sur la vidéo*. Ils souhaiteraient pouvoir y avoir accès dans l'avenir, en y apportant les suggestions faites plus haut pour faciliter et améliorer le recours.

Un médecin (M3) liste les critères d'un service idéal adapté à la pratique de la médecine générale :

- Un service **en libre-accès, disponible immédiatement**
- Un service **sans limite dans le temps**, dans lequel l'interprète pourrait attendre le temps de l'examen physique ;
- **Facile et rapide d'utilisation** : « bon bah voilà je ne sais pas si c'est possible mais (...) un truc, si j'avais besoin, j'appelle un espèce de google trad avec la personne, un interprète disponible immédiatement qui ne serait pas limité » ;

- Prévoir la **possibilité de pouvoir choisir entre la vidéo ou non** en fonction des situations :

Il trouve le téléphone très utile et moins intimidant pour certaines personnes, ou lorsque l'on aborde des sujets sensibles, mais il pense que la vidéo serait « formidable », notamment si elle était disponible immédiatement et dans les prises en charges au long cours *cf avis de la vidéo*

Le **médecin qui a l'expérience de service** d'interprétariat **ISM** (M4) l'a trouvé plus pratique, il aurait donc **sa préférence**, arguant les éléments suivants :

- Pas de temps d'installation ;
- Disponible à toute heure quasi immédiatement ;
- Plus rapide, plus simple ;
- Pas de problème de son ;
- La vidéo n'est pas indispensable, même parfois gênante.

- *Opinions sur la manière d'augmenter le recours à l'interprétariat en médecine générale :*

- Etre **informé de la possibilité d'avoir recours** (M1)
- **Banaliser le recours** pour diminuer la charge mentale (M1) :

Il prend l'exemple des modèles que pourraient constituer nos professeurs et maitres de stage « si pendant nos études on voyait d'autres médecins qui s'en servaient en consultations ça banaliserait l'utilisation, la charge mentale c'est différent si c'est un processus normal, ça lève les barrières » ;

- **Déculpabiliser le recours à l'interprétariat** (M1) :
 - Meilleure connaissance du système, de son financement
 - Accès illimité : « pouvoir dire à la secrétaire « vas-y prend RV avec ACCEO langue il faut le faire avec tous les patients non francophones » ;
 - Dématérialisation de l'interprétariat : « ACCEO même par rapport à présentiel c'est moins culpabilisant » ;
- **Proposer un soutien logistique dans l'organisation des RV** si nécessité de réserver (M1, M3): « faut avoir un agent administratif derrière », « dans des maisons médicales avec une secrétaire formée là-dessus ça peut être source de développement » « tout seul effectivement je pense que ce sera trop dur » (M1) ;

- **Simplifier au maximum le recours** (M1, M2) : Un service simple d'utilisation, rapide : « on cherche quelque chose de simple efficace qui ne prenne pas trop de temps, un système rapide d'accès », « plus c'est simple... » l'air de dire plus ça sera utilisé par les médecins ;
- **Faciliter l'accès au service** (M1, M2)
 - o Avoir un ordinateur déjà équipé de web cam et micro pour ne pas avoir à l'installer avant la consultation (M1) ;
 - o Secrétaire parfaitement briefée à y faire appel pour tous les patients allophones (M1).

- *Avis sur la pertinence d'une sensibilisation des médecins au recours à l'interprétariat*

Pour M1, il est important d'y être sensibiliser **pendant nos études** : que nos professeurs/ maitre de stage nous servent de modèle en rendant le **recours à l'interprétariat habituel, normal**.

M2 pense que ce serait pertinent, il prend l'exemple d'un jeune remplaçant qui ne paraît pas sensibilisé à ces questions de barrière de la langue, « il n'a pas l'air inquiet de tout ça finalement, le fait de ne pas parler ».

M3 trouve vain de sensibiliser des médecins qui ne veulent pas prendre en charge un public migrant, pensant que si on s'intéresse à ce public, on a forcément un intérêt pour l'interprétariat professionnel : « voilà je pense que les gens qui sont prêts à accueillir des populations migrantes sont forcément intéressés par ce type de dispositif je... c'est quand même vachement plus agréable plutôt que de faire du google translate et faire de la médecine vétérinaire quoi ! ».

- *Intérêt d'une formation au travail avec interprète*

Pour M3 ce serait une énième formation, il est sceptique sur ce qu'elle pourrait lui apporter :

- Pas de difficulté à faire une consultation avec interprète
- N'identifie pas les bénéfiques qu'il en tirerait même s'il suppose qu'il apprendrait des choses ;
- Pas d'attente particulière pour cette formation.

M4 trouverait utile une formation car selon lui le travail avec interprète nécessite un apprentissage : « je pense que oui ça s'apprend, ça ne s'improvise pas, sinon on perd beaucoup de temps et ce n'est pas forcément efficient ».

B. Evaluation des patients allophones

1. Taux de participation

Avec l'aide des médecins expérimentateurs, j'ai pu obtenir 8 numéros de téléphone. Six patients m'ont répondu, un numéro n'a pas répondu malgré plusieurs tentatives, et un numéro n'était pas attribué. Sur les 6 patients contactés, tous ont accepté de me rencontrer pour un entretien avec interprète dans le cadre de ma thèse. Tous ont donné leur consentement oral à participer à l'étude et à être enregistré par dictaphone sans aucune difficulté ni crainte.

2. Caractéristiques de la population

Tableau 2: Principales caractéristiques des patients interrogés

Patient	Sexe	Age (ans)	Nationalité	Durée résidence en France (mois)	Situation administrative	Ressources (en euros par mois)	Couverture maladie	Lieu de vie	Composition du foyer en France
1	F	47	Géorgienne	14	Débouté asile	0	CMUc	CADA	1 couple 2 enfants
2	F	41	Géorgienne	30	Débouté asile	50	CMUc	CADA	1 couple 3 enfants
3	M	50	Géorgienne	14	Débouté asile	0	CMUc	CADA	1 couple 2 enfants
4	F	25	Soudanaise	24	Réfugiée politique	1200	CMUc	CPH	1 couple 2 enfants
5	F	27	Syrienne	14	Réfugiée politique	1200	CMUc	Logement individuel	1 couple 3 enfants
6	F	21	Erythréenne	17	Réfugiée politique	0	CMUc	Foyer pour jeunes femmes	1 femme seule

Le sex ratio est de 1/5 et l'âge moyen est de 35 ans (âges limites 21 et 50 ans)

1. Description des entretiens

Tableau 3 : Descriptif des entretiens patients

N° entretien	Lieu entretien	Durée d'entretien(min)	Langue maternelle	Langue utilisée	Nombre de consultations avec interprète visio
1	CADA	71	géorgien	russe	2
2	Café-restaurant	49	géorgien	géorgien	≥2
3	CADA	54	géorgien	géorgien	1
4	Au cabinet de son médecin	31	arabe soudanais	arabe soudanais	1
5	Au domicile	61	arabe syrien	arabe syrien	2
6	Au cabinet de son médecin	42	Tigrina	Tigrina	1

Les entretiens se sont déroulés à l'endroit de leur choix : chez eux, dans un lieu tiers, ou au cabinet de leur médecin généraliste, de mai à juillet 2019. La durée moyenne des entretiens est de 56 minutes.

La communication s'est faite avec l'aide d'un interprète par téléphone ISM, dans leur langue maternelle sauf pour la patient n°1 où l'entretien s'est déroulé en russe faute d'interprète disponible en géorgien. La patiente a assuré n'y voir aucun inconvénient, étant aussi à l'aise en russe qu'en géorgien. (cf. tableau 2).

ISM n'a pas pu donner suite à nos demandes de réservations d'interprètes ayant pris connaissance des documents envoyés.

Pour le 5^{ème} entretien, nous avons pu obtenir l'aide de l'interprète que j'avais eue pour convenir du R.V et qui était intéressée pour mener l'entretien avec moi. En précisant le nom de l'interprète souhaité au moment de mon appel, il s'est trouvé qu'elle était disponible.

En annexe n° 11 vous trouverez en introduction de chaque entretien une recontextualisation ; des données biographiques sur l'enquêté, le lieu, les circonstances dans lesquelles nous nous sommes rencontrés et s'est déroulé l'entretien, les éventuelles difficultés etc. qui ont parfois impacté le cours de notre rencontre, et qui permettent d'éclairer les réponses apportées ou l'attitude des personnes interrogées.

2. Analyse thématique des entretiens :

Ci-après, entre parenthèses, le numéro de l'entretien correspondant aux propos rapportés. Par exemple, "Google traduction au cours de la consultation (1)(4)" signifie que le patient numéro 1 et le patient numéro 4 ont utilisé Google traduction dans des consultations médicales.

- *Expérience de la barrière de la langue chez le médecin :*

En les interrogeant sur leur manière de faire pour comprendre et se faire comprendre en consultation médicale sans interprète professionnels, les patients ont décrits différents outils, moyens et attitudes mobilisés par le médecin ou par eux-mêmes :

- **Stratégies mis en place par le patients :**

La plupart ont répondu faire appel à une personne de l'entourage susceptible de traduire pour les aider à communiquer avec le médecin en consultation : notamment des enfants (1) ou encore le mari (4), une amie (5) ou de jeunes compatriotes (3)(6) :

« Je connais des érythréens qui sont ici depuis très longtemps et je les appelle et c'est eux qui m'aident » (6)

Deux patients tentent de formuler une demande d'interprète (2)(3) au médecin

Une patiente essaye de traduire ses plaintes avant d'aller chez le médecin avec internet (1) quand elle n'a aucune autre solution : « Quand il n'y a vraiment pas d'autre choix qu'il n'y a vraiment aucune solution et que je dois vraiment aller à un rendez-vous, j'écris sur un papier avant mes plaintes que j'ai traduites sur internet et ensuite j'explique au médecin » (1)

Ces propos semblent refléter aussi le fait qu'en anticipant des problèmes de communication importants, elle ne va chez le médecin que quand elle considère ne vraiment plus avoir le choix, ce qui peut vouloir dire : renoncement aux soins, ou recours aux soins tardifs.

Un patient prend sur lui, et essaye de garder son calme, pour ne pas tendre la situation :(3) « j'essaie de ne pas tendre encore plus la situation, de rester calme et de faire semblant de jouer que tout va bien, de ne pas tendre une situation déjà très compliquée... ».

On sent là beaucoup de souffrance, de frustration et de colère générés par les difficultés de communication chez ce patient, sentiments qu'il tente de camoufler comme il peut.

Plusieurs fois le mot « débrouille » (1) (2) (3), plutôt au sens négatif du terme, a été évoqué par les patients : « Je me débrouille, je galère, je leur fais comprendre... » (2) , en faisant des gestes (3), « je montre l'endroit où j'ai mal au médecin et il comprend » (3), en essayant de s'exprimer en français (2), ou en faisant des efforts pour tenter de comprendre le médecin (1).

- **Stratégies mis en place également par le médecin d'après les patients :**

Certains patients évoquent l'investissement, les efforts, le temps pris par le médecin pour se faire comprendre (1) (2).

D'autres mentionnent le recours à Google traduction par le médecin et/ou le patient au cours de la consultation (1)(4).

- **Conséquences/vécu de ces situations :**

Tous témoignent de grandes difficultés voire même de l'impossibilité à se faire comprendre, à transmettre leur message « je suis allée voir le médecin et je n'ai pas réussi à communiquer (...) je n'ai pas réussi à parler... »(4), mais également de difficultés à comprendre ce que dit le médecin, comprendre le diagnostic surtout quand les médecins utilisent des termes médicaux (1)(3)(4)(5) « Ce qui était difficile c'est la langue parlée, comme ça je peux comprendre (*faisant le geste de l'interaction entre elle et moi*) mais quand un médecin, par exemple, utilise des termes médicaux là c'est beaucoup plus compliqué » (1) « surtout quand le médecin parle c'est très difficile à comprendre, moi peut-être avec des gestes je peux m'exprimer, mais quand le médecin s'exprime ce n'est pas évident du tout » (3).

Cette piètre communication entraîne des incertitudes sur ce qui a été compris de part et d'autre (1)(6), du stress, de la frustration, de l'inquiétude et beaucoup de tension (1)(2)(3)(6) : « quand il n'y a pas d'interprète (...) je suis très inquiète, je me pose beaucoup de questions pour savoir est ce que j'ai bien expliqué ? est-ce que j'ai bien dit ? » (1) « Je suis stressée et frustrée bien sûr, je suis tendue, après je commence à m'énerver » *Concernant les médecins* : « Soit, ils essayent de faire tout pour me comprendre, soit ils s'énervent avec moi... » (2) « C'est facile à comprendre dans quelle situation on peut se retrouver quand on ne peut pas communiquer... surtout avec le médecin et il y a même des cas où je n'ai rien compris à tel point que j'ai été obligé de revenir afin de demander de résoudre le problème avec un interprète... », *j'essaie* « de rester calme et de faire semblant de jouer que tout va bien, de ne pas tendre une situation déjà

très compliquée... » (3) « Parfois je suis en colère parce que quand je n'arrive pas à communiquer avec les gens à cause de la langue ça me rend triste, ça me frustre » (6).

Une patiente évoque sa déception de ne pouvoir se faire comprendre (4) : « J'ai ressenti de la déception, je suis allée voir le médecin et je n'ai pas réussi à communiquer ».

Toutes ces difficultés entraînent chez certains le sentiment d'être moins bien soigné voire même de ne pouvoir se faire soigner du tout (2) (4) (6): « je n'ai pas pu m'exprimer et transmettre ce que je voulais dire et je n'ai pas pu être soigné (...) (Las, découragée) je me suis adressée à un autre médecin... » (2), « moi j'avais un problème de règles, mes règles ont été arrêtées pendant 1 an, et je n'arrivais pas à communiquer à dire au médecin, eux aussi ils n'ont pas fait grand-chose » (6).

Cette mauvaise qualité de soins peut être à l'origine pour certains d'une rupture de prise en charge, et les contraindre au nomadisme médical (2), (5) : « je me suis adressée à un autre médecin... » (2), « une autre fois on était chez le médecin à la MDSI, il n'y avait pas de traducteur, je ne l'ai pas comprise elle ne m'a pas comprise donc je ne suis jamais revenue la voir... » (5).

Une patiente fait même part de sa colère contre les médecins qui ne font pas appel aux interprètes professionnels, considérant que c'est le devoir du médecin d'avoir recours à des interprètes pour les patients allophones, qu'ils sont en faute s'ils n'y font pas appel et transfèrent ainsi leur responsabilité sur les épaules du patient qui doit se débrouiller autrement (6) : « Le médecin n'a pas fait appel aux interprètes du coup c'est moi qui appelais parfois des gens que je connais et qui m'aidaient pour communiquer avec les médecins donc c'est moi qui appelais mais pas les médecins », « C'est la faute des médecins qui normalement devraient appeler un interprète pour communiquer avec les personnes comme moi, s'ils ne l'ont pas fait, en fait je ne peux rien dire... ».

Cette dernière phrase renvoie au fait qu'effectivement, en cas de non-reconnaissance de son besoin d'interprétariat par le médecin, le patient se sent impuissant.

- *Vécu de l'interprétariat informel*

- **Spécificité du recours aux enfants :**

Une patiente évoque très bien son embarras à solliciter les enfants pour traduire au cours d'une consultation, et ses inquiétudes quant aux conséquences de les impliquer ainsi dans la maladie : « Pour moi ce n'est pas très agréable que mon fils puisse entendre parler des maladies. Je pense qu'il est trop petit, et entendre parler des problèmes de santé d'un autre enfant... moi je

préfèrerais qu'il n'entende pas tout ça, (...) parce qu'après il pose des questions (...) ça l'inquiète... » (1) « Les médecins ne veulent pas que mon fils soit mon interprète mais parfois quand il n'y a pas de solution j'y vais quand même avec les enfants... » (1).

Pourtant, malgré ses réticences et les inquiétudes évoquées, qui sont également partagées par le médecin, c'est souvent la seule possibilité de communiquer : « les médecins ne veulent pas que mon fils soit mon interprète ! Il est petit donc il ne faut pas qu'il écoute tout ça, les maladies, pour le protéger (...) mais parfois quand il n'y a pas de solution j'y vais parfois quand même avec les enfants... », « le fait que pour parler de santé il y a cette barrière de la langue, c'est compliqué... » (1).

- **Mauvaise maîtrise de la langue et des techniques d'interprétariat :**

La plupart des patients ont une confiance moindre en terme de qualité d'interprétariat par rapport à un interprète professionnel (1), (3), (5) (6) : ils émettent des doutes sur la qualité de l'interprétariat, de la traduction proposée par les interprètes informels: « On ne peut pas comparer le niveau de l'interprète professionnel à celui d'un jeune qui a appris la langue comme ça, en fait ce n'est pas des professionnels, je préfère avoir un interprète que ce soit par téléphone ou par visio-conférence plutôt qu'un jeune bon... j'ai plus confiance en un professionnel » (3), « Quand vous prenez quelqu'un « de la rue » après j'ai des doutes, est ce qu'elle a bien traduit ? est-ce qu'elle a tout traduit ? » (1).

Cette moindre confiance se traduit par la Crainte d'omissions, d'approximations dans la traduction des interprètes informels, à l'origine d'incompréhensions et de malentendus (1), (3),(5),(6) « mes compatriotes, ils ne maîtrisent pas la langue très bien et du coup ils ne comprennent pas tout ce que dit le médecin du coup ils traduisent la moitié et c'est un peu compliqué pour comprendre tout parce qu'ils ne maîtrisent pas très bien la langue » (6).

Les patients pointent les difficultés à traduire avec exhaustivité et précision notamment lorsqu'il s'agit de termes médicaux : « L'interprète professionnel il va pouvoir traduire en détails, alors qu'avec une autre personne, ça ne sera pas la même chose, car il s'agit aussi de termes médicaux » (1).

L'interprète de « fortune » dépêché au chevet d'un patient peut en outre parler un dialecte différent entraînant des malentendus, des incompréhensions, des omissions: (5) : c'est le cas d'une patiente pour laquelle on a fait appel à un membre du personnel de l'hôpital censé parler "arabe" « on a eu du mal à se comprendre (...) parce que les dialectes du Maghreb sont très différents de l'arabe d'orient », « Je n'ai pas eu l'impression qu'elle m'ait bien comprise parce

que je lui ai évoqué plusieurs problèmes (...) qui me dérangent et elle ne les a pas traduits au médecin » « donc j'en ai déduit qu'elle n'avait pas compris tout ce que je lui disais, elle le comprenait mal et elle ne le traduisait pas... ».

Un patient exprime par ailleurs sa gêne, son embarras à exposer ses problèmes devant des interprètes informels de la communauté « Quand on y va pour ses propres problèmes, ce n'est pas très gai, pas très agréable que quelqu'un soit encore au courant. » (3).

Par ailleurs les interprètes informels ne sont pas toujours disponibles, l'organisation d'une consultation avec un interprète informel peut être complexe pour le patient (6) : « c'est très compliqué parfois ils n'ont pas de temps, ils sont au travail » (6).

C'est malgré tout souvent une aide précieuse à la compréhension/communication en consultation, d'autant plus apprécié que l'interprète informel est un proche, est une personne de confiance : (4), (5) (6) « J'ai une meilleure compréhension quand mon mari est là » (4), « Je n'ai jamais eu de problème, quand je parle avec le médecin et mon amie palestinienne, on se comprend très bien parce que ça fait longtemps qu'elle est là » (5).

Encore une fois le recours aux interprètes informels, s'il permet de communiquer tant bien que mal, génère souvent de la colère, de la frustration de ne pouvoir bien communiquer et donc de se faire mal soigner (5)(6): « J'étais furieuse en sortant de l'hôpital parce que j'avais vraiment mal au dos et j'ai senti que la traductrice ne m'avait pas aidée (5), « Parfois je suis en colère parce que quand je n'arrive pas à communiquer avec les gens à cause de la langue ça me rend triste, ça me frustre » (6).

Ces sentiments négatifs ont été « moteurs » pour l'apprentissage de la langue française chez une patiente, en quête de plus d'autonomie chez le médecin : « et je me suis dit à moi-même « il faut absolument que j'apprenne la langue parce qu'il n'y a personne qui peut expliquer mieux que moi ce que je ressens » » (5).

- *Expérience passée de l'interprétariat professionnel :*

- **Des expériences positives en milieu médical :**

Deux patients ont pu bénéficier d'un interprète professionnel lors de séjours hospitalier à Bordeaux, notamment à des moments clefs de la prise en charge (1)(3) : « lorsqu'il y a eu des informations importantes à passer dans ces cas-là ils ont fait appel à l'interprète mais bon ils ne peuvent pas appeler tout le temps un interprète, donc ils l'ont appelé à deux reprises, il a traduit

les informations les plus importantes, quand il fallait signer (*le consentement à la chirurgie*), et dans les suites de l'opération : il m'a expliqué absolument tout » (1).

En dehors de ces temps de traduction, la patiente explique que le personnel soignant faisait tout pour se faire comprendre avec google traduction et que ça a été une expérience agréable pour elle.

Une patiente bénéficie régulièrement en soins psychiatriques, à l'EMPP, de l'aide d'une seule et même interprète « je vais chez un psychiatre (*à l'EMPP*) où notre entretien est traduit par l'interprète et ça se déroule bien, il parle en russe », « elle est très bien l'interprète, depuis que je suis suivie là-bas j'ai toujours la même interprète » (2).

- **Expériences négatives avec des institutions administratives** (1)(2)(3) :

Deux patients racontent leurs mauvaises expériences d'interprétariat au CADA : une première où l'interprète aurait dénaturé, déformé le sens de ce qu'il était censé traduire aboutissant, in fine, à leur expulsion du CADA : « un interprète est venu au CADA, je devais signer des papiers, moi j'ai dit que je ne vais pas signer car je ne sais pas ce qui est écrit sur le papier, et l'interprète a dit : « ce qui est écrit, c'est que vous avez eu connaissances des informations, de vos droits, et donc que vous êtes d'accord qu'on vous a donné toutes ces informations », mais après j'ai su que j'avais signé un papier comme quoi j'étais d'accord pour quitter le CADA, mais ce n'est pas ce que l'interprète m'a dit... » (1). Une deuxième où la patiente pouvait juger de la mauvaise qualité de traduction, grâce au niveau de français acquis : « A présent je comprends le français et je comprends ce que dit l'interprète et la qualité de traduction » « Ça m'est déjà arrivé de signaler une mauvaise qualité d'interprétariat et on a changé d'interprète », où ? « Au CADA, c'était un interprète par téléphone » (2).

Enfin, un patient débouté de l'asile, relate avec amertume qu'il s'est rendu compte a posteriori, en prenant connaissance des enregistrements de son audience à l'OFPPRA, que l'interprète avait déformé ou mal compris leurs propos : « par exemple à l'OFPPRA l'interprète ne traduisait pas ce que je disais parce que l'enregistrement qu'on a eu après a révélé que ce n'est pas ça qu'on a dit » (3).

Seulement une patient n'avait pas d'expérience antérieure d'interprète professionnel (6).

• *Présentation du dispositif de visio-conférence chez le médecin généraliste*

La plupart des patients ont été informés par l'interprète lui-même qu'il était soumis au secret professionnel (1), (2), (4), (5), (6).

Un patient ne l'a pas été et il le regrette (3) : « je préfère que la confidentialité soit assurée, parce que c'est déjà assez gênant qu'une tierce-personne intervienne mais bon d'autant plus, c'est très important pour moi qu'on m'assure que les propos resteront confidentiels » (3).

Une patiente nous a fait part de sa surprise quant au dispositif de visio-conférence : « on était déjà au courant qu'on allait avoir un interprète mais on ne savait pas que ça allait être par skype, on pensait que ça allait être un interprète par téléphone ou que quelqu'un viendrait mais quand on est venu on a découvert que c'était par « skype » » (...) « c'était bien la première fois que je voyais cela ! » (1).

- *Avis global sur l'expérience d'interprétariat par visio-conférence :*

Deux patientes parlent spontanément de problème technique (1)(5), qui ont été gênants pour l'une : « Au départ en visio-conférence il y avait un problème de son...La reconnexion a été longue, il a fallu du temps pour restaurer la connexion », « ça m'a gêné parce que je dois me concentrer, tendre l'oreille pour entendre ce que l'on vous dit » (1), (nous verrons qu'elle trouve quand même plusieurs avantages à la vidéo un peu plus tard), sans conséquence sur le bon déroulé de la consultation et même plutôt bénéfique en termes d'impact sur sa relation avec le médecin pour l'autre (cf infra) : « Mais Dr* eut beaucoup de mal au début (*rires*) à mettre en place l'appareil avant que ça marche » Quand a enfin pu se connecter : « Oui ça a très bien marché jusqu'à la fin, *rires* » (5).

Pour les autres globalement le recours à ACCEO a été une très bonne expérience (2)(3)(4)(5)(6) : « Quand l'interprète était par vidéo conférence je n'ai pas eu de problème »(2), « C'était deux fois et ça s'est très bien passé parce que la traductrice parlait très bien le dialecte syrien » (5)

- *Avis plus spécifique sur la vidéo, sur le fait de voir l'interprète et d'être vu*

- **Avantages :**

Pour un patient, la vidéo permet de pointer des organes pour localiser la douleur : (1) « Moi je trouve ça tout à fait normal qu'il me voit, ou que je le vois, et aussi ça peut aider par exemple si je dois montrer un organe quelconque je peux montrer et tout de suite il le voit ».

Pour beaucoup la vidéo constitue une aide à la compréhension, notamment des émotions, par la prise en compte de l'infra-verbal (1)(3)(5) « c'est bien même lorsque j'exprime des émotions, c'est mieux pour l'interprète car elle me voit, elle me regarde, ça aide l'interprète, et pour moi c'est bien aussi », « je pense que ça peut aider à la compréhension, l'interprète me voit, je le

vois, et il peut en quelque sorte « ressentir » des choses » (1). « Entre visio-conférence et interprétariat par téléphone je préfère la visio-conférence parce que si on ne comprend pas par la bouche, on peut comprendre par les yeux » (3). « Le fait que le traducteur vous voit, elle ressent un peu plus ce que vous ressentez » (5).

Un patient trouve rassurant de voir l'interprète : « En fait, le fait de la voir c'est pas mal, c'est une bonne chose »(...) « c'est rassurant de voir le traducteur » (5).

Dans le même registre, un patient préfère la vidéo car elle permet de reproduire une relation/ un échange en face à face (3) : « Je préfère la visio-conférence » *Il me fait un geste mimant l'échange en face à face et le contact visuel* : « Vous avez compris ».

Un patient n'a pas d'avis particulier, il souhaite surtout que l'interprète auquel on fait appel soit compétent (2) : « Je ne sais pas c'est la même chose (*que l'interprétariat en présentiel*), « Peu importe, surtout que les propos soient bien traduits ».

- **Inconvénients :**

Une patiente explique qu'elle serait gênée dans le cas où on ferait appel à un interprète homme pour une consultation de gynécologie (5): « Quand c'est une consultation gynécologique ce n'est pas gênant si c'est une femme, mais si c'est un homme oui je serai très gênée, *l'interprète lui demande si elle serait également gênée si elle venait voir le médecin pour un autre problème* : « dans ce cas-là non, que ce soit homme ou femme que je sois vue par le traducteur ça ne me dérange pas »

Une autre est gênée par la vidéo, par le fait de se voir mutuellement quel que soit le motif de la consultation et le genre de l'interprète (6). « Je n'aime pas beaucoup la vidéo, je préfère l'interprète par téléphone *Qu'est qui vous a gêné dans la vidéo ?* Je préfère le téléphone par rapport à la vidéo *C'est le fait d'être vu qui vous gêne ?* Oui je n'aime pas qu'on se voit je préfère le téléphone *Que l'interprète soit un homme ou une femme la vidéo vous gêne ?* Oui même si c'est une femme je préfère par téléphone ».

• *Avis concernant le professionnalisme des interprètes par visio-conférence :*

Tous les patients sont satisfaits de la qualité de l'interprétariat, de la compétence des interprètes professionnels (1)(2)(3)(4) (5) (6) : « Je n'ai pas eu de difficultés à expliquer au docteur ce que je voulais, ce que je ressentais, elle a tout traduit et le docteur a pu me prescrire les médicaments qui allaient, pour résumé c'était une très bonne expérience » (5), « à présent je comprends le

français et je comprends ce que dit l'interprète et la qualité de traduction », « chaque fois c'était la même fille, elle me plait beaucoup, elle traduit bien. » (2).

Il est intéressant de se rappeler que pratiquement tous les patients avaient déjà eu recours à des interprètes professionnels par téléphone et/ou en présentiel auparavant en contexte de soins, ils pouvaient donc comparer le professionnalisme des interprètes par visio-conférence à ceux précédemment rencontrés, et ils ont trouvé le niveau des interprètes ACCEO comparable aux autres modes d'interprétariat professionnel (1) (3) « Je ne vois pas la différence que ce soit par téléphone, skype ou en présence physique on m'explique à chaque fois très bien » (1) « Je n'ai jamais eu de problème lors des consultations médicales quel que soit le mode d'interprétariat, tout ce qui a eu lieu sur Bordeaux ça s'est très bien passé j'ai été très satisfait » (3).

- *Avis sur l'interprète professionnel communautaire :*

Pour deux patients, qu'ils partagent ou non la même culture n'a aucune importance tant que l'interprète maîtrise bien la langue (1)(3) : « quand je vais chez le médecin ce n'est pas tout à fait obligatoire qu'il soit du même pays, ce n'est pas la même chose qu'à l'OFPPRA par exemple... », « aucune importance que ce soit un russe, un géorgien ... » (1), « ça n'a pas d'importance, le plus important c'est que la personne maîtrise la langue à la perfection, après qu'il soit représentant d'une autre culture ça m'est égal »(3).

Pour d'autres au contraire, partager la même culture implique de partager exactement la même langue, et donc facilite la compréhension (2)(4)(5) : « c'est important, chaque fois j'ai eu des interprètes géorgiennes, natives (...) il faut que l'interprète comprenne bien le géorgien », « C'est surtout la maîtrise de la langue qui est importante » (2), « si j'avais le choix je préférerais quelqu'un qui partage la même culture que moi (...) parce qu'il pourrait comprendre directement ce que je voulais dire . Certains arabes ne comprennent pas facilement mon dialecte » (4), « ça s'est très bien passé parce que la traductrice parlait très bien le dialecte syrien » (5).

- *Influence de l'interprète sur la relation médecin-malade*

Pour la plupart l'interprète a eu une **influence très positive** sur la relation médecin-patient.

Cette relation passe d'abord par une bien meilleure communication médecin-patient (1), (2), (3), (4), (5), (6) : « je comprends mieux ce qu'on me dit et je transmets mes propos plus facilement » (2), « l'interprète est là pour aider c'est très important, c'est un soutien en quelque sorte, c'est grâce à lui que je peux communiquer » (3).

Des patients expliquent que la présence de l'interprète leur permet de se sentir en confiance avec le médecin (1)(2) : « Quand il y a un interprète professionnel, moi je suis en confiance ».

Ils témoignent de l'apaisement qu'apporte la possibilité de pouvoir s'exprimer librement (1)(6) : « Quand il y a l'interprète, je suis plutôt très contente, c'est très agréable, parce que c'est l'interprète qui va *m'aider à enfin pouvoir m'expliquer*, et en plus de cela je me sens apaisée, calme, je me sens libre » (1).

Le recours à l'interprétariat a contribué à renforcer la confiance d'une patiente en son médecin qui reconnaît son besoin d'interprétariat (5) : « Le Dr* est très très consciencieuse, elle voulait vraiment m'aider, elle ne voulait pas que j'appelle la traductrice bénévole pour me faire aider, elle voulait ELLE m'aider, trouver la meilleure façon de m'aider et donc cette traduction par visio-conférence ça a renforcé la confiance entre moi et le Dr*, et la compréhension »(5). La patiente s'est sentie considérée, reconnue dans son besoin de s'exprimer et de comprendre, et la persévérance de son médecin à vouloir faire appel à un interprète malgré les problèmes techniques lui a permis de constater qu'elle voulait vraiment l'aider.

Une patiente a un **avis plus réservé**, elle trouve que l'interprète instaure une distance par rapport à un médecin qui parle directement sa langue (4) : « la présence de l'interprète rend la distance plus importante entre moi et le médecin », mais elle admet que l'interprète est une condition sine qua non à la compréhension du médecin : « La présence de l'interprète c'est obligatoire pour que je comprenne » (4).

- *Avantages à être aidé par un interprète professionnel/aides apportées par l'interprète professionnel*

La plupart ont apprécié par-dessus tout la qualité et la fiabilité de la traduction, par rapport à l'interprétariat informel (1)(3)(5)(6), ils ont entièrement confiance dans la qualité de l'interprétariat professionnel : « Il y a beaucoup d'avantages, d'abord si vous prenez quelqu'un (*interprète informel*), vous n'allez pas avoir la même qualité d'interprétariat. L'interprète professionnel il va pouvoir traduire en détail, alors qu'avec une autre personne ça ne sera pas la même chose car il s'agit aussi de termes médicaux. Quand vous prenez quelqu'un « de la rue » après j'ai des doutes, est ce qu'elle a bien traduit ? est-ce qu'elle a tout traduit... ? » (1), « Je préfère avoir un interprète que ce soit par téléphone ou par visio-conférence plutôt qu'un jeune bon...j'ai plus confiance en un professionnel » (3), « un traducteur professionnel bien sûr c'est beaucoup plus fiable et garanti pour une bonne compréhension » (5).

L'interprète professionnel maitrise en outre les termes médicaux : « L'interprète professionnel il va pouvoir traduire en détail, alors qu'avec une autre personne ça ne sera pas la même chose car il s'agit aussi de termes médicaux (1).

Les patients sont rassurés que l'interprète soit tenu à l'exhaustivité de la traduction contrairement à l'interprète informel : (1) (5), (6) « C'est différent un interprète professionnel, c'est son travail, il va faire son maximum pour transmettre tout le message, il va être à l'écoute pour transmettre très bien le message. Un ami, un compatriote, il va interpréter ce qu'il a compris mais s'il n'a pas compris il ne va pas faire son maximum pour traduire, il va être moins à l'écoute je préfère maintenant l'interprète professionnel » (6), « un traducteur professionnel c'est beaucoup mieux bien sûr, parce qu'il est tenu à tout traduire, il ne peut pas négliger certains détails qu'un traducteur bénévoles pourrait ne pas prendre au sérieux ou ne pas juger important à traduire » (5).

Ce qui transparait dans ce discours, c'est la supposition d'une obligation déontologique à laquelle serait soumis l'interprète professionnel, de traduire de manière exhaustive et fidèle les propos du patient et du médecin. Sa conscience professionnelle, sa déontologie lui imposent de faire tout son possible pour restituer le plus fidèlement possible les propos tenus, obligation qu'il peut tenir grâce à des compétences que l'interprète informel n'aura pas.

Cette assurance dans l'exhaustivité de la traduction et la qualité de l'interprétariat proposé par l'interprète professionnel redonne sa liberté d'expression au patient (1) (6): « parce que l'interprète professionnel maîtrise bien la langue, dans ces cas-là je peux tout dire, ça permet de tout lui dire je n'hésite pas à tout dire, au contraire (*d'un interprète informel*) (1) , « Je peux expliquer, m'exprimer sans hésitation, sans timidité, j'ai une plus grande liberté pour m'exprimer avec un ami c'est compliqué quand je parle je n'ai pas la liberté car il comprend mal les choses, c'est difficile de demander à quelqu'un de la rue de m'aider, j'ai la liberté de m'exprimer sans hésitation » (6).

Même si ce n'est pas dit directement, on peut comprendre aussi de ces propos que l'interprète professionnel permet un plus grande confidentialité quand une patiente dit qu'elle peut s'exprimer « sans timidité » ou encore qu'une autre affirme qu'elle « n'hésite pas à tout dire ».

Ils expriment par ailleurs l'apaisement et le soulagement que procure l'interprète qui leur permet de pouvoir enfin s'exprimer sans doute sur ce qui est transmis de part et d'autre (1) (6) : « c'est très agréable, parce que c'est l'interprète qui va m'aider à pouvoir enfin m'expliquer, et en plus de cela je me sens apaisée, calme parce que quand il n'y a pas d'interprète au contraire

je suis très inquiète, je me pose beaucoup de questions pour savoir est ce que j'ai bien expliqué ? est-ce que j'ai bien dit ? au contraire avec l'interprète je me sens calme, je me sens libre », « cela m'aide beaucoup, « dans mon âme » je suis plus apaisée avec l'interprète » (1), « quand le médecin appelle un interprète, je me sens bien » (6).

Pour les patients, l'interprète est un soutien de la communication médecin patient, une aide pour se faire comprendre, et pour comprendre le médecin (2)(3)(4)(5) : *l'interprète permet de* « faire comprendre exactement ce que je veux dire, et pour comprendre le médecin », « l'interprète est là pour aider c'est très important, c'est un soutien en quelque sorte, c'est grâce à lui que je peux communiquer, je compte sur l'interprète, c'est une personne de confiance » (3). « J'ai pu comprendre ce que disait le médecin et dire ce que je voulais dire » (4).

Pour une patiente, l'interprète permet une meilleure qualité des soins, une prise en charge adaptée :(5) : «je n'ai pas eu de difficultés à expliquer au docteur ce que je voulais, ce que je ressentais, elle a tout traduit et le Dr* a pu me prescrire les médicaments qui allaient».

- *Inconvénients à être assisté d'un interprète/difficultés ressenties avec un interprète professionnel :*

Un patient exprime sa gêne de devoir s'exprimer en présence d'une tierce-personne autre que son médecin (3) : « Que ce soit un interprète physiquement présent, par téléphone ou par visio-conférence, dans tous les cas on se sent gêné, il est préférable de communiquer en direct avec le médecin pour que seul le médecin soit au courant ».

Il nuance son propos en précisant toutefois que l'interprète est une aide en cas de « barrière linguistique » : « mais bon quand on ne peut pas parler, c'est l'interprète qui compte », « l'idéal serait de rentrer en contact directement avec le médecin quand on maîtrise la langue, mais si ce n'est pas le cas, l'interprète au contraire ça aide » (3).

Il faut également préciser que ce patient n'avait pas été informé que l'interprète était soumis au secret professionnel comme le médecin.

- *Attentes vis-à-vis d'un interprète professionnel :*

Comme développé plus haut, les patients accordent une grande importance à la fidélité, la précision, l'exactitude de la traduction,(1)(2)(3)(4): « le plus important, c'est que l'interprète puisse retranscrire exactement ce que je vais dire pour que le médecin puisse comprendre ma maladie, c'est ça le plus important » (1), « la seule chose c'est que l'interprète traduise exactement ce que dit le médecin et vice versa, c'est juste l'exactitude qui compte » (3).

Pour ce faire, bien sûr les patients attendent des interprètes professionnel une bonne maîtrise de la langue pour une traduction de qualité (2)(4) : « Un bon interprète c'est quelqu'un qui comprend bien et qui parle bien pour transmettre le message au médecin » (4). « Il est très important que la traduction soit correcte étant donné ce que cela concerne la santé de la personne » (2).

Il doit être capable au-delà de la transcription mot à mot de retranscrire le sens de la pensée, le sens du discours (3) : « L'interprète professionnel c'est la personne qui est capable de traduire mot à mot et exprimer la pensée, le sens de la pensée, en respectant strictement ce qu'on dit (...) peut-être pas mot à mot ce n'est pas possible mais le sens du discours »

Ce qui ressort de manière très claire, c'est l'attente comme on l'a vu précédemment d'une traduction exhaustive : *Le traducteur professionnel* : « il est tenu à tout traduire, il ne peut pas négliger certains détails qu'un traducteur bénévole pourrait ne pas prendre au sérieux » (5), « je veux que l'on m'explique bien, que l'interprète fasse des efforts pour pouvoir bien détailler tout ce que le médecin dit, parce que c'est important par exemple par rapport à mon enfant chez le médecin, parfois je pose des questions pour comprendre, j'attends que l'interprète puisse bien bien bien m'expliquer» (1).

Outre ses compétences linguistiques l'interprète professionnel doit faire preuve de politesse, courtoisie, bienveillance (2) : « Qu'il soit surtout poli, qu'il ne soit pas rude », ou encore d'empathie, de compassion et de compréhension (5) commentaires de l'interprète du patient 5 : *on sent que pour elle ce qui importe vraiment c'est que la personne, pas seulement la comprend mais la ressent, ressent ce qu'elle veut ce qu'elle dit ses souffrances ses douleurs donc voilà...il n'y a pas que la traduction dans ce qu'elle cherche, y'a aussi la compassion et la compréhension.*

On sent que dans le cadre d'une traduction exacte et exhaustive, l'angoisse liée à l'incompréhension avec le médecin ne vient plus se surajouter à celle liée à la maladie, aux craintes pour sa santé ou celles de ses proches. Chez le médecin, on aborde des sujets très intimes qui font parfois surgir des angoisses profondes voire des angoisses de mort, et pour lesquels le besoin de communication optimale est clairement exprimé par ses patients : « Il est très important que la traduction soit correcte étant donné ce que cela concerne la santé de la personne ».

- *Préférence quant au mode d'interprétariat chez le médecin généraliste :*

Presque tous insistent sur la nécessité d'avoir accès à un interprète professionnel (1) (2)(3)(5)(6) : « C'est indispensable... » (2) :

- Peu importe le mode (1) : « Un interprète professionnel, peu importe le mode, le plus important c'est que je puisse bien comprendre, que ce soit en skype, par téléphone... cela n'a pas d'importance » (1) ;
- Peu importe, avant de donner une préférence (3), (5) : « Le plus important c'est la qualité de la traduction, quel que soit le mode ça m'est égal, le plus important c'est la compétence de l'interprète »(3), « du moment qu'il y a une traduction disponible c'est déjà pas mal »(5) ;
- Interprète en présentiel et à défaut, en visio-conférence (2) (3) (5) : « en général il est préférable que ce soit un interprète professionnel », « physiquement présent et peut-être par vidéo/visio-conférence », « comme les interprètes ne peuvent pas aller partout physiquement il est peut-être mieux d'en avoir par visio-conférence » (2), « je préfère l'interprète physiquement présent, on se regarde dans les yeux, on voit comment la personne traduit, en même temps je veux dire que même si c'est par téléphone ça ne me pose pas de problème, je préfère physiquement présent mais je suis tout à fait d'accord pour que ça soit fait par téléphone, « mais entre visio-conférence et interprétariat par téléphone je préfère la visio-conférence parce qu'on si on ne comprend pas par la bouche, par ce qu'on dit avec la bouche, on peut comprendre par les yeux » (3) ;
- Interprétariat par téléphone : (6) « Je préfère par téléphone, ensuite par visio-conférence et ensuite un interprète en déplacement ».

Une patiente souhaite plutôt se faire aider de son conjoint qui semble être sa personne de confiance (4) : « Mon mari, parce que mon mari connaît tout sur moi ».

Une patiente aimerait pouvoir choisir le genre de l'interprète en fonction des problèmes abordés : (4) « Je préfère que l'interprète soit une femme (...) quand je parle de mes problèmes (...) si ça avait été un homme, j'aurais continué mais je n'aurais pas été à l'aise » (4).

Deux patients, même s'ils insistent sur leur préférence pour l'interprétariat professionnel comme mode d'assistance linguistique, expliquent qu'ils aimeraient, dans l'idéal, pouvoir communiquer directement avec leur médecin (3) (5) : « Dans l'idéal c'est que le Dr soit arabe et qu'il soit un bon Dr », « l'idéal bien sûr pour finir c'est qu'il n'y ait pas..., la meilleure façon serait d'apprendre la langue pour qu'il n'y ait pas de traducteur... » (5). « L'idéal serait de

rentrer en contact directement avec le médecin quand on maîtrise la langue, mais si ce n'est pas le cas l'interprète au contraire ça aide » (3).

- *Commentaires :*

Trois patients ont exprimé leur gratitude envers l'enquêteur quant au fait de leur donner la possibilité de s'exprimer sur l'interprétariat (1)(3)(6) « C'est très très plaisant de parler de ça avec vous, d'être venue chez moi, de m'avoir choisi pour répondre à toutes ces questions en lien avec l'interprétariat et je vous remercie. » (1). « Et je voudrais ajouter, je vous remercie sincèrement pour les efforts que vous faites pour améliorer la vie des gens comme nous, pour améliorer la qualité de notre vie... » (3). « Merci beaucoup, depuis mon arrivée en France je n'ai jamais eu la possibilité de m'exprimer avec cette proximité, comme ça je suis contente. Merci pour cette entretien, merci de votre aide » (6).

C. Déterminants du non-recours chez les médecins non-utilisateurs du dispositif d'interprétariat professionnel

1. Taux de participation

Nous avons mis à jour la liste des médecins transmise par la PSV car certains médecins étaient partis à la retraite, ou s'étaient installés ailleurs. Sur 72 médecins signalés par la PSV, 11 n'exerçaient plus au moment de notre enquête dans les quartiers cités. Au total nous avons donc une liste à jour de 61 médecins, de laquelle nous avons retiré les 4 médecins expérimentateurs, et les 3 médecins ayant accepté d'installer le dispositif sans en faire usage, soit 54 médecins.

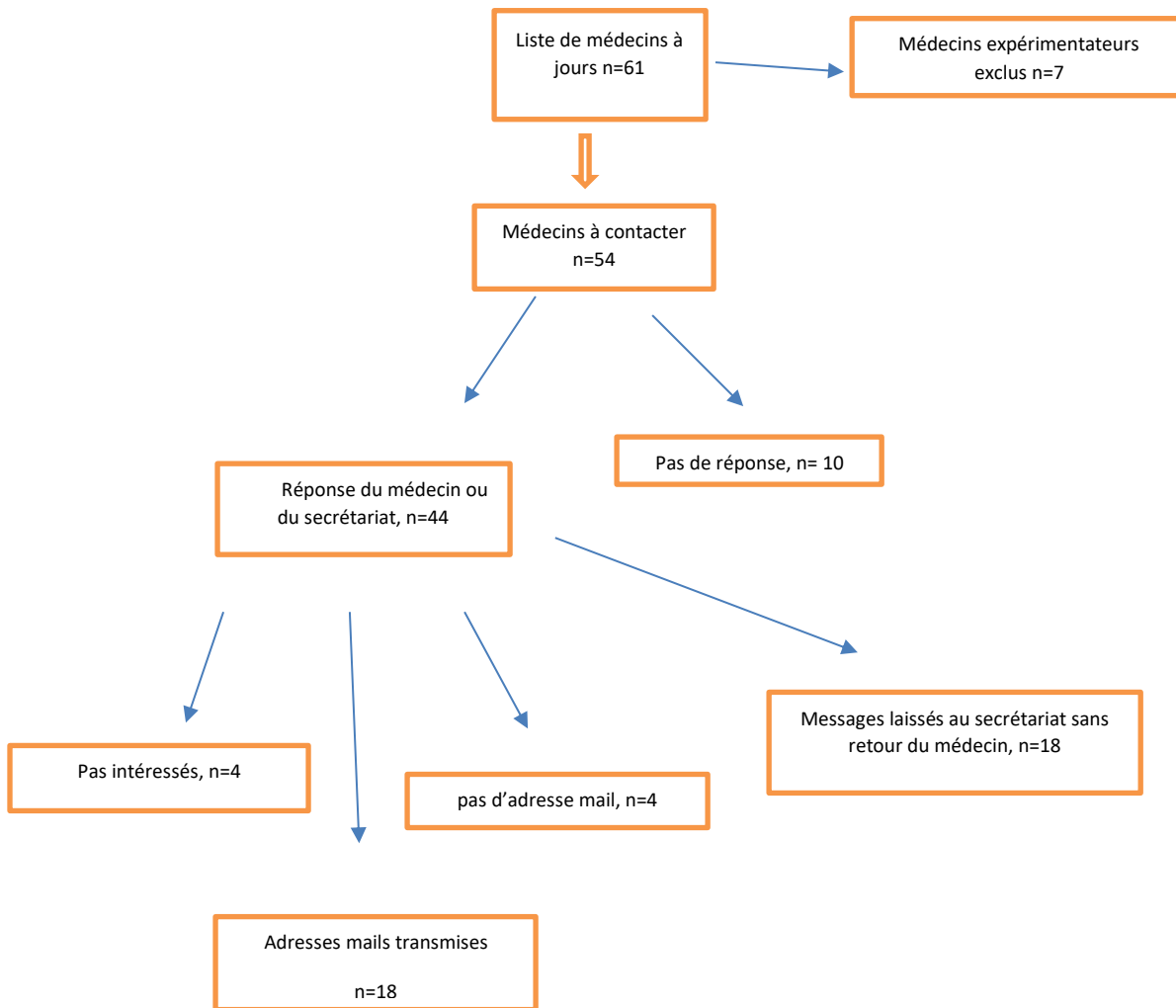


Figure 1 : Algorithme d'inclusion des médecins non-expérimentateurs

In fine, sur les 18 questionnaires envoyés par mail, nous avons reçu 15 réponses

2. Analyse des réponses aux questionnaires

a) Nombre de patients allophones reçus par semaine au cabinet

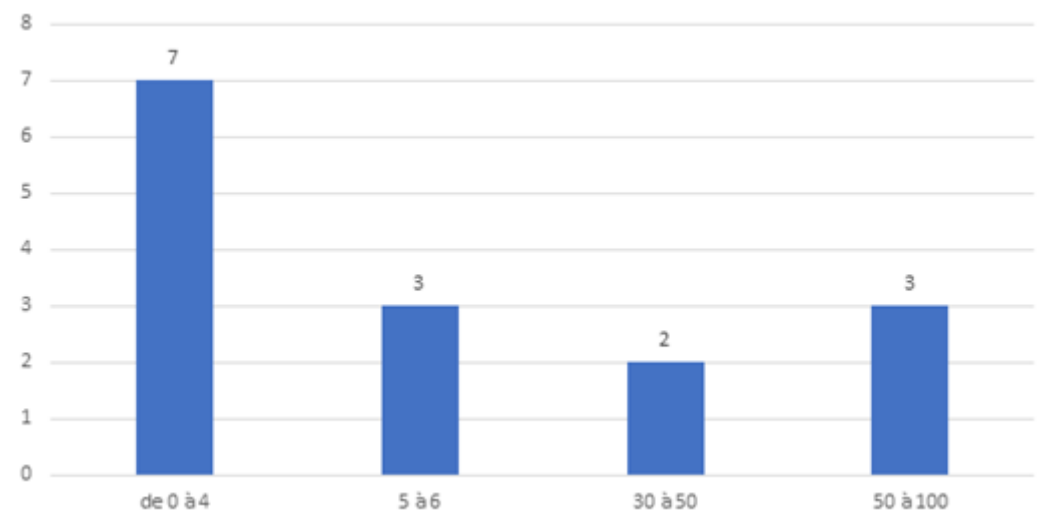


Figure 2 : Nombre de patients allophones reçus par semaine (en abscisse le nombre de patients vu, en ordonnée le nombre de médecins)

Les médecins interrogés accueillent pour la plupart régulièrement des patients allophones à leur cabinet, et 5 médecins, soit près de 33%, en voient même 30 ou plus par semaine (jusqu'à 100 déclaré pour 1 médecin) : les médecins 1, 2, 6, 7 et 11.

20% en voit 5 ou 6 par semaine, 47% en reçoit 4 ou moins.

b) Moyens actuels de communication utilisés en consultation avec des patients allophones



Figure 3: Moyens de communication en l'absence d'interprète

80 % des médecins interrogés déclarent parler une ou des langues étrangères pour communiquer en consultation avec ces patients.

66% déclarent avoir recours aux proches, amis, famille pour assurer la traduction.

La majorité déclare utiliser 3 ou 4 moyens de communication, et ceux qui voient le plus de patients allophones par semaine utilisent d'avantages les différents outils combinés (les médecins 1, 2, 6 et 7 qui voient plus de 40 patients allophones par semaines déclarent utiliser ces 4 méthodes).

c) Satisfaction concernant les moyens actuels de communication avec leurs patients allophones

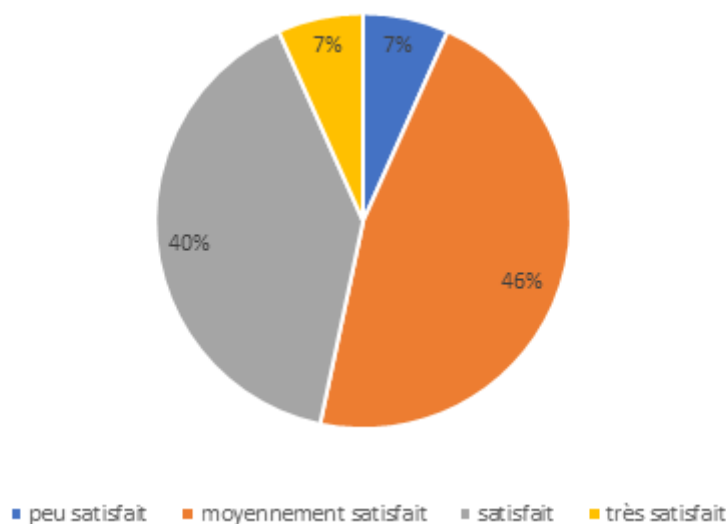


Figure 4 : Satisfaction des médecins en l'absence d'interprète professionnel avec les patients allophones

1 : pas du tout satisfaisant : 0

2 : un peu : 5

3 moyennement : 1,2, 13, 12, 10, 8, 7

4 satisfaisant : 3, 14, 15, 6, 9, 11

5 : tout à fait satisfaisant : 4

La majorité des médecins interrogés (53 %) n'est que moyennement ou peu satisfaites des moyens de communication auxquels ils ont recours en consultation avec les patients allophones.

Parmi les 7 médecins satisfaits ou très satisfaits, 3 font partis des 5 en recevant plus de 30 par semaine, et 2 n'en voient qu'1 en moyenne par semaine.

Le médecin se déclarant tout à fait satisfait a répondu pratiquer une ou des langues étrangères, et utiliser des gestes, mimes etc.

d) Difficultés ressenties dans la communication avec les patients allophones

- Difficulté à comprendre le patient, notamment les motifs de consultation du patient, (1)(5) et à faire un interrogatoire complet (8) (10) ;
- Difficulté à expliquer la prise en charge proposée (1), à faire comprendre les examens complémentaires et médicaments prescrits, avec des doutes sur ce qui a été compris ou non (8), ce qui peut entraîner selon le médecin (8) :
 - Une probable mauvaise observance par incompréhension de la conduite à tenir
 - Plus d'examens complémentaires prescrits par le médecin pour être sûr de son diagnostic :

« Si le patient ne parle pas une des langues que je parle (anglais-italien-français) et qu'il n'est pas accompagné par quelqu'un parlant français, je trouve compliqué de savoir exactement le problème et d'expliquer ensuite le traitement. Je pense que je demande plus d'examens complémentaires pour être sûre et que le traitement est moins bien suivi. » (1)

- Difficultés notamment pour des prises en charge ou traitements jugées complexes (7) ;
- Difficultés à “faire de la prévention” (2) ;
- Difficultés à expliquer la maladie (2) ;
- Difficulté à avoir une vision d'ensemble sur le parcours de soins/le parcours médical, les examens déjà réalisés, les consultations antérieures (1) (10) : « De plus, dans ce cabinet qui suit une population majoritairement défavorisée (personnes vivant en squat, SDF, migrants), il est alors difficile de comprendre le parcours médical réalisé en amont (par MDM ou autre notamment) et de les aider dans les démarches sociales et administratives. » (1), « précision de l'historique médical insuffisant » (10) ;
- Difficulté à les aider dans les démarches sociales et administratives (1) ;
- Consultation longue (2), (3) : « google trad prend beaucoup de temps » (2) ;
- Difficulté à obtenir des interprètes (2) ;
- Limites de google trad : (2), (6) : selon ces médecins, certaines langues ne sont pas disponibles, la traduction est médiocre, cette méthode n'est pas adaptée aux patients qui ne savent pas lire, et elle est très chronophage ;
- Difficulté quand le patient ne maîtrise pas une langue parlée par le médecin (1), (9), (12) : « Si le patient ne parle pas une des langues que je parle (anglais-italien-français)»

(1), « Patient parlant pas du tout le français et parfois comprenant très mal l'anglais !!! »

(12)

- Difficultés liées à la « barrière culturelle » : « Malheureusement leur religion... » (4), « Plus culturelles que linguistiques » (15)

4 et 15 sont respectivement très satisfait et satisfait des moyens mis en œuvre pour communiquer, et ont l'air de considérer que les différences culturelles sont une entrave plus importante que la question de la langue dans la communication avec les patients allophones.

- Difficulté à expliquer le système de soins français (11)
 - Notamment la nécessité de prendre RV. le système de RV programmé, les délais d'attente pour des RV spécialistes etc.

13 et 14 n'ont pas répondu, est-ce à dire qu'ils n'ont aucune difficulté ? 13 n'est que moyennement satisfait de sa communication avec les patients allophones.

e) *Souhait quant à la possibilité d'avoir accès à un service d'interprétariat linguistique professionnel*

Les deux tiers des médecins ont déclaré souhaiter avoir accès à un service d'interprétariat linguistique professionnel et un tiers ont répondu non.

Les médecins ne souhaitant pas y avoir accès sont les :4, 9, 10, 13, 15, pour des raisons que nous développons ci-après.

4 était très satisfait de ses méthodes de communication actuelle, 9 et 15 étaient satisfaits, 10 et 13 moyennement satisfait.

15 réponses

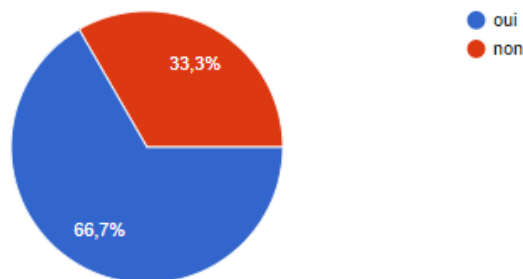


Figure 5: *Souhait d'avoir accès à un service d'interprétariat professionnel*

f) Connaissance de la possibilité de faire appel à des interprètes professionnels dans le cadre d'une expérimentation dans le quartier où ils sont installés

15 réponses

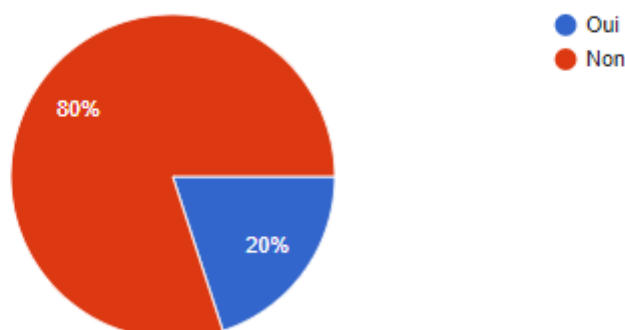


Figure 6 : Connaissance du dispositif d'interprétariat professionnel

80 % des médecins interrogés déclarent ne pas être avoir été informés de la possibilité de faire appel à des interprètes professionnels dans le quartier où ils exerçaient.

4, 13, 15 étaient informés. 4 et 15 sont respectivement très satisfait et satisfait sans interprète professionnel, 13 est moyennement satisfait.

Tous ceux qui souhaitaient pouvoir faire appel à un service d'interprétariat professionnel en question 5 n'étaient pas au courant de la possibilité d'y avoir recours dans leur quartier.

g) Raisons pour lesquelles les médecins informés n'y ont pas fait appel

Les 3 médecins qui étaient informés de cette possibilité n'y ont pas fait appel pour les raisons suivantes :

- Manque de temps (13) ;
- Car se débrouille autrement (4) « Tant que je peux me débrouiller seule » ;
- Expérimentation terminée (15) ;
- Achat de l'équipement à la charge du médecin (15) ;
- Mode de fonctionnement (réservation) incompatible avec la gestion du planning d'un cabinet médical (15).

Il est intéressant de noter que le médecin 15 n'explique pas son non-recours par sa satisfaction déclarée en consultation avec des patients allophones, mais par des entraves logistiques,

organisationnelles. 4 est très satisfait et “se débrouille autrement” ce qui est cohérent. 13 est moyennement satisfait mais manque de temps.

h) Intérêt des médecins non informés à y avoir recours :

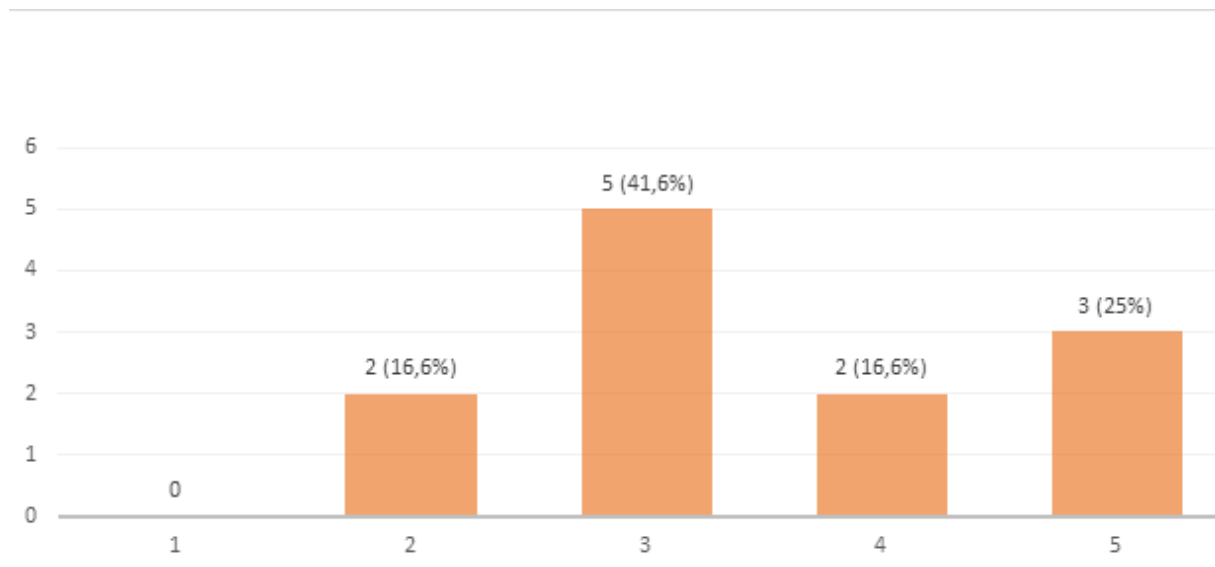


Figure 7 : Intérêt des médecins pour un service d’interprétariat par visio ou en présentiel mesuré avec une échelle de Likert : réponses cotées de 1 (pas du tout intéressé) à 5 (très intéressé)

Parmi les 12 médecins qui n’étaient pas informés de l’existence du dispositif, 41,6 %, étaient intéressés et très intéressés et 41,6% moyennement intéressés.

Parmi les 10 médecins qui avaient déclaré souhaiter avoir recours à un service d’interprétariat professionnel à la question 5, aucun n’était informé de la possibilité d’y faire appel, 4 sont intéressés ou très intéressés par l’interprétariat en présentiel ou visio-conférence, 5 sont moyennement intéressés, et 1 ne l’est qu’un peu.

Parmi les 5 médecins qui avaient déclaré ne pas souhaiter d’interprétariat professionnel à la question 5, 3 étaient informés de l’existence du dispositif et 2 ne l’étaient pas. Les 2 médecins qui n’étaient pas informés du dispositif : 9 qui était satisfait des moyens actuels de communication a répondu “très intéressé” à l’interprétariat par visio ou en présentiel, et 10 qui était moyennement satisfait a répondu : “peu intéressé”. Les 3 médecins informés n’ayant pas fait appel ont quand même répondu à cette question qui théoriquement ne leur était pas destiné : par “pas du tout intéressé”, “un peu” et “moyennement intéressé”.

i) Les freins au recours à l'interprétariat professionnel en médecine générale mis en avant par les médecins interrogés

Des freins structurels

- Non connaissance de la possibilité d'avoir recours à l'interprétariat (1) ;
- Le coût du dispositif : (1, 2, 6, 9, 15).

Des freins liés à l'organisation de la consultation avec un interprète professionnel :

- Le temps d'organisation : (2, 4, 6, 7, 10, 13) ;
- Les délais de mise en place (6) ;
- La programmation (13) ;
- L'inadéquation entre les différents emplois du temps : médecins, patients et interprètes (11) ;
- L'absence de disponibilité (2, 13) ;
- Nécessité de prise de RV imposant des horaires stricts (15) ;
- Le manque de souplesse d'utilisation (8) ;
- Délai de réservation : « manque de réactivité » (8).

Des freins liés à la visio-conférence :

- Craintes des problèmes techniques par visioconférence (12).

Des freins liés aux problèmes de confidentialité (3, 5, 14) : « Le secret médical », « L'aspect confidentiel de la consultation »

Au total, le frein principal pour les médecins interrogés est donc l'aspect organisationnel de la consultation avec interprète, et la crainte notamment que cela leur prenne beaucoup de temps.

IV. Discussion

A. Discussion sur la méthode : forces et limites de cette étude

1. Forces :

a) Validité externe :

La validité externe repose sur l'intégration de cette étude dans la recherche « Premier Pas », avec la contribution d'anthropologue et de médecin rompus à la recherche qualitative. Malgré la faible taille des échantillons, nous verrons que les résultats obtenus sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature. Par ailleurs, les conditions d'exercice des médecins bordelais sont similaires aux conditions d'exercice des médecins français qui reçoivent le plus de patients bénéficiaires de l'AME à savoir des médecins urbains. Si on ne peut généraliser ces résultats compte tenu du faible échantillon, les résultats sont utilisables pour d'autres contextes similaires en France.

b) Validité interne :

i Choix de la méthode qualitative

Les études antérieures sur le sujet étaient pour la plupart quantitatives, essentiellement à travers des questionnaires à réponses fermées sur le niveau de satisfaction des médecins et/ou des patients. Les réponses apportées étaient déterminées à l'avance, et leur fréquence quantifiée. Notre volonté de privilégier l'étude qualitative se justifiait par le fait qu'il s'agissait de s'intéresser au ressenti, au vécu de la consultation avec interprète professionnel par visio-conférence, du point de vue des patients et des médecins. Nous voulions nous intéresser à son adéquation avec la pratique de la médecine générale, aux bénéfices de l'interprétariat professionnel, aux attentes des patients et des médecins etc..., au-delà de la simple satisfaction pour cette méthode peu répandue d'interprétariat, et qu'on ne peut « mesurer » avec des questionnaires. Par ailleurs, le choix d'une analyse s'inspirant de la théorie ancrée a permis de faire émerger des données peu explorées.

En outre, avec 4 médecins et 6 patients dans l'expérimentation, l'enquête qualitative permettait de recueillir beaucoup plus d'informations qu'un questionnaire quantitatif à réponses dichotomiques ou QCM. Le domaine étant encore peu étudié, il fallait donner l'opportunité au médecin et patients de s'exprimer plus librement sur ce qu'ils ressentaient sur le sujet.

Les entretiens semi-structurés permettaient toutefois d'aiguiller sur des thèmes prédéfinis et de décrire le profil sociodémographique des personnes interrogées. Ils permettaient en outre d'avoir des réponses "standardisées" sur la satisfaction notamment, qui était notre objectif principal.

ii L'originalité des résultats :

Encore trop peu d'études ont été réalisées sur l'interprétariat en santé en France, et les témoignages recueillis dans cette étude qualitative sont inédits puisqu'aucune étude en France ne s'est intéressée à l'interprétariat par visio-conférence. Aussi, très peu d'études dans le monde se sont penchées sur le vécu des deux parties prenantes de la consultation avec interprète par visioconférence : médecins et patients, et très peu d'études en France ont exploré les logiques du non-recours à l'interprétariat linguistique en médecine générale. En outre, c'est la première étude réalisée sur l'interprétariat en médecine générale en Nouvelle-Aquitaine.

iii Le recueil du vécu des patients allophones

Souvent, les évaluations réalisées sur un service d'interprétariat en médecine ne s'intéressent qu'au point de vue des médecins. En intégrant notre étude dans la recherche "premier pas" avec le concours des interprètes ISM, nous avons eu la chance de pouvoir interroger des patients allophones sur leur vécu des consultations avec interprètes professionnels. Ces témoignages sont rares et très précieux. Les patients ont également exprimé leur gratitude quant au fait de pouvoir s'exprimer sur l'interprétariat, nous ont remercié de nous intéresser à leurs opinions, leur point de vue sur ce sujet. Certains nous ont dit s'être sentis honorés. Il est important de se rappeler en outre que tous les patients contactés ont accepté de participer à l'étude.

iv La triangulation des sources

La triangulation des sources était garantie par le fait d'interroger à la fois les médecins expérimentateurs, les patients ayant bénéficié de l'interprétariat ACCEO, et les médecins n'ayant pas eu recours au dispositif.

v triangulation des outils

Par ailleurs, nous avons fait le choix de proposer aux médecins de remplir des questionnaires au fur et à mesure de leur expérience d'interprétariat, afin d'avoir une idée plus précise de l'usage effectif de ce service, et des motifs pour lesquels ils faisaient appel aux interprètes. Ce support a également permis d'éviter les biais de mémorisation et de donner du corps aux entretiens de fin d'expérimentation.

vi **Implication concrète :**

Enfin, cette étude devait contribuer à l'évaluation de l'expérimentation de CARE en participant à la réflexion sur la pérennisation ou non du dispositif d'interprétariat par visio-conférence par les promoteurs du projet CARE

vii **profil des chercheurs**

Fort de notre propre expérience de médecin et de l'interprétariat professionnel, nous étions légitimes à venir interroger les médecins et les patients sur leur vécu de la consultation avec interprète. Mon expérience de l'interprétariat professionnel a été une force pour la construction de l'étude comme pour la conduite des entretiens en collaboration avec ISM pour les patients.

2. **Limites :**

a) Taille des échantillons

La limite principale de cette étude est la taille de l'échantillon de médecins expérimentateurs, et par conséquent un petit échantillon de patients interrogés, qui s'explique également par une sous-utilisation du dispositif que nous explorerons ci-dessous. Il est intéressant cependant de constater que la petite taille de cet échantillon est en soit un résultat important. Devant la faible participation des médecins cibles, nous nous sommes proposés d'explorer les mécanismes de la non-participation des autres médecins éligibles.

Compte tenu du peu de participants, les échantillons ne pouvaient être représentatifs d'une population donnée, et nous ne pouvions arriver à la saturation des données dans l'analyse des résultats, ce que nous regrettons beaucoup. Nous avons tenté de contre-carrer ce biais par une analyse très fine des verbatim inspirée de la théorie ancrée.

Nous voulions également interroger les médecins et les patients concernant leur vécu des consultations avec interprètes en présentiel dans le cadre du dispositif CARE, mais cette possibilité d'interprétariat a été très peu sollicitée par les médecins des quartiers où l'expérimentation avait cours, et certaines sollicitations n'ont pu aboutir car l'association MANA n'était plus en mesure de proposer des interprètes, à la suite de son intégration au groupe SOS.

b) Biais de sélection :

i Médecins expérimentateurs

Les médecins expérimentateurs étaient des médecins volontaires pour participer à l'expérimentation du dispositif ACCEO, et leur recrutement ne faisait pas partie de la présente

étude mais revenait à la PSV. Ces médecins avaient déjà montré auparavant leur intérêt pour le dispositif CARE, ce qui peut laisser penser qu'ils ont une orientation sociale forte. Ces médecins sont pour certains des militants ayant une longue expérience de travail avec des migrants, et ont tous une sensibilité particulière et une appétence pour l'accompagnement de ce public. Les réponses lors des entretiens auraient probablement été différentes s'il s'était agi de médecins moins "engagés" dans l'accompagnement de patients à grande vulnérabilité sociale. En outre, un des médecins expérimentateurs faisait également partie du groupe de travail du dispositif CARE.

ii **Médecins non-expérimentateurs**

Les médecins non-expérimentateurs que nous avons pu interroger recevaient eux aussi fréquemment des migrants allophones en consultation, et ont probablement accepté de participer à l'enquête par intérêt pour ce public et compte tenu des difficultés qu'ils pouvaient rencontrer dans l'accompagnement de ces patients, ce qui constitue un biais de volontariat. Là aussi avec un échantillon plus représentatif de la population des médecins généralistes des quartiers de Bordeaux sud et Bastide, des réponses différentes auraient peut-être été apportées.

On peut aussi considérer néanmoins que dans la mesure où les médecins non- expérimentateurs reçoivent aussi fréquemment le public cible que les médecins expérimentateurs, les résultats que nous avons obtenu pour les 4 médecins expérimentateurs auraient également pu être retrouvés pour ces 15 médecins.

iii **Le point de vue du 3^{ème} protagoniste : l'interprète**

Nous avons également voulu connaître le point de vue des interprètes ACCEO sollicités dans le cadre de cette expérimentation, afin de recueillir le vécu des 3 acteurs de la rencontre : médecin, patient et interprète. Cela aurait permis d'avoir une vision d'ensemble de cette expérience, ce d'autant que le vécu de l'interprète professionnel dans les études s'intéressant à cette relation triadique est rarement pris en compte.

Malheureusement, nos demandes auprès d'ACCEO par téléphone et puis par mail sont restées lettre morte.

c) **Biais de recueil**

i **Entretien semi directif :**

Il s'agissait de ma première expérience d'enquête par entretiens semi-directifs, ce qui a pu parfois nuire à la qualité des entretiens et générer des réponses suggérées ou induites, bien que

m'étant au préalable formée aux techniques communicationnelles de l'entretien : neutralité bienveillante et relances développées dans la partie « matériel et méthodes ».

Les entretiens avec les patients ont parfois été laborieux, notamment celui ayant eu lieu dans un café où l'interprète entendait très mal les questions posées et faisait part de son agacement, ou celui réalisée en présence du jeune enfant accaparant l'attention de sa mère et faisant beaucoup de bruit. Ces conditions ont pu me mettre en difficulté pour mener correctement les entretiens et ont également pu entraver la libre-expression et la disponibilité du patient.

Les interprètes n'avaient malheureusement pas pu prendre connaissance des questionnaires avant l'entretien. En outre, certaines questions étant un peu trop compliquées ou vagues n'ayant pu pré-tester la tram d'entretien auprès de patients allophones. J'ai eu plusieurs fois l'impression que l'interprète avait du mal à saisir le sens de la question, et à le transmettre au patient. Les réponses apportées ne correspondaient pas toujours aux thèmes explorés, mais permettaient parfois d'apporter des éléments inattendus.

Par ailleurs, j'ai éprouvé des difficultés à utiliser les techniques communicationnelles de l'entretien semi directif ; à rebondir sur les propos du patient, à faire préciser en utilisant des techniques de relances etc. compte tenu de l'échange indirect que nous avons. Malgré tout, mon expérience de l'utilisation d'un service d'interprétariat téléphonique dans le cadre de mes fonctions a été d'une aide précieuse pour la réalisation de ces entretiens.

ii **Questionnaire en ligne :**

Les réponses apportées en champs libre par les médecins non-expérimentateurs pouvaient être vagues, ambiguës ou renvoyer à différentes notions. Nous ne les avons pas recontactés pour leur faire préciser les réponses apportées. Les questions à choix prédéfinis ou réponse dichotomique ne permettaient pas de mettre en valeur d'autres comportements, point de vue ou attitudes non anticipées par l'enquêteur.

Il aurait été intéressant de mener des entretiens semi-dirigés avec les médecins non-expérimentateurs qui aurait permis de recueillir d'avantages d'informations et de réponses sur ce qui sous-tend le non-recours.

d) Biais d'analyse

Il existe par ailleurs probablement un biais d'interprétation et d'analyse puisque ce processus a été réalisé par un seul et même chercheur ayant sa propre subjectivité et sensibilité théorique sur le sujet. Il aurait été intéressant de réaliser une triangulation de l'analyse, avec un double codage.

B. Discussion : mise en perspective des résultats avec les données de la littérature

1. L'impact de l'absence d'interprète professionnel en consultation :

Une communication a minima entravant in fine la qualité des soins et le recours aux soins :

Les moyens de communication dont il est question dans cette étude en l'absence d'interprète relèvent plus de la « débrouille » que de réelles stratégies, et si ces moyens permettent une communication a minima, les médecins et les patients font part de leur grandes difficultés à comprendre et se faire comprendre mutuellement en l'absence d'interprète. Ces incompréhensions génèrent beaucoup d'inquiétude de frustration et d'angoisse chez les patients, jusqu'au sentiment d'être moins bien soignés, ou de ne pouvoir accéder aux soins. Chez les médecins, c'est l'insatisfaction qui prédomine, contraints qu'ils sont à une évaluation purement somatique rudimentaire dans un schéma souvent paternaliste. Cette insatisfaction tient finalement au fait qu'ils ne peuvent pleinement mettre en œuvre leurs savoir-faire et « savoir être », comme les compétences décrites dans la marguerite du Comité nationale des généralistes enseignants que sont l'approche globale, la prise en compte de la complexité, l'éducation- la prévention- le dépistage en santé individuelle et communautaire, l'approche centrée-patient, le suivi et la coordination des soins autour du patient, qui font tout l'intérêt et la beauté du métier de médecin.

Les résultats d'une étude menée à Bordeaux sur les médecins généralistes et la barrière linguistique montraient également l'insatisfaction des médecins en consultation avec des patients allophones compte tenu des difficultés de communication et du fait qu'ils ne pouvaient « développer complètement leur « art » », et avaient tendance à s'enfermer dans une posture plus paternaliste (49).

Par ailleurs, une étude qualitative sur le ressenti des patients migrants allophones à Nantes lors de leurs premières consultations médicales en l'absence d'interprète, décrit également l'impossibilité des patients à exprimer leurs symptômes, ce qui a pu être source parfois d'erreur médicale. Cette étude rend compte également de la frustration et de la souffrance morale en lien avec l'isolement et le handicap qu'engendrait l'impossibilité de communiquer (60).

La littérature internationale montre du reste une diminution de la qualité des soins chez les patients allophones en l'absence d'interprète. En effet, la revue de la littérature internationale

effectuée par PASS International (Parteners for Applied Social Sciences) (61) témoigne du fait que les patients allophones montrent un niveau inférieur de compréhension du diagnostic, du pronostic, des thérapies et des soins reçus par rapport à la population autochtone(62), (63).

Ces études révèlent que, rapportés aux patients maîtrisant suffisamment la langue du pays d'accueil, les patients avec des compétences de la langue du pays d'accueil limitées, et non assistés par un interprète, sont plus susceptibles :

- De subir des examens inutiles, surtout dans les services d'urgences ;
- De recevoir des traitements inutiles ;
- D'avoir des durées plus importantes de séjour hospitalier ;
- D'être exposés à des erreurs médicales.

Comme en témoignent les médecins dans ce travail, les études anglo-saxonnes suggèrent également que les patients allophones ont moins de chance de recevoir des soins de prévention, et les empêchent d'accéder à des soins en santé mentale (64).

Les propos de certains patients rendent compte également d'un renoncement aux soins, ou de recours aux soins différés /tardifs liés aux difficultés rencontrées en consultation chez le médecin pour communiquer, ce qui est décrit par de nombreuses études.(64), (65), (10).

Nous ne nous attarderons pas d'avantage sur la littérature s'intéressant aux conséquences de la barrière linguistique sur le recours aux soins et la qualité des soins, qui a conduit la HAS à élaborer son référentiel sur l'interprétariat dans lequel elle recommande le recours à l'interprète professionnel pour tous les patients allophones (34).

2. Vécu des consultations avec interprètes informels :

L'interprète informel : un "choix" par défaut

Souvent spontanée, parfois encouragée par le médecin, le recours à l'interprétariat informel est fréquent chez les personnes interrogées. Si l'on retrouve chez certains médecins, une présomption de consentement du patient à s'exprimer en présence de l'interprète informel, ces médecins ont conscience que le recours à un interprète de proximité peut constituer un « choix par défaut » pour le patient, qui explique, lui, qu'il n'a souvent pas d'autre possibilité de communiquer chez le médecin. Certains patients, à l'instar d'une des patientes interrogées, peuvent faire le choix d'être accompagnés par un proche pour assurer la traduction, ce proche est alors aussi une personne de confiance, et peut jouer le rôle d'aidant auprès de ce patient, de la même manière qu'un patient francophone peut choisir de venir en consultation avec son

épouse, son mari, un ami etc....pour le soutenir. Malheureusement, dans le cas des patients allophones, le fait de venir « accompagné » est un souvent non choix, une obligation : ils sont dépendants de cette personne pour communiquer faute d'autre moyen mis à leur disposition.

D'ailleurs, dans l'étude de la DGS cité dans l'introduction (23) plus de la moitié des patients allophones interrogés disent qu'ils auraient préféré l'intervention d'un interprète professionnel plutôt qu'une traduction par leur accompagnant, et les revues de la littérature anglosaxonne (62) montrent une préférence des patients pour les interprètes professionnels par rapport aux interprètes informels. Dans certaines études menées auprès de patients hispanophones aux Etats Unis en revanche, c'est l'interprète proche qui semble être préféré par rapport à un interprète professionnel (66), (67).

En tout état de cause, on peut considérer que le seul moyen d'évaluer de manière fiable leur consentement ou leur préférence à s'exprimer en présence de la personne qui les accompagne est de leur proposer une alternative d'interprétariat linguistique de qualité, garantissant le secret médical.

Une liberté d'expression entravée

En écho à la gêne ressentie par certains patients à se confier à une personne de la communauté ou de leur entourage, les médecins émettent aussi des réserves sur la confidentialité et donc la liberté d'expression du patient ainsi « accompagné »; entraînant une auto-censure du médecin qui n'osera pas aborder les sujets sensibles comme la sexualité du patient ou des troubles psychologiques, gynécologiques etc. en particulier lorsque ce sont les enfants qui font office d'interprète. Les médecins comme les patients pensent d'ailleurs que ce n'est pas le rôle de l'enfant d'assurer la traduction pour leur parent, décrivant un transfert de responsabilité qui met à mal l'enfant ainsi sollicité. Ils s'y se sentent malheureusement contraints en l'absence d'autres solutions.

Dans une large revue de la littérature anglosaxonne réalisée par Rosenberg (68) portant sur la perception des médecins concernant les interprètes professionnels et informels, les médecins s'interrogeaient sur la fiabilité des informations qu'ils pourraient obtenir par l'intermédiaire d'un interprète de la famille concernant des sujets sensibles et/ou tabous, et ils étaient mal à l'aise pour aborder des sujets sensibles comme la sexualité et les violences subies par l'intermédiaire d'un interprète familial . Dans cette revue de la littérature, les médecins regrettent par ailleurs que l'interprète informel réponde parfois pour le patient sans traduire la question du médecin, en transmettant ses propres perceptions, et non les perceptions du patient. Ces craintes ont

également étaient soulevées par les médecins interrogés sur leur prise en charge des patients allophones dans un hôpital de Saint-Denis en 2011 (66).

Une traduction approximative générant incertitude et angoisse

Patients et médecins évoquent aussi une maîtrise du français souvent insuffisante des interprètes informels, pointant les malentendus, les approximations, et les craintes d'omissions dans la traduction, et l'inquiétude importante chez les patients que cela entraîne.

Les craintes des médecins et des patients sont fondées, puisque les revues de la littérature internationale de Flores et Rosenberg (62), (68) montrent que les interprètes informels, traduisent mal ou omettent jusqu'à la moitié des questions, sont plus susceptibles de commettre des erreurs de traduction avec des conséquences cliniques potentielles, ont un risque plus élevé de ne pas mentionner les effets secondaires des médicaments, et d'ignorer les problèmes embarrassants surtout lorsque les enfants font office d'interprètes.

Malheureusement l'interprète informel peut donner au médecin l'illusion d'une bonne communication, le soignant sous-estimant les difficultés du patient dans la mesure où l'interprète informel n'osera pas forcément admettre ses limites dans la traduction par honte, ou par sous-estimation des malentendus.

3. Vécu de la consultation avec les interprètes professionnels par visio-conférence ACCEO

Patients et médecins ont été pour la plupart très satisfaits de leur expérience, malgré les soucis techniques initiaux. Ils ont apprécié le professionnalisme des interprètes professionnels ACCEO, que les patients pouvaient comparer à ceux déjà rencontrés car presque tous avaient une expérience antérieure de consultations avec interprètes professionnels.

L'effet thérapeutique d'offrir un interprétariat de qualité au patient :

Pour les patients, c'est la qualité de la traduction, sous entendue son exhaustivité et son exactitude, qui est le principal avantage à être aidé par un interprète professionnel, auquel ils font d'avantage confiance qu'à un interprète informel, puisqu'il est tenu de « tout dire », tout traduire avec précision. Ils n'ont plus de doute sur ce qui a été transmis de part et d'autre, ce qui les rassure, les soulage. Les patients comme les médecins témoignent du sentiment d'apaisement et de liberté que procure le recours à un interprète professionnel ; qui permet « enfin » aux patients de s'exprimer librement, ce qui fait relever à certains médecins l'effet « thérapeutique » de l'interprétariat en lui-même. En rendant la parole au patient, l'interprétariat

professionnel est déjà un acte de soin : “dans mon âme je suis plus apaisée” explique une patiente.

Une approche globale centrée-patient, accès à des soins de prévention et en santé mentale :

Le recours à l'interprétariat professionnel permet également au médecin de proposer une évaluation globale du patient, en ce qu'il aide à la compréhension de la situation sociale, qu'il facilite le repérage et la prise en charge des symptômes psychologiques. L'interprétariat offre la possibilité d'accéder aux croyances et aux représentations des patients, et concourt à mieux comprendre les difficultés rencontrés dans le parcours de soins. Il permet également au patient migrant allophone de recouvrer un statut de sujet à part entière, le soin peut alors se placer dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé beaucoup plus facilement.

Une étude qualitative menée à Strasbourg en 2012 (46) sur l'effets de l'interprète professionnel sur la pratique du médecin généraliste a également mis en évidence que le recours à l'interprétariat permettait au médecin d'avoir une approche globale médico-psycho-sociale. La littérature anglo-saxonne montre en outre que la mise à disposition d'un service d'interprétariat professionnel améliore le recours aux soins de santé des patients allophones (20), et ce, particulièrement dans les domaines de la santé mentale et des soins de prévention : Les auteurs suggèrent que si le patient souffre de problèmes psychologiques, il est plus probable qu'un problème psychologique / psychosocial soit détecté si un interprète est présent, ce qui est intéressant quand on sait notamment que les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs de santé chez les migrants en France (69) . En effet, les données du Comède, (70) ont permis de montrer qu'entre 2004 et 2010, parmi les 17 836 personnes ayant consulté un médecin dans les centres de santé du Comède, plus de 60% avaient subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture. Le taux de prévalence des psycho-traumatismes à la première consultation était de 112%.

Une plus grande autonomisation des patients permettant un suivi plus régulier et une meilleure adhésion à la prise en charge :

Il permet d'augmenter la participation et l'autonomie du patient en donnant la possibilité au médecin de mieux expliquer la stratégie de soins mis en place et de d'adopter des postures éducative, c'est-à-dire d'adapter sa stratégie en fonction des croyances, connaissances et comportements, désirs et besoins du patient., ce qui entraîne une meilleure adhésion à la prise en charge, et permet la mise en place d'un suivi plus régulier. En d'autres mots, l'interprétariat

amène la relation à un autre niveau, permettant aussi au patient d'activer des ressources et donc d'augmenter sa confiance en lui et son autonomie.

Parmi les difficultés énumérées par les médecins dans leur prise en charge des patients migrants, figuraient une mauvaise observance des traitements et un suivi irrégulier. Ces difficultés ressenties par les médecins doivent être mis en parallèle avec les propos d'une patiente qui expliquait n'être pas retournée voir un médecin, faute d'arriver à se faire comprendre, ou avec une autre qui a changé de médecin suite à des difficultés de communication. En effet, l'inobservance peut être due à une mauvaise évaluation médico-psycho-sociale de la situation en l'absence d'interprétariat, qui peut entraîner une prise en charge inadaptée sur le plan thérapeutique, psychologique ou sociale. Un suivi irrégulier peut s'expliquer aussi par une incompréhension des éléments du suivi, du plan de soins mis en place, etc... De nombreuses études anglosaxonnes montrent en outre que les patients privés d'interprète, comparés à ceux pouvant en bénéficier, suivent moins les recommandations thérapeutiques et consultent moins souvent pour leur suivi (63), (62), (61).

Par ailleurs, on peut penser que les sentiments négatifs éprouvés en l'absence d'interprète professionnel comme la colère, la frustration et l'angoisse peuvent mettre à mal la stratégie de soins proposée et limiter l'efficacité du traitement proposé.

Dans cette étude, les médecins ont également insisté ici sur la possibilité de suivi qu'offre le recours à l'interprétariat : le patient revient car il sait qu'il pourra communiquer avec son médecin et donc accéder à des soins de meilleure qualité.

La littérature anglosaxonne (64) confirme aussi le lien intuitif entre la qualité de la communication médecin-patient et l'efficacité des soins proposés . En plus des effets positifs sur la satisfaction et le respect des régimes posologiques, il a été constaté que la qualité de la communication a un effet positif général sur les résultats concrets de la prise en charge du patient tels la douleur, l'anxiété, l'état fonctionnel et les mesures physiologiques de la pression sanguine et des taux de glucose.

L'étude de de DGS sur l'usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel (41) a décrit aussi une amélioration significative de l'observance des patients allophones avec le recours à l'interprétariat professionnel, par rapport à l'interprétariat par un membre bilingue du personnel non-soignant ou par un accompagnant du patient, ainsi qu'une meilleure autonomie du patient et niveau d'information .

Une liberté d'expression garantie par le secret professionnel et à la fidélité de la traduction :

L'interprète professionnel soumis au secret professionnel garantit la confidentialité des propos, ce qui offre au patient une plus grande liberté d'expression selon les médecins, qui sera moins gêné d'aborder des sujets sensibles.

Il est intéressant de souligner que la liberté d'expression dont parlent les patients dans cette recherche ne semble pas liée à la confidentialité garantie par le code de déontologie de l'interprète professionnel, mais à la possibilité de « tout dire », dans la mesure où l'intégralité de leur propos va pouvoir être traduit fidèlement aux médecins. La confidentialité et le secret médical intéressent finalement plus les soignants, là où les patients ont surtout besoin de se faire comprendre.

Effectivement, dans leur code de déontologie inscrit dans la charte des interprètes en 2012 (39), figure la fidélité de la traduction : " l'interprète professionnel restitue le discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité, sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens".

La littérature recommande d'ailleurs les interprètes professionnels par rapport aux interprètes informels, dans la mesure où ils sont formés, ont la connaissance des termes médicaux et du système de soins, et sont considérés comme plus sûrs d'interpréter ce que le patient et le médecin disent, de le faire avec plus de précision, et d'assurer la confidentialité (68), (71).

D'ailleurs, les mauvaises expériences relatées par les patients au CADA ou à l'OFPPRA, ont été très lourdes de conséquences, et permettent de bien mesurer l'importance donnée à la précision, l'exactitude et l'exhaustivité de la traduction.

Un moyen de lutter contre les préjugés ? :

Dans son référentiel sur l'interprétariat en santé, la HAS met en avant que l'intervention d'un interprète professionnel est associée à un impact positif sur la qualité des soins en limitant les malentendus ou incompréhensions liés à la barrière linguistique, mais aussi aux représentations culturelles du soin et de la maladie (34).

Deux médecins non-expérimentateurs faisaient part d'entraves plus culturelles que linguistiques dans leur communication avec des patients allophones, et un médecin expérimentateur a aussi eu tendance à expliquer les difficultés de suivi de patients migrants par une vision plus « culturaliste » englobante que par les difficultés sociales qu'ils pouvaient rencontrer. Mais l'exemple de la représentation des médecins concernant la population bulgare quant à leur attachement à la prescription antibiotique donnée par un des médecins, illustre bien

la possibilité, grâce à l'interprétariat, de dépasser ce qui semble être une « barrière culturelle » en levant la barrière de la langue, et ainsi déconstruire des idées reçues à la fois des patients sur une idée de prise en charge idéale, mais également les clichés ou a priori que le médecin peut avoir sur une population donnée.

L'interprétariat linguistique, en rétablissant une communication de qualité, permet de sortir de la dimension interprétative de la communication, majorée par l'absence de mot. Cette dimension interprétative confine le soignant à une vision « culturaliste » « essentialisante », dans laquelle le soignant aura tendance à expliquer les difficultés de prise en charge, de suivi, la mauvaise observance des patients etc... par les différences culturelles qui semblent les séparer, plutôt que par une mauvaise communication liée à l'absence d'interprétariat professionnel.

D'autres part, comme on le verra plus tard, l'interprète peut jouer le rôle de « médiateur culturel » permettant de diminuer malentendus et incompréhensions liés parfois aux différences culturelles entre médecin et patient.

Une amélioration incontestable, in fine, de la qualité des soins :

Tous ces éléments font dire aux médecins et aux patients que l'interprétariat professionnel permet une prise en soins de bien meilleure qualité qu'avec les autres moyens de communication. Dans la littérature, l'utilisation d'interprètes professionnels est associée à une amélioration de la qualité des soins supérieure à celle observée lors de l'utilisation d'interprètes informels, et certaines études montrent une qualité de soins qui approche ou égale celle des patients ne faisant pas face à la barrière de la langue (71).

La communication s'inscrit d'ailleurs parmi les 11 caractéristiques définissant la médecine générale énoncées par l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), « la médecine de famille utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée » (72). Elle est un élément central dans la pratique clinique et fait partie des composantes essentielles de la compétence clinique du médecin. Il est en outre prouvé qu'une bonne communication, en toute circonstance, aide à produire des consultations plus efficaces, adéquates, pertinentes et satisfaisantes, tant pour le patient que le soignant (73). Elle favorise une approche négociée des problèmes entre le médecin et le patient, et permet de faire le lien entre une médecine fondée sur les preuves (Evidence based medicine) et une médecine centrée sur l'individu (74).

Le recours à un interprète professionnel : un droit pour le patient, un devoir pour le médecin ?

Un patiente estime d'ailleurs qu'il en va de la responsabilité du médecin, que c'est le devoir du médecin de faire appel aux interprètes professionnels pour communiquer. Cette remarque pose très légitimement la question du droit à l'interprétariat en milieu médical pour le patient, qui n'est pour le moment pas opposable, contraignant. Son recours est seulement "recommandé" par la HAS, contrairement au droit à l'interprétariat dans le domaine de la justice, où les tribunaux ont l'obligation de faire appel à des interprètes pour les justiciables allophones, sous peine de nullité de la procédure (75). Le recours à l'interprétariat par les médecins tient selon Laurence Kotobi d'une « d'une posture éthique et de justice sociale » (42), en ce qu'il garantit, comme le consacre le code de santé publique, d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels de respecter leurs engagements déontologiques en assurant une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical.

D'où l'intérêt de communiquer aux patients sur la possibilité d'avoir recours à l'interprétariat chez le médecin lorsque l'interprétariat est disponible, afin qu'ils s'en saisissent et puissent demander au médecin d'y faire appel, ce qui renforcerait l'autonomie des patients et permettrait d'instaurer des rapports plus égalitaires.

4. Influence sur la relation médecin-patient des interprètes professionnels par visio-conférence ACCEO

Apaisement de la relation médecin-patient, où les bienfaits de se sentir entendu et compris :

Avec l'interprétariat professionnel, les médecins et patients ressentent une nette amélioration de la relation médecin patient, liée à la disparition des tensions inhérentes aux difficultés de communication. Le patient se sent entendu, écouté, compris dans sa demande ce qui a un effet bénéfique sur la relation qu'il entretient avec le médecin.

Une "reconnaissance" mutuelle

La relation est même améliorée d'après médecins et patients, par le simple fait de proposer le service d'interprétariat, dans la mesure où les patients se sentent reconnus dans leur besoin d'être entendu et de comprendre, ils se sentent considérés, estimés, ils expriment donc leur gratitude, leur reconnaissance aux médecins. Le témoignage des patients et des médecins souligne aussi que l'acte en lui-même d'avoir recours à un interprète professionnel, de faire cette démarche, contribue à améliorer la relation médecin-patient. Cela montre la

reconnaissance par le médecin de l'altérité culturelle et de son ouverture à accueillir en consultation la langue et l'univers culturel du patient selon Sanca et al dans un article paru dans la revue « L'autre » sur la place de l'interprète (76). En reconnaissant le besoin fondamental d'interprétariat, il redonne au patient son autonomie, la possibilité d'être acteur de cette rencontre. De Jonckere et al. (77) et Métraux (78), parlent d'ailleurs d'une « clinique de la reconnaissance ».

Une relation de confiance renforcée, soutenue et étayée par l'interprète

Les patients et les médecins insistent sur l'effet bénéfique de l'interprétariat sur la relation de confiance, intimement liée à l'amélioration de la qualité des soins proposée au patient grâce à l'interprète.

Les patients se sentent apaisés, libres de pouvoir enfin s'exprimer, et grâce aux interprètes professionnels, les patients se sentent en confiance chez le médecin.

Un médecin émet même l'hypothèse de la possibilité de l'instauration d'une relation de confiance triadique médecin-patient-interprète, dans le cas où l'interprète serait le même d'une consultation à l'autre.

Dans l'alliance thérapeutique triadique, G. Ratcliff (79) explique d'ailleurs que l'interprète sert non seulement à traduire mais également de soutien, d'étayage de la relation de confiance à l'origine d'un espace interculturel et pas seulement bilingue. Une étude réalisée à Strasbourg sur les effets de l'interprétariat en médecine générale (46) montre également que l'interprète professionnel a facilité la mise en place d'un lien thérapeutique en instaurant une relation de confiance au sein de la dyade médecin-malade et en permettant une meilleure compréhension entre les deux parties.

La perte de la dualité médecin-patient : un changement de paradigme qui déstabilise parfois

Pour un médecin de l'expérimentation, l'interprète professionnel peut instaurer une distance dans la relation entre le médecin et le patient, en ce que la communication est indirecte et passe par le « filtre » de l'interprétariat, ce qui ne permet plus au médecin de mettre en œuvre ses capacités « d'intuition » pour comprendre les symptômes, les émotions ou la situation plus finement. Un médecin a également fait part d'un sentiment d'exclusion vis-à-vis de la relation interprète-patient, et une patiente explique que la présence d'un interprète instaure une distance comparé à la relation plus directe qu'elle aurait avec un médecin qui parle la même langue...

Comme le laisse penser ces témoignages, si le recours à un interprète permet une meilleure communication, la littérature montre qu'il peut également déstabiliser le médecin et/ou le patient car ce tiers déplace la relation thérapeutique, la « déprivatise ».

Les soignants peuvent ainsi éprouver des difficultés à se situer dans la triade. On passe d'une relation duale à une relation tripartite (80), et le médecin peut avoir un sentiment de perte d'intimité avec le patient, entraînant une perte de pouvoir, de contrôle (81). L'interprète peut alors être perçu comme un obstacle à l'établissement d'une relation privilégiée avec le patient (79), et les médecins peuvent se sentir exclus de l'interaction et même avoir l'impression de perdre une part de leur statut de soignant (68).

5. Attentes des médecins et des patients quant aux qualités et aux rôles des interprètes professionnels en consultation de médecine générales

Des attentes conformes aux fonctions et compétences décrites dans la charte de l'interprétariat :

Les médecins et les patients attendent finalement de l'interprète les compétences inscrites dans la charte de l'interprétariat : fidélité et exhaustivité de la traduction, capacités à reformuler et expliciter les propos tenus de part et d'autre (faisant référence à la fonction de « veille à la compréhension »), à retranscrire le sens de la pensée du discours (correspondant à la responsabilité de « justesse de la traduction ») et capacité de distanciation. Les médecins interrogés, à l'instar de ce que l'on retrouve dans la littérature (79), attendent des interprètes qu'ils soient des alliés neutres, c'est-à-dire, expliquent-ils, qu'ils soient dans la bonne distance avec le patient, qu'ils ne prennent pas parti. Ce souhait de neutralité correspond finalement plus à l'obligation d'« impartialité » des interprètes, inscrite dans leur déontologie. Pour les patients comme les médecins, il doit également faire preuve d'empathie, de bienveillance.

Peu d'études se sont intéressées aux points de vue des patients concernant les interprètes professionnels, mais dans une étude suisse de 2003 menée dans plusieurs structures sanitaires auprès de patients migrants allophones, les patients interrogés sur le profil de l'interprète idéal s'accordent en général pour souhaiter les qualités suivantes : neutralité, professionnalisme, confidentialité et disponibilité à offrir un accompagnement dans la durée (82) .

Des enjeux de pouvoir et de contrôle à l'origine d'ambiguïté quant aux rôles que peuvent tenir les interprètes pour les médecins :

Les médecins ont éprouvé des difficultés à identifier ou à imaginer les rôles que pouvaient jouer les interprètes en consultation, souvent par crainte que l'interprète soit trop « intrusif », qu'il prenne trop de place. Pourtant, les qualités citées par les médecins montrent qu'ils en attendent plus que ce à quoi ils tendent à vouloir le cantonner. Pour Camille Brisset, maître de conférences en psychologie du développement et psychologie interculturelle, les attermoissements des

médecins sur la place de l'interprète en consultation témoignent d'enjeux de pouvoir et de contrôle (81).

- *Machine à traduire ?*

Par peur de perdre la dualité de la relation médecin-patient évoquée précédemment, l'interprète est parfois tenu un peu à l'écart, à distance. On ne lui reconnaît qu'un rôle de traduction pure avec une vision très utilitariste de l'interprète, qui peut être vu comme « outil », comme une « interface », une « machine à traduire » : « ce serait un ordinateur ça serait peut-être aussi bien » témoigne un des médecins interrogés.

- *Ou médiateur culturel ?*

Paradoxalement, dans cette étude comme dans la littérature, les professionnels de santé peuvent également attendre que les interprètes servent de « levier culturel » ou de « passeur de culture » (68), mais ce rôle est facultatif pour certains médecins interrogés, et ne doit être rempli qu'à la demande explicite du médecin. Plusieurs auteurs dont Ratcliff, Weber et Molina (83) ayant travaillé sur l'interprétariat en santé mentale, ont souligné d'ailleurs la fonction « d'informateur », voire de médiateur culturel de l'interprète entre deux univers de sens, celui du patient et celui du thérapeute.

Camille Brisset a décrit les différentes attitudes que peuvent adopter les interprètes en consultation médicale, exprimant les attentes ambivalentes des professionnels de santé et celles des interprètes :

- La posture d'un « agent linguistique », l'interprète se cantonne alors à effectuer une traduction littérale de l'échange, avec neutralité et impartialité ;
- Une deuxième posture serait d'être « agent du monde vécu », dans laquelle l'interprète peut jouer en plus le rôle de médiateur culturel voire d'avocat culturel ;
- S'il est « agent du système » en revanche, la différence culturelle n'est pas prise en compte, c'est la culture médicale qui domine l'interaction, le patient est alors considéré comme exécutant de la prescription médicale ;
- Enfin, il peut jouer le rôle d'« agent d'intégration », en donnant du sens à la différence culturelle, en aidant le patient à comprendre la culture du pays d'accueil.

Camille Brisset explique que l'interprète oscille entre les différentes postures, et a mis en évidence que sur le terrain étaient d'avantage valorisées par les médecins les postures d'« agent du système » et d'« agent linguistique ». Par peur de perdre le contrôle de la consultation, et pour garder la main sur ce qui est transmis et compris, les soignants ont tendance à cantonner

l'interprète au rôle d'instrument de traduction plutôt que comme un véritable acteur de la rencontre (84).

Les interprètes d'ailleurs réclament de sortir du rôle de simple traducteur, ils se voient davantage comme des spécialistes des coutumes et mentalités, des informateurs socio-culturels, des médiateurs culturels (85).

Il est inscrit en outre dans la charte de l'interprétariat médical et social en France comme fonction essentielle celle de "l'attention et la disponibilité interculturelle" associée à sa responsabilité de "veille de compréhension" favorisant le repérage des incompréhensions ou des malentendus entre les interlocuteurs.

Cette médiation culturelle peut se faire d'ailleurs également entre le "langage médical" - parfois très savant - et le "langage profane" du patient. L'interprète peut alors proposer une "traduction" des propos très techniques du médecin en des termes plus accessibles. Un médecin attend d'ailleurs "qu'il soit capable de réexpliquer la chose, plus clairement, parce que je n'explique pas bien des fois".

Anna Claudia Ticca et Véronique Traverso ont présenté les résultats de leur recherche au cours du colloque sur l'interprétariat en santé de la revue *L'autre* à Bordeaux en 2016 (86) : pour elles : « la nature de la participation, de l'interprète dans la consultation n'est pas déterminée à priori mais est négociée au cours de l'interaction ». L'interprète peut donc être amené à jongler entre différentes postures en fonction du contexte, des attentes des différents intervenants, du temps de la consultation etc.

Des réflexions sur le rapport entre langue et culture :

Les avis sont partagés chez les patients interrogés concernant l'identité de l'interprète. Pour Metraux (85) : un bon interprète est un interprète communautaire, avec une double appartenance à la culture d'origine et à la culture d'accueil. Cet interprète à la double appartenance pourrait alors camper le rôle d'« agent du monde vécu », mais également d'« agent d'intégration » pour reprendre les catégories de Camille Brisset, car s'il permet au patient de s'intégrer dans sa culture d'accueil, il permet aussi au soignant de s'ouvrir à la culture du soin du patient, de développer des compétences d'accueil. Par ailleurs, plusieurs études ont permis de mettre en évidence que les taux de satisfaction étaient plus élevés lorsqu'il y avait correspondance ethnique entre le patient et l'intervenant (64).

Dans notre travail, que les patients accordent ou non de l'importance au fait que l'interprète partage la même culture, ils évoquent tous la maîtrise de la langue comme un impératif absolu : pour certains, peu importe l'origine de l'interprète tant que celui-ci maîtrise correctement la

langue, pour d'autres, au contraire si l'interprète vient du même pays, partage la même culture, alors ils partageront tout à fait la même langue, le même dialecte, ce qui permettra une meilleure compréhension : « Si j'avais le choix je préférerais quelqu'un qui partage la même culture que moi (...) parce qu'il pourrait comprendre directement ce que je voulais dire. » Pour un médecin interrogé d'ailleurs, le simple fait de traduire implique de toute façon une recontextualisation culturelle, en ce que la langue en elle-même est porteuse de culture.

Les réflexions posent, elles, la question de ce que « contient » la langue, du rapport entre langue et la culture. Edward Sapir dans son Introduction à l'étude de la parole (87) réfléchit au lien entre la pensée et la culture, en faisant l'hypothèse que les catégories de pensées dépendent des catégories linguistiques, et qu'il y a autant de systèmes de pensée que de langues. C'est tout un système de représentations qui accompagne les mots. Laurence Kotobi explique dans « Enjeux et logiques de recours à l'interprétariat linguistiques en milieu hospitalier »(31) que l'interprétariat met en jeu 2 dynamiques : celle de la traduction, et celle de la médiation. La traduction concerne les mots d'une langue, et la médiation concerne ses implicites : les représentations véhiculées par la culture. Certains mots n'ont pas d'équivalents dans d'autres langues, l'interprète doit trouver synonyme ou métaphore, et certains mots français peuvent avoir des connotations variables d'une langue à l'autre et ne peuvent s'utiliser dans tous les contextes. L'interprétariat dépasse donc la traduction mot à mot et c'est aussi un exercice d'ajustement d'un contexte culturel à un autre. Pour Martine Abdallah, professeure en sciences de l'éducation et en français langue étrangère : « Ce n'est pas la langue qui témoigne des spécificités culturelles mais c'est le discours, c'est l'usage que les individus font de la langue qui est porteur de sens : sans la médiation des individus, les cultures n'existent pas » (88). L'usage de la langue, le discours dans une souci de « veille de compréhension » permettrait donc effectivement, une médiation culturelle, sans qu'elle soit explicitement demandée ou attendue.

6. Avantages et inconvénients de la vidéo dans la consultation

Support d'une relation plus "humaine" pouvant étayer la relation de confiance

Pour les médecins comme les patients, la vidéo tendrait à « humaniser » la relation par rapport au téléphone, en ce qu'elle tend à reproduire l'interaction interpersonnelle que l'on peut avoir avec un interprète en présentiel, elle serait plus rassurante, et pourrait faciliter l'instauration d'une relation de confiance, si la prise en charge dure et l'interprète est le même. Nous verrons plus loin quels sont les modes d'interprétariat obtenant les meilleurs taux de satisfaction chez les patients et les médecins dans la littérature.

Bénéfices de la prise en compte de l'infra verbal dans la traduction :

Les patients mettent aussi en avant que la vidéo fût une aide à la compréhension des émotions, et une aide pour la traduction par la prise en compte de la communication non-verbale.

Dans une étude quantitative menée en 2011 auprès de 384 patients hispanophones (89) dans un service d'urgences américain, comparant l'interprétariat en présentiel, par vidéo et par téléphone, les patients ont fait part de leur préférence pour les méthodes d'interprétariat en présentiel et par vidéo par rapport au téléphone, compte tenu de l'aspect positif de la "communication non verbale" dans la traduction.

Dans la littérature, les interprètes semblent préférer travailler en présentiel par rapport au téléphone pour les mêmes raisons, c'est-à-dire la possibilité de prendre en compte la communication infra-verbal dans l'interprétation proposée (90).

Néanmoins l'interface vidéo est vécu parfois comme gênante ou intimidante :

La vidéo peut mettre mal à l'aise le patient, comme le médecin, pour aborder notamment des sujets sensibles, intimes par rapport au téléphone. Un médecin et une patiente trouve la vidéo particulièrement gênante lorsqu'il s'agit d'une consultation de gynécologie avec un interprète homme. Deux médecins d'ailleurs ne l'utilisaient pas pour l'examen clinique.

C. Explorations des logiques du non-recours à l'interprétariat en médecine générale :

L'absence d'information sur la possibilité d'y avoir recours malgré les besoins et un intérêt déclaré pour l'interprétariat professionnel :

Dans l'échantillon de médecins non-utilisateurs interrogés, 80% n'avait pas connaissance du dispositif CARE. Rappelons que le déploiement du dispositif revenait à la plateforme santé vulnérabilité du CCAS de Bordeaux, et que la communication autour du dispositif s'est faite par courrier postal, courrier qui a pu se perdre dans le flot de courrier reçu et les nombreuses sollicitations dont font l'objet les médecins au quotidien, et ce malgré les appels de relance. On peut déplorer qu'il n'y ait pas eu de nouvel appel à participation effectué sur la période de prolongation de l'évaluation. Cependant les velléités de déploiement du dispositif par le CCAS ont probablement été freinées par le peu d'heures d'interprétariat financées, (ce qui limitait l'installation, de fait, à un petit nombre de cabinet), et par leur propre expérience d'ACCEO, entachée de nombreux problèmes techniques.

Ces médecins déclaraient recevoir autant voire plus de patients allophones par semaine que les médecins expérimentateurs, et étaient en majorité moyennement ou peu satisfaits des moyens de communication auxquels ils avaient recours. Les 2/3 d'ailleurs souhaitaient avoir accès à un service d'interprétariat professionnel, mais aucun des médecins qui souhaitaient ce service n'était au courant de la possibilité d'avoir recours dans leur quartier à un dispositif d'interprétariat professionnel. En définitive, il y aurait 12 médecins potentiellement intéressés par le service d'interprétariat du dispositif CARE, sur cet échantillon de 15 médecins, ce qui laisse envisager de belles perspectives d'extension du recours à l'interprétariat professionnel chez les médecins généralistes de ces quartiers, en améliorant la communication autour des dispositifs mis à leur disposition.

Des freins liés au coût supposé du dispositif :

Les freins soulevés liés au coût du dispositif par les médecins non-expérimentateurs peuvent renvoyer à deux interrogations différentes : le "coût" pour la société, comme le coût pour le médecin et/ou le patient.

Le coût de l'interprétariat est à mettre en parallèle avec les coûts médicaux liés aux barrières linguistiques. La HAS s'appuie sur la revue critique de la littérature de PASS International (61) pour avancer que «la barrière linguistique peut conduire à une augmentation des dépenses en santé de deux manières : d'une part en augmentant le risque d'erreurs médicales et de complications de la maladie (malentendus médicaux, signalement réduit des symptômes physiques et psychologiques, soins préventifs réduits, adhérence réduite) d'autre part en produisant des dépenses inutiles (consultation inutiles dues au manque de satisfaction et de confiance dans la rencontre médicales, tests/examens complémentaires inutiles, durée prolongée des séjours hospitaliers, hospitalisations superflues).

Plusieurs auteurs suggèrent que la présence d'interprètes facilite une utilisation plus rationnelle du système de soins et un meilleur accès aux programmes de prévention, permettant ainsi de réduire le risque de survenue de complications médicales coûteuses (64). Nous ne disposons pas encore d'évaluation chiffrée pour la France. Mais des études belges et canadiennes montrent, par exemple, que le coût de la prise en charge d'un patient diabétique d'origine étrangère, sans recours à un interprète professionnel, est supérieur au coût de la prise en charge du même patient s'il bénéficie d'un service d'interprétariat, et ce principalement en termes de prévention des complications et de réduction de la durée de l'hospitalisation (91).

Le questionnaire en ligne ne permettait pas de comprendre ce que les médecins entendaient par “coût de l’interprétariat” mais *il faudrait en tout état de cause, insister dans la communication sur le fait que le service est gratuit pour les patients et les médecins.*

La confidentialité et le secret médical en question :

Des médecins non-expérimentateurs ont également soulevé la problématique du “secret médical” comme frein au recours à l’interprétariat professionnel. Cette question a également été évoquée par un patient n’ayant pas été informé que l’interprète était soumis à cette obligation, alors qu’il lui semblait très important que la confidentialité des propos chez le médecin lui soit garantie. Un médecin expérimentateur, quant à lui, redoutait l’embarras des patients devant s’exprimer devant un inconnu (craintes d’interférence ethnique ou politique dans la relation) ce qui aurait pour effet d’affecter la liberté d’expression du patient, alors que les patients semblaient au contraire plus à l’aise de s’exprimer en présence d’un interprète professionnel qu’avec un compatriote faisant office de traducteur par exemple.

Rappelons ici que les interprètes professionnels sont soumis au secret professionnel, cette obligation est inscrite dans leur code de déontologie, consacré par la charte de l’interprétariat en milieu médical et social signée à Strasbourg en 2012. *Il faudrait également dans la communication garantir aux patients comme aux médecins, que les interprètes professionnels auxquels on fait appel, sont soumis au secret professionnel (action de présentation/sensibilisation/formation...).*

La complexité de l’organisation des consultations avec interprètes

L’anticipation de contraintes organisationnelles et d’une charge de travail supplémentaire liée à la planification des consultations avec interprète ont été des freins couramment cités par les médecins non-expérimentateurs, en évoquant plus spécifiquement le temps pris pour l’organisation de la consultation, la nécessité de prise de R.V imposant des horaires stricts, l’inadéquation entre les différents emplois du temps médecin-interprète-patient, et les délais de réservation. Un médecin craignait également les problèmes techniques liés à la visio-conférence.

Les freins mis en évidence dans notre étude rejoignent ceux relevés dans une revue de la littérature réalisée par Chambon et Beal et publiée dans la revue Rhizome, qui s’est intéressée aux manières d’expliquer le non-recours à l’interprétariat du point de vue des soignants en santé mentale en France(92). Les soignants avancent en priorité la méconnaissance des dispositifs d’interprétariat, le manque d’information sur la possibilité de recours à des interprètes

professionnels soumis à un cadre déontologique et l'absence de financement, de moyens alloués par les pouvoirs publics.

L'évaluation d'une expérimentation d'un mois d'accès à ISM interprétariat auprès de médecins généralistes à Rennes (93) mettait en évidence que le coût du service était un des freins principaux mis en évidence par les médecins expérimentateurs.

Dans une étude menée à Toulouse, concernant la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel, les freins à l'utilisation d'un interprète professionnel en médecine générale étaient également la méconnaissance des structures proposant ce service, la complexité de la mise en place et le coût du dispositif (74).

Le non-recours : une manière de ne pas (bien) prendre en charge ce public ? De la nécessité d'un appui logistique et de faciliter le recours :

Ne pas se donner les moyens de se comprendre, ou d'avoir un échange de qualité, peut permettre d'éviter de rentrer dans la complexité des situations dont parlent les médecins à l'origine de consultations plus longues et difficiles. On va peut-être finalement préférer "se débrouiller" avec un logiciel de traduction en ligne en quelques minutes pour ne pas rajouter en charge de travail, d'autant que les médecins peuvent être déjà découragés par le temps nécessaire à l'organisation de la consultation. D'où l'intérêt d'un dispositif comme CARE offrant un appui dans l'accompagnement médico-psycho-social des patients vulnérables, et de proposer un service d'interprétariat très simple et rapide d'utilisation, de manière à ce que son recours puisse être étendu à toutes les situations.

Par ailleurs, dans une étude qualitative de type recherche action portant sur les enjeux et logiques de recours à l'interprétariat en milieu hospitalier, certains professionnels ou institutions faisaient part de leur crainte de "l'appel d'air" que pourrait entraîner la mise en place de conditions favorables à l'accueil d'un public migrant (31). Certains médecins ne souhaitent effectivement probablement pas s'investir dans l'accompagnement de ces patients, ce qui pourrait expliquer leur désintérêt pour l'interprétariat professionnel. En témoignent les propos de quelques médecins non-expérimentateurs que l'on pourrait qualifier de jugeant, voire xénophobes. La prise en soins d'un public migrant allophone requiert une certaine ouverture à l'altérité, suppose d'accueillir en consultation l'univers et la culture de l'autre, et d'opérer un "décentrage" au sens anthropologique du terme que certains professionnels ne sont pas prêts à mettre en œuvre.

D. Déterminants de la sous-utilisation de l'interprétariat par visio-conférence

Une sous-utilisation du service d'interprétariat par visio-conférence par les médecins expérimentateurs a été mise en évidence par l'analyse des verbatim et le petit nombre de questionnaires remplis par les médecins expérimentateurs au regard du nombre de patients allophones reçus par semaine, même s'il sous-estime probablement le recours effectif au service (le médecin n'aura pas forcément renseigné le questionnaire après chaque consultation).

Découragement lié à la lourdeur du dispositif :

Pour accéder à un interprète, hormis pour l'anglais et l'arabe, le médecin devait réserver en moyenne 3 jours avant la consultation, ce qui ne leur permettait pas de répondre aux demandes urgentes et au besoin d'interprétariat non anticipé avant la consultation. Cette nécessité de réservation entraînait en outre une charge de travail supplémentaire liée à l'organisation en amont des RV avec interprète, et un surcroît de stress induit par l'obligation d'être à l'heure (conscience que l'interprète attend, que le temps est décompté donc payé à partir de l'heure de RV défini etc.), alors que le retard est inhérent à la pratique de la médecine générale, et est difficilement anticipable (consultations longues non prévues, survenue d'urgences qui décalent le planning etc.).

Le fait de devoir installer l'équipement avant chaque utilisation, les difficultés techniques récurrentes, et le temps dédiés à leurs résolutions ont également été les inconvénients principaux rapportés. Finalement, tous ces inconvénients ont fini par décourager certains médecins, malgré leur satisfaction quant à la qualité des interprètes et les avantages indéniables de l'interprétariat professionnel sur la prise en soins des patients allophones et la relation médecin-patient. Ils préféraient parfois se « débrouiller » plutôt que de s'encombrer de potentiels problèmes qui viendraient alourdir une journée souvent chargée : « J'essaie de débrouiller le truc, alors que si j'avais un accès plus rapide, je n'hésiterais pas » dit un médecin expérimentateur. Il est intéressant de noter que l'anticipation des contraintes potentielles liées à l'organisation de la consultation avec interprètes professionnels a été également le frein le plus fréquemment cité par les médecins non-expérimentateurs.

Dans la revue de la littérature par Chambon et Beal citée plus haut, la complexité des procédures pour faire appel aux interprètes a également été un frein identifié par les soignants interrogés, et comme dans notre travail, plusieurs études interrogeant les médecins sur les freins au recours

à l'interprétariat professionnel mettent en avant le facteur temps comme principal frein (31), (61). En plus de la crainte d'un allongement certain de la durée de consultation avec interprète professionnel, sur laquelle d'ailleurs la littérature est partagée, Burbano et al (94) avancent l'idée que la perception du « temps perdu » pour rechercher un interprète représente une raison importante pour ne pas utiliser les services d'interprétariat sur place ou par téléphone. Dans l'étude de la DGS sur l'usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé(41) ; le facteur temps fait aussi partie des éléments importants conduisant les professionnels à être réticents pour recourir à un interprète professionnel.

Une étude a été menée en 2016 à Rennes (93) dans le cadre d'une expérimentation proposant les services d'ISM à des médecins généralistes pendant 1 mois. Les freins perçus par les médecins utilisateurs étaient la crainte du manque du temps et de prise de retard dans leurs consultations. Dans une étude menée en 2018 dans le Pays de la Loire (48) sur la satisfaction des médecins généralistes ayant recours à l'interprétariat téléphonique par ISM et en présentiel, les principaux freins évoqués par les médecins étaient le délai jugé trop long pour obtenir un interprète en ligne pour l'interprétariat téléphonique et la planification jugée trop longue pour l'interprétariat physique.

Dans notre étude, les médecins ont évoqué un temps de consultation plus long avec les patients migrants allophones quel que soit le mode de communication, en raison des difficultés multiples rencontrées par ces derniers mais également de la barrière linguistique. Si la plupart a trouvé que les consultations avec interprètes professionnels n'étaient pas plus longues qu'avec d'autres moyens de communication, un médecin expérimentateur avait une impression de temps de consultation plus long avec ACCEO, qui était en fait liée à la lourdeur d'installation du dispositif. C'était la « charge mentale » qui donnait cette impression de consultation plus longue selon lui (installation, anticipation de problèmes techniques). En effet, cette crainte d'une charge de travail supplémentaire, cette angoisse d'anticipation doit être mise en perspective avec la charge de travail à laquelle les médecins généralistes doivent déjà faire face, et qui peut contribuer à décourager le recours à l'interprétariat lorsque celui-ci suppose une charge de travail supplémentaire conséquente.

Par ailleurs, quand le recours à l'interprétariat n'est pas systématique, on aura tendance à réserver son utilisation à des situations anticipées comme complexes ce qui tend à entretenir le sentiment que les consultations avec interprètes sont lourdes et difficiles, en témoigne un médecin expérimentateur qui n'y faisait pas appel pour des consultations « simples » de routine.

Une sous-estimation des besoins en interprétariat par les médecins

Alors que les propos des patients recueillis dans ce travail montrent toute l'importance accordée au fait d'être reconnu dans leur besoin de bénéficier d'un service d'interprétariat professionnel, et à la qualité du service (compétences linguistiques et humaines des interprètes professionnels), on a pu observer chez les médecins interrogés une sous-estimation de ce besoin. Chez les médecins non-expérimentateurs d'abord, en se satisfaisant parfois de leur mode de communication avec les patients allophones relevant pourtant plus de la « débrouille » que du réel échange. Chez les médecins expérimentateurs d'autre part, en priorisant parfois l'interprétariat informel sur l'interprétariat professionnel, ou en n'y faisant pas appel pour des consultations jugées simples, relevant de la routine.

Dans la littérature aussi l'importance de la qualité de l'aide linguistique est souvent sous-estimée (40), (91) et l'absence de sensibilisation des soignants à la pertinence du recours à l'interprétariat professionnel par rapport aux autres modes d'interprétariat est un facteur important du non-recours. Il a été observé que les professionnels de santé qui ont reçu une formation sur l'interprétariat professionnel y font d'avantage appel (61) ,(95).

Un dispositif expérimental temporaire avec peu d'heures d'interprétariat financé :

La méconnaissance du fonctionnement, du financement et de la durée de l'expérimentation, ainsi que la conscience d'un nombre limité d'heures réparties entre médecins ont également amplifié cette sous-utilisation. Les médecins ne savaient pas toujours s'ils pouvaient continuer à y faire appel dans le temps, et une certaine culpabilité à faire appel aux interprètes pour des consultations «simples» de renouvellement d'ordonnance était également perceptible chez un médecin. En outre, le fait de devoir s'équiper pour une expérimentation initialement prévue sur une période de 3 mois a également pu freiner les médecins, d'ailleurs, un médecin non-expérimentateur qui avait eu connaissance du dispositif d'interprétariat explique n'y avoir pas fait appel en partie car il devait s'équiper à ses frais. S'équiper en matériel nécessaire pour la visio-conférence a également été rédhibitoire, d'après un médecin expérimentateur, pour un de ses associés.

Par ailleurs, un médecin explique n'avoir pas voulu trop habituer les patients à un dispositif dont on ne savait pas s'il allait être pérennisé. En effet, on peut se demander s'il n'est pas problématique de proposer un service permettant d'améliorer considérablement la communication avec le médecin, qui pourrait être amené à disparaître par la suite. Être de nouveau confronté à la barrière linguistique après cet expérience pourrait ainsi accentuer la

souffrance liées aux difficultés de communication, avec une insatisfaction et une frustration amplifiées par l'expérience antérieure d'une meilleure qualité de service chez le médecin. Cette déception pourrait ainsi entraîner d'autres ruptures, ou renoncements aux soins.

Une certaine forme de résistance au changement :

Tous les freins cités peuvent également rendre compte d'une certaine forme de résistance au changement de ces médecins habitués à faire autrement, à débrouiller la situation, à s'en sortir malgré tout, sans avoir à solliciter un interprète. Cette résistance va alimenter la sous-estimation du besoin d'interprétariat, et peut aussi s'expliquer par les contraintes logistiques et techniques inhérentes aux recours à l'interprétariat avec le dispositif ACCEO, et parfois par le souhait de préserver la dualité médecin-patient ou/et les relations de pouvoir... ce qui pose la question de sa généralisation à des médecins généralistes fonctionnant à flux tendu avec des planning surchargés, puisque ces conditions de travail aggravent les résistances aux changements.

Dispositif d'interprétariat par visioconférence : importance de la formation à son utilisation et de l'apprentissage/répétition du recours à l'outil :

L'expérience d'ACCEO a entraîné une meilleure prise de conscience chez les médecins expérimentateurs de l'intérêt que l'interprétariat professionnel, y compris pour des consultations d'apparence simple comme un renouvellement d'ordonnance, avec des regrets exprimés a posteriori, et une insatisfaction du médecin plus importante en cas de non-recours. « Il y a toujours un petit truc qui fait que ça aurait apporté quelque chose quand même », « à la pratique de l'avoir utilisé ça apporte forcément » nous dit un des médecins expérimentateurs. Les médecins admettent que les soucis techniques ont surtout été un problème en début d'expérimentation, car à l'usage, constatant les nombreux avantages à faire appel à l'interprétariat professionnel dans l'accompagnement des patients allophones, les barrières psychologiques et techniques se lèvent. C'est pourquoi il nous semble important de proposer des évaluations sur une période d'au minimum 6 mois, car le temps d'appropriation d'un dispositif peut être long. De plus, les médecins pourraient être davantage motivés à s'engager dans une démarche supposant de changer leurs habitudes, et d'investir dans du matériel par exemple, si le service proposé est mobilisable sur la durée.

A la lumière des difficultés techniques rencontrées par les médecins, il nous semble également indispensable de proposer une formation initiale à l'utilisation du service, car cet auto-apprentissage est très inéquitable selon les utilisateurs, et de mettre à disposition un accompagnement et un appui logistique tout au long des premiers mois d'utilisation (y compris par des pairs qui pourraient servir de tuteur).

E. Réflexion sur le mode d'interprétariat le plus adapté selon les médecins, les patients et la littérature :

Pour les médecins : un système d'interprétariat à distance simple et disponible immédiatement

Les médecins ont exprimé leur préférence pour un service d'interprétariat à distance qu'ils trouvent moins lourd que de faire déplacer un interprète. En outre, le service à distance s'il est disponible dans un panel de langue important de manière spontanée, permettrait de répondre à un besoin interprétariat immédiat, qui ne peut être toujours anticipé en amont de la consultation en médecine générale, et la plupart trouvent que la vidéo apporte un « plus » par rapport au téléphone.

Dans l'idéal, en synthétisant les demandes des médecins, l'interprétariat devrait être en libre-accès, disponible immédiatement dans toutes les langues, sans avoir à réserver, sans limite dans le temps, avec la possibilité d'avoir accès à la vidéo si besoin. Le service se devrait donc d'être facile et rapide d'utilisation, avec un recours simplifié au maximum.

Pour les patients : un accès à l'interprétariat professionnel avant tout, avec une préférence pour l'interprétariat en présentiel :

Les patients, quant à eux insistent sur l'importance de pouvoir bénéficier d'un interprétariat professionnel, quel que soit le mode, mais semblent préférer l'interprétariat en présentiel. A défaut, la visio-conférence semble pour eux une bonne alternative, mais une patiente ayant exprimé sa gêne d'être vue par un interprète en général, a sa préférence pour le téléphone qui semble, pour elle, apporter plus de confidentialité.

Que dit la littérature à ce sujet ?

Les études sont pour la plupart anglosaxonnes et portent surtout sur le point de vue des médecins, moins souvent sur celui des patients et interprètes, et elle concerne surtout l'interprétariat téléphonique ou en présentiel. Nous n'avons trouvé que 13 articles mentionnant l'interprétariat par visio-conférence sur pubmed avec les mots clefs « videoconferencing », « videoconference » et « interpreter » ou « interpretation ».

Une étude américaine publiée en 2010 (96) a comparé l'utilisation de 3 services d'interprétariat dans un centre de soins hospitalier : en présentiel, téléphonique et par vidéo-conférence; et ce du point de vue des médecins, patients et interprètes. Les consultations avec interprètes en présentiel ont obtenu les meilleures évaluations de la part des médecins et des interprètes, alors que les patients ont évalué les 3 méthodes comme équivalentes. Toutefois, il est important de noter que dans cette étude, les patients n'ont pu expérimenter qu'une seule méthode (celle

employée au moment de la consultation) alors que les médecins et les interprètes ont expérimenté les trois méthodes qu'ils ont donc pu comparer, et ils ont été plus critiques à l'encontre des méthodes à distance, essentiellement à cause des problèmes techniques rencontrés. L'analyse des commentaires laissés par les médecins sur les questionnaires laissent penser aux chercheurs toutefois qu'ils avaient une préférence pour la vidéo car ils trouvaient plus facile de communiquer dans une relation de face à face.

Dans notre étude, il est important de se rappeler que la plupart des patients avaient pu tester les 3 méthodes d'interprétariat professionnel (présentiel, visio et téléphone).

Dans une étude de satisfaction menée en 2011 auprès de 384 patients hispanophones dans un service d'urgences américain (89), comparant l'interprétariat en présentiel, par vidéo et par téléphone, les patients ont fait part de leur préférence pour les méthodes d'interprétariat en présentiel et par vidéo par rapport au téléphone. Il n'y avait pas de différence significative entre la vidéo et le présentiel.

Une étude australienne de 2015 a comparé la satisfaction des médecins et des patients concernant un service d'interprétariat par visio-conférence et par téléphone et a montré que les patients comme les médecins montraient des niveaux de satisfaction supérieure avec la vidéo que par téléphone (97).

Dans la revue de la littérature de PASS international : on retrouve une étude de Karlsen et Haabeth de 1998 (98) qui souligne l'avantage éthique des services d'interprétariat par téléphone par rapport à l'interprétariat en présentiel, car ils garantissent l'anonymat des patients et réduisent leur crainte de devenir « victime des rumeurs », ce qui réduit le risque d'occulter des informations importantes. A l'époque les systèmes d'interprétariat par visio-conférence n'existaient pas, on peut penser que la vidéo pourrait permettre également de préserver l'anonymat, moins que le téléphone mais plus que le présentiel.

Hornberger et coll (28) comparent l'interprétariat simultanée à distance par téléphone à l'interprétation avec un interprète présent en consultation. Les patients comme les médecins préfèrent globalement l'interprétation simultanée par téléphone, qu'ils trouvent plus confortables, alors que les interprètes y sont moins favorables : ils préfèrent travailler en présentiel dans la mesure où ils peuvent prendre en compte la dimension non verbale. Dans une étude ayant recueillie l'avis d'interprètes professionnels en France, 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 (92).

Une étude américaine en 2011 s'est également intéressé au point de vue des interprètes concernant les différentes méthodes d'interprétariat : à distance (téléphone et visioconférence) et en présentiel. Les interprètes trouvent l'interprétation téléphonique satisfaisante pour l'échange d'informations, mais moins qu'en présentiel pour les aspects interpersonnels de la communication. Il leur est apparu que la visio-conférence offre une meilleure communication que le téléphone dans le cas de consultations comportant des composantes éducatives ou psychosociales importantes. Les auteurs suggèrent que l'utilisation combinée de multiples modalités peut constituer la meilleure stratégie de communication (99).

Dans une autre étude de 2010 menée auprès de médecins exerçant dans des centres de soins californien et comparant les différentes méthodes d'interprétariat, les médecins étaient plus susceptibles de comprendre les croyances culturelles du patient en utilisant une interprétation en personne par rapport à la vidéoconférence (100).

Deux revues de la littérature comparant la satisfaction des patients en fonction des différentes méthodes d'interprétariat professionnel ont été retrouvées : celle de Flores en 2005 (62) qui n'inclut pas encore d'étude concernant l'interprétariat par visio-conférence, considère que ce sont les médecins bilingues et les interprètes professionnels par téléphone qui obtiennent les meilleurs résultats en terme de satisfaction des patients.

Une autre revue de la littérature plus récente réalisée par des chercheurs australiens en 2018 (101) compare le niveau de satisfaction par téléphone, en présentiel, et vidéo, et ne met pas en évidence de différence.

La transposition de cette littérature internationale en France est difficile dans la mesure où d'une part, la relation de soins est une construction culturelle qui peut différer d'un pays à l'autre. Ainsi la construction sociale du soin en France peut faire préférer aux soignants et/ou aux patients, un mode d'interprétariat plutôt qu'un autre, qui sera différent de ce qui est observé dans les pays anglosaxons par exemple. D'autre part, l'organisation des soins n'est pas la même en fonction des pays, et la plupart des études ont été menées auprès de médecins exerçant dans des hôpitaux ou centres de santé américains, dans des conditions assez éloignées de celles d'un médecin généraliste exerçant en libérale en France.

En médecine générale en France :

D'après l'étude expérimentale sur la mise à disposition d'interprètes téléphoniques ISM pendant 1 mois aux médecins généralistes de Rennes, la mise en place du service par téléphone semblait bien correspondre à la pratique de la médecine générale en libérale, compte tenu de l'absence d'organisation en amont et de la disponibilité rapide des interprètes (93).

Dans les Pays de la Loire où deux types d'interprétariat en présentiel et par téléphone sont proposés aux médecins généralistes depuis 2017, une étude a été réalisée sur le niveau de satisfaction des médecins généralistes utilisant l'interprétariat téléphonique ISM ou physique en consultation ambulatoire. L'utilisation a été importante et les médecins furent très satisfaits de l'interprétariat professionnel avec une plus large utilisation de l'interprétariat téléphonique par rapport au présentiel (48). Ces résultats s'expliquaient, d'après les auteurs de cette étude, par son accès plus rapide en consultation de médecine générale, sans anticipation nécessaire, ainsi que par sa disponibilité 24h sur 24, et le large panel de langues proposées.

A Toulouse, où une étude exploratoire du besoin d'interprétariat auprès des médecins généralistes a été réalisée en 2014 (74), les médecins souhaitent majoritairement un service d'interprétariat instantané téléphonique compte tenu de la difficulté à anticiper les consultations en médecine générale et leurs besoins. Les médecins de cette étude proposent de mettre en place un service souple et instantané, avec une simplicité administrative limitant la « perte de temps », compte tenu du rythme des consultations en médecine générale.

Nous n'avons pas trouvé d'étude française portant sur l'évaluation d'un service d'interprétariat par visio-conférence. Nous avons contacté ISM interprétariat qui propose un service d'interprétariat par vidéo depuis 2 ans, si aucune évaluation n'en a été faite, les retours des professionnels étaient positifs d'après l'association, avec une prépondérance du recours dans le domaine de la santé mentale.

V. Recommandations et Perspectives

De la nécessité de former les médecins à l'interprétariat professionnel :

- Formation à la pertinence du recours à l'interprétariat professionnel

Des médecins interrogés sur la manière d'augmenter le recours à l'interprétariat insiste sur la nécessité de banaliser le recours à l'interprétariat professionnel avec une sensibilisation au cours de nos études à ce sujet, et l'apprentissage par l'exemple de nos maîtres de stage et professeurs qui en feraient usage (en libéral et à l'hôpital). Cela permettrait de rendre le processus de recours à l'interprétariat normal et ainsi diminuer la charge mentale liée à son utilisation inhabituelle. Il serait aussi intéressant d'intégrer dans la formation initiale et continue des médecins la question de l'impact de la barrière de la langue sur le recours et la qualité des soins, et de les sensibiliser à la pertinence de l'interprétariat professionnel en santé. La formation des soignants à l'interprétariat fait d'ailleurs partie des recommandations émises par la DGS (23) dans son rapport sur l'usage et l'opportunité de l'interprétariat en santé et par la HAS dans son référentiel sur l'interprétariat, reprenant ainsi les recommandation du Conseil de l'Europe sur les services de santé dans une société multiculturelle (102).

Les freins soulevés par les médecins non-expérimentateurs sur la question du secret médical montre par ailleurs l'importance de faire connaître aux soignants le métier d'interprète professionnel ; ses compétences, fonctions et rôles tel que stipulés dans la charte de l'interprétariat en milieu médical et social, ainsi que le cadre déontologique dans lequel il intervient notamment le fait qu'il soit soumis au secret professionnel.

Ce dernier point serait facilité par la reconnaissance par l'Etat du statut d'interprète professionnel dans le domaine de la santé, qui permettrait de fixer, dans un cadre légal et réglementaire, les droits et obligations des interprètes notamment en matière de formation et de conditions d'exercice, et donc d'aider à sa reconnaissance par les autres professionnels de santé.

- Formation au travail avec interprètes :

Dans notre étude, un médecin expérimentateur qui a une longue expérience de l'interprétariat en santé nous rappelle que le travail avec interprète nécessite un apprentissage, qu'il ne « s'improvise pas ». Une étude conduite dans le service des consultations médicales de l'hôpital universitaire de Genève montre d'ailleurs l'amélioration de la satisfaction des migrants vis-à-vis de la consultation avant et après la formation des médecins au recours à l'interprétariat professionnel (103).

Dans la thèse sur la mise à disposition d'interprètes professionnels en cabinet de médecine générale en Alsace (45), la moitié des médecins interrogés était intéressée par une formation. A noter qu'un certain nombre de médecins avait répondu par la négative au départ puis ont changé d'avis par la suite se rendant compte de la nécessité d'une formation au fur et à mesure des consultations avec interprètes.

Des recommandations sur le bon déroulement d'un entretien avec un interprète sont proposées également par des associations promouvant l'interprétariat en santé comme ISM interprétariat (fiches pratiques pour l'interprétariat sur place (104) et par téléphone (105)), reprises dans les recommandations de la HAS, où l'on encourage le professionnel à informer l'interprète sur le motif de la consultation et les objectifs prévus lors de l'entretien, à présenter l'interprète au patient en expliquant brièvement son cadre d'intervention, et à inviter l'interprète à exposer le cadre déontologique de sa fonction. Il est recommandé par ailleurs, dans la mesure du possible, d'opter pour une disposition en triangle, et au professionnel de santé de s'adresser directement au patient compte tenu de l'importance de la communication non verbale. Enfin, après l'entretien un moment d'échange entre le professionnel de santé et l'interprète est encouragé, notamment dans le cas d'entretiens émotionnellement difficiles.

- Sensibilisation à la transculturalité :

L'interprétariat en milieu médical s'inscrit à l'intersection de champs différents et pourtant complémentaires ; la traduction, l'interculturalité, et la linguistique comme l'explique Claire Mestre en ouverture du colloque de la revue « l'Autre » en 2016. Au-delà de l'interculturalité qui suppose de connaître la culture de l'Autre, la prise en soins de migrants allophones implique de la part du soignant d'adopter une approche transculturelle, c'est-à-dire qui accepte et intègre l'altérité dans les soins. Par cette approche le soignant, loin d'« essentialiser » le patient, reconnaît et a conscience de la culture de l'Autre, en se demandant quels sont les éléments de culture qui peuvent interagir avec le soin, pour comprendre les conditions dans lesquelles le corps et les soins sont pensés et ressentis par les patients. Cette approche ne devrait d'ailleurs pas être propre aux patients migrants, puisque la rencontre médecin-patient en général, ce « colloque singulier » suppose un décentrage, c'est à dire une prise en compte de la sensibilité, des représentations, des croyances, de l'histoire personnelle de chacun dans les soins, ce d'autant que médecin et patient évoluent souvent dans des milieux différents, ne font pas toujours partie des mêmes classes socio-économiques, socio-culturelles etc. Il existe à Bordeaux un Diplôme Universitaire « Médecines et soins transculturels », qui vise à analyser les liens entre la maladie, les soins, les recours et les cultures par le biais d'une approche

pluridisciplinaire : cliniciens, anthropologues, chercheurs en sciences humaines, et à acquérir des connaissances relatives aux médecines et aux cliniques transculturelles en s'interrogeant sur ses propres représentations, et en mettant en relation les problématiques individuelles, familiales et collectives. Il serait également intéressant d'intégrer dans le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, un module sur la prise en soins en contexte transculturel.

Une meilleure communication sur la possibilité de recours à l'interprétariat professionnel et sur les modalités d'intervention de l'interprète (gratuité et confidentialité)

Auprès des médecins :

La plupart des médecins non-expérimentateurs interrogés dans cette étude n'avait pas eu recours à l'interprétariat faute d'avoir été informé sur la possibilité d'y faire appel, et un médecin expérimentateur insiste également sur la nécessité d'améliorer l'information sur les possibilités de recours à l'interprétariat professionnel. Le non-recours et la sous-utilisation des professionnels au service d'interprétariat mis à leur disposition, démontre donc la nécessité de promouvoir en parallèle les services d'interprétariat même quand ils sont déjà disponibles et connus, pour montrer leur pertinence dans les entretiens médicaux et pour habituer les professionnels de santé à les utiliser (34).

Cette communication sur la possibilité d'avoir recours et sa pertinence doit également intégrer les modalités d'intervention des interprètes et la façon de les solliciter en pratique. Elle pourrait se faire au moyen de différents supports (guide papier, tutoriel vidéo, recueils de témoignage, etc.) et s'inspirer de ce qui est proposé par l'URLM Pays de la Loire (106), qui décrit simplement par exemple dans son guide d'utilisation de l'interprétariat en médecine libérale, la procédure pour accéder à l'interprétariat; en précisant que l'interprète est soumis au secret professionnel et que le service est gratuit pour le médecin comme pour le patient. Ces deux derniers points sont essentiels à mettre en avant car il est apparu dans ce travail, à l'instar d'autres études, que le coût et les problèmes de confidentialité supposés par les médecins sont des freins importants au non-recours.

Auprès des patients :

Une fiche d'information sur la possibilité et la manière de demander aux médecins d'avoir recours à l'interprétariat professionnel pourrait être également éditée à destination des patients, disponible dans divers lieux publics, structures d'hébergement et associations, et mis à disposition des travailleurs sociaux par exemple. Elle devrait alors être traduite dans les langues les plus couramment rencontrées.

La HAS recommande d'ailleurs que la possibilité de recours à l'interprétariat soit davantage diffusée auprès des patients/usagers (34).

Faciliter au maximum le recours à l'interprétariat professionnel pour les médecins :

Compte tenu de ce qui a été développé dans ce travail, il apparaît indispensable pour développer l'interprétariat en médecine générale de proposer un service très simple d'utilisation, accessible quasi-instantanément, sans réservation préalable. Dans ce contexte, l'interprétariat téléphonique de recours spontané dans un nombre de langue important 24h/24h semble le plus adapté à la réalité des médecins généralistes exerçant en libéral, plus que l'interprétariat présentiel ou à distance par réservation comme ACCEO. L'interprétariat téléphonique permet en effet un accès immédiat sans avoir à planifier la consultation avec tout ce que cela implique de contraintes en termes d'organisation et de perception de « temps perdu ». L'interprétariat présentiel pourrait être réservé à des consultations de psychothérapie de soutien, des réunions de coordination de soins par exemple, programmées et donc plus facilement anticipables, ou à des consultations chez les spécialistes d'organe.

Compte tenu de l'apport de la vidéo mis en avant dans cette étude par les médecins et les patients, et qui nécessiterait une évaluation de plus grande ampleur, on pourrait imaginer un service d'interprétariat à distance de recours spontané, disponible en audio avec la vidéo en option. En attendant, ISM interprétariat par téléphone qui a été évalué dans plusieurs études, donne satisfaction au médecins comme aux patients, et est considéré comme étant bien adapté à la pratique de la médecine générale en libéral, (45), (82), (93), (48).

Pour augmenter le recours à l'interprétariat, la HAS recommande d'ailleurs la mise en place de procédures simples et rapides, et harmonisées sur l'ensemble du territoire (34)

Si le service choisi fonctionne sur la base de rendez-vous il apparaît nécessaire de proposer un soutien logistique aux médecins dans l'organisation et la planification des consultations avec interprètes ; et de mettre en place des procédures d'identification des besoins d'interprétariat en amont de la consultation (formation et sensibilisation du personnel d'accueil et de secrétariat médical par exemple).

La mise en place de financements pérennes :

Actuellement à Bordeaux, l'interprétariat dans le cadre du dispositif CARE est financé exclusivement par le CCAS, par des crédits très limités qui ne seront pas forcément reconduits. Or nous avons vu qu'un nombre défini d'heures financées d'interprétariat, partagées à plusieurs selon des modalités inconnues des médecins bénéficiaires, avait freiné les velléités de

déploiement du dispositif d'interprétariat par la PSV, mais également le recours des médecins expérimentateurs qui pouvaient culpabiliser d'y faire appel, compte tenu de la conscience de ce « forfait » d'heures partagé entre plusieurs médecins, ou n'y avoir recours que pour des situations compliquées, ce qui freine sa banalisation.

Un mode de financement pérenne de l'ARS, en partenariat par exemple avec l'association des médecins libéraux d'Aquitaine (URML) comme c'est le cas en Alsace depuis une dizaine d'années, permettrait de déployer sans hésitation la communication autour de l'interprétariat professionnel à tous les médecins généralistes de Bordeaux, de déculpabiliser le recours pour les médecins et de mettre en place des outils de sensibilisation et d'aide au recours à l'interprétariat professionnel comme le guide d'utilisation cité plus haut, édité aux Pays de la Loire.

Il faut rappeler à cet égard que la mise à disposition de l'interprétariat professionnel pour d'autres services que les PASS notamment à la médecine de ville fait partie des axes du PRAPS 2018-2023 (36) de Nouvelle Aquitaine.

Pour la HAS d'ailleurs, il est attendu une amélioration de l'équité dans l'accès aux services d'interprétariat, avec une plus grande visibilité des enveloppes attribuées à l'interprétariat dans le domaine de la santé. La mise en place de financements spécifiques et pérennes permettrait, d'après la HAS et les acteurs concernés, de faciliter l'accès de façon uniforme à l'interprétariat en santé et donc de réduire les inégalités de territoire.

Les acteurs engagés dans ce domaine militent d'ailleurs pour un service public d'interprétariat médico-social, plutôt que de laisser fleurir les initiatives privées, qu'elles soient lucratives ou bénévoles (92).

Modification de la rémunération des médecins généralistes :

Pour encourager l'accompagnement des migrants allophones par les médecins généralistes, on pourrait envisager une cotation spécifique, par une majoration de la consultation de base pour les consultations avec interprètes, ou un forfait inclus dans la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). On peut également légitimement se poser la question d'une remise en cause du paiement à l'acte et de la nécessité de diversifier les modes de rémunération des médecins (107). Le développement de la rémunération forfaitaire ou par capitation sur des objectifs de qualité de soins, de prévention, de santé publique et de performance, ainsi que le développement du salariat pourrait permettre d'améliorer la prise en soins des patients migrants allophones, et réduire les inégalités sociales de santé (108).

Développer les travaux de recherches sur l'interprétariat en France :

Il a été décidé par le CCAS de ville de Bordeaux de ne pas prolonger son contrat avec ACCEO pour l'interprétariat par visio-conférence, compte tenu des difficultés techniques et de la nécessité de réserver pour la plupart des langues demandées. Une convention a été signée récemment avec ISM interprétariat avec une enveloppe budgétaire débloquée pour un an.

L'interprétariat par téléphone semble être un dispositif adapté aux soins primaires et demande à être expérimenté en Aquitaine. Une étude pilote, appelant à coordonner l'ARS Nouvelle Aquitaine, des associations proposant des services d'interprétariat professionnel ainsi que la PSV, pourrait permettre de mettre en place dans de bonnes conditions et d'évaluer un dispositif prenant davantage en considération les réserves des médecins généralistes, notamment concernant la nécessité d'un service instantané. Elle serait composée d'un volet sur la promotion de l'interprétariat professionnel à destination des médecins (formation initiale et continue, diffusion de fiches d'informations), d'une évaluation économique et de faisabilité auprès des médecins généralistes de Bordeaux. Il serait également intéressant que cette étude associe à la fois un volet quantitatif et qualitatif. Ce dispositif pourrait être, in fine, à l'image de celui mis en place en Alsace par Migration Santé Alsace, avec le concours de l'ARS et le l'URML Alsace.

Contrairement au pays anglosaxons, il existe à ce jour très peu d'études mesurant le coût et l'efficacité de l'interprétariat linguistique en santé à partir d'évaluations médico-économiques des dispositifs d'interprétariat. La DGS a conduit une évaluation médico-économique, pour établir des recommandations à l'échelle nationale et proposer des modalités de prise en charge harmonisée sur le territoire national mais ce travail ne concernait que certaines pathologies : VIH, tuberculose et diabète, et n'a pas permis d'aboutir à des conclusions sur le plan économique. En revanche, ce rapport a permis d'asseoir l'importance de l'interprétariat professionnel en santé, même s'il proposait de cantonner l'interprétariat aux maladies chroniques, à l'annonce de pathologies graves et à l'éducation thérapeutique. La médecine générale étant le premier recours, elle rencontre une diversité beaucoup plus large, et nous pouvons supposer que le cadre posé par la DGS, orienté vers le secteur hospitalier, ne répond pas aux attentes des médecins généralistes et à leurs problématiques. La prochaine étude médico-économique doit prendre en compte le contexte spécifique des soins primaires.

VI. Conclusion :

Cette étude a permis de réaffirmer la nécessité pour les patients, comme pour les médecins généralistes, d'accéder à un service d'interprétariat professionnel, en ce qu'il permet une nette amélioration de la relation médecin patient et donc une prise en soins globale de meilleure qualité, respectueuse des exigences éthiques de dignité humaine et de confidentialité. Jusqu'alors le recours à l'interprétariat professionnel a malgré tout été assez restreint du fait de nombreux freins. Ainsi, pour espérer développer l'interprétariat professionnel en médecine générale en France, il semble indispensable de former les médecins à la pertinence du recours, améliorer la communication autour des dispositifs existant, proposer un service d'interprétariat simple d'utilisation et disponible spontanément, financé de manière pérenne par les institutions sanitaires.

La société française est multiculturelle comme en témoigne l'enquête Trajectoire et Origines de l'INSEE et l'INED (4). Les mouvements et la présence de populations d'origines, de cultures et de langues diverses constituent une réalité incontournable qui pose les questions essentielles de l'accueil de ces populations, de leur intégration, de leur accès aux droits et aux soins (91). En ces temps de crispation autour de la question migratoire, de remise en question de l'AME, il nous semble important de réaffirmer l'importance de maintenir et développer l'universalité et l'inconditionnalité de l'accès aux soins en France, comme le Comité Consultatif National d'Éthique nous exhorte à le faire : *« La solidarité et la fraternité de tous doivent s'exercer, en particulier, envers ceux qui ont dû se résigner à l'exil et affronter les lourdes contraintes et les violences du voyage, outre la clandestinité et l'asservissement aux passeurs de la migration, quelles que soient leurs origines, leurs appartenances ethniques, leurs convictions religieuses, leurs modes d'entrée et leurs conditions de séjour sur le territoire »*. Toute personne *« au cas où lui survient une affection pathologique physique ou mentale, doit aussi pouvoir librement accéder au système d'offre de soins à égalité avec toute autre personne séjournant sur le territoire français »* (109). L'importance ou non que l'on donne à l'interprétariat peut être liée à la place que l'on fait ou que l'on veut faire aux étrangers en France (92), et certaines personnalités politiques, institutions ou professionnels de santé font part de leur crainte de l'appel d'air que pourrait entraîner la mise en place de conditions plus favorables à l'accueil d'un public migrant (31). Or cette crainte, non fondée, a été dénoncée

récemment par le défenseur des droits Jacques Toubon dans son rapport sur les personnes malades étrangères (110).

Au-delà de l'égalité de l'accès aux soins, le recours à l'interprétariat renvoie à la notion d'équité du système de soins, qui suppose de prendre en compte et de s'adapter aux particularités de chacun pour ne pas creuser les inégalités sociales de santé (111). Nous espérons que le développement de l'interprétariat professionnel et une meilleure connaissance de ce métier par les médecins généralistes permettront qu'il devienne pratique courante, afin de contribuer à améliorer l'accès aux soins des patients allophones.

VII. Bibliographie :

1. Migrant/migration | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
2. Comède. Migrants/étrangers en situation précaire Soins et accompagnement. Comité pour la santé des exilés; 2015. (Guide pratique pour les professionnels).
3. Définitions : allophone - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/allophone/2427>
4. Simon P, Beauchemin C, Hamel C, Borel C. Trajectoires et Origines : Enquête sur la diversité des population en France [Internet]. INED, INSEE, TEO; 2010 oct [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19558/dt168_teo.fr.pdf
5. Définition - Immigré | Insee [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
6. User S. Demandeurs d'asile [Internet]. France terre d'asile. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.france-terre-asile.org/demandeurs-d-asile-col-280/infos-migrants/demandeurs-d-asile>
7. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Académie nationale de médecine; 2017 p. 24.
8. Hamel C, Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Paris X; 2013 p. 60. Report No.: document de travail 190.
9. Fennelly K. The « healthy migrant » effect. Minn Med. mars 2007;90(3):51-3.
10. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012;Santé et recours aux soins des migrants en France(2-3-4):17-20.
11. Fassin D. Vers une autre approche de la santé des migrants [Internet]. Université Paris Diderot; 2019 [cité 3 oct 2019]. (conférence; vol. 1ère journée scientifique de l'institut convergences migrations). Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=a_wdWJBuJoo
12. Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé [Internet]. La Découverte; 2000 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-page-13.htm>
13. INPES - ISS: Définition et concepts du champ [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
14. Fassin D, Aiach P. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. La revue du praticien. 2004;(54):2221-7.

15. Cognet M, Hoyez A-C, Poiret C. Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. *Revue européenne des migrations internationales*. 1 juin 2012;28(vol. 28-n°2):7-10.
16. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*. 2005;no 8(3):31-9.
17. Quelet S, Lot F. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique [Internet]. 2017 sept [cité 3 juin 2019] p. 371-436. Report No.: N° 19-20. Disponible sur: <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2017/09/2017-BEH-19-20.pdf>
18. Verniolle R. L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS. *Regards*. 1 déc 2016;N° 49(1):121-36.
19. Vignier N, Chauvin P, Dray-Spira R. Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses [Internet]. *La Découverte*; 2017 [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-113.htm>
20. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.
21. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé, Société et Solidarité*. 2004;3(2):61-71.
22. Perret G, Stéphanie Vandentorren. les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en île-de-france. juin 2019;Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire :11.
23. Dreyfus B. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits. *Regards*. 2014;N° 46(2):41-9.
24. Boisguérin H. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. *DREES*; 2008 juill p. 8. Report No.: 645.
25. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Revue de littérature*. 2012;8.
26. Cognet M. Travailleurs migrants en santé: une utopie? 2016;5.
27. Bassett C. Santé des migrants et exigence éthique [Internet]. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé; 2017 [cité 28 févr 2019] p. 251. Report No.: avis n°127. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants.pdf
28. Lordier N. De la PASS au droit commun: état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011 [Thèse d'exercice]. [1962-...., France]: Université de Nantes; 2013.
29. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*. 31 déc 2015;27(5):679-90.

30. Beelur A, Petregne F. Le médecin généraliste et la barrière linguistique: enquête qualitative exploratoire d'analyse de pratiques auprès de 10 généralistes girondins [Thèse de médecine générale]. Bordeaux; 2011.
31. Kotobi L., Larchande S. et Kessa Z.,. « Enjeux et logiques de recours à l'interprétariat en milieu hospitalier : une recherche-action autour de l'annonce d'une maladie grave ». Migrations santé. 2013;les soignants face aux migrants : représentations et pratiques cliniques(n° 146-147):53-80.
32. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
33. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 90. 2016-41 janv 26, 2016.
34. Haute Autorité de santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. 2017 [cité 29 oct 2018] p. 55. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf
35. Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. Ministère de la Solidarité et de la Santé; 2018 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf
36. PRAPS 2018-2023 Nouvelle Aquitaine [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/PRS_NA_2018_PRAPS_07_2018_0.pdf
37. Chappuis M, Gutton C, Tomasino A. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. Médecins du Monde; 2018 p. 144. Report No.: 18.
38. Moro M-R, Mestre C, Kotobi L. Interprétariat en santé : traduire et passer les frontières [Internet]. 2016 [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.transculturel.eu/attachment/764264/>
39. charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France [Internet]. 2012 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>
40. Migrations Santé Alsace. Note d'opportunité pour un interprétariat médical et social professionnel [Internet]. [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: https://www.migrations-sante.org/wp-content/uploads/2016/03/Note_interpretariat_professionnel.pdf
41. Schwarzinger M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction générale de la Santé; 2012 p. 11.
42. Kotobi L. Interculturalité, médiation, interprétariat et santé. La santé en action. déc 2017;(442):3.
43. Bischoff A, Tonnerre C, Eytan A, Bernstein M. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. Médecine Sociale et Préventive. 1999;(44):248-56.

44. Vissandjee B, Hemlin I, Gravel S, Roy S, Dupéré S. La diversité culturelle montréalaise : une diversité de défis pour la santé publique. *Sante Publique*. 2005;Vol. 17(3):417-28.
45. Boucekhine S. Mise à disposition d'interprètes professionnels en cabinet de médecine libérale: à propos d'une étude pilote. Thèse de Médecine Générale. Université de Strasbourg.; 2010.
46. Schoenel M. Effets de l'interprète professionnel sur la pratique du médecin généraliste. Entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes utilisateurs de l'interprétariat professionnel [Thèse de médecine générale]. [Université de Strasbourg]: Strasbourg; 2014.
47. Interprétariat professionnel [Internet]. URPS. 2017 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <http://urml-paysdelaloire.org/nos-services/interpretariat/>
48. Soumana Ali M, Ducroz M, Albert F. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018. » [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2018 [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/15007808/2018MCEM9390/fichier/9390F.pdf>
49. Petregne F, Montariol Y, Castera P, Ducos G. Le médecin généraliste et la barrière linguistique : utilisation d'outils d'aide à la consultation en médecine générale. *Médecine : de la médecine factuelle a nos pratiques*. 2014;10(8):372-5.
50. Présentation de l'association Mana - Parole sans frontière - Psychanalyse et exil [Internet]. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.parole-sans-frontiere.org/spip.php?article114>
51. Baisse d'audition ? Malentendant ? Sourd ? Utiliser gratuitement Acceo [Internet]. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.acce-o.fr/quisommesnous.html>
52. Rode A. Le « "non-recours" » aux soins des populations précaires. *Constructions et réceptions des normes*. :509.
53. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
54. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
55. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*. 1 mars 2004;10(1):79-86.
56. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
57. Ink M. Mener et retranscrire un entretien sociologique : trucs et astuces [Internet]. Le carnet des étudiant-e-s du Master Sociologie générale de l'EHESS. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://mastersociologie.hypotheses.org/3342>
58. Combessie J-C. II. L'entretien semi-directif. *Reperes*. 2007;5e éd.:24-32.
59. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *crs*. 1994;(23):147-81.

60. Gallon A-C, Le Quéré F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales: entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.
61. Ribera JM, Grietens KP, Toomer E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié? [Internet]. Belgique: Cofetis; 2008 mars [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: http://www.appartenances.ch/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf
62. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev.* juin 2005;62(3):255-99.
63. Jacobs E, Shepard D, Suaya J. Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. *Am J Public Health.* mai 2004;94(5):866–869.
64. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé [Internet]. Santé Canada; 2001 nov [cité 29 oct 2018] p. 155. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html>
65. Ancelot L, Bonnal L, Depret M-H. Déclarations de renoncement aux soins et non-recours aux services de santé : mesures comparatives et déterminants [Internet]. Université de Poitiers; [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Ancelot_Bonnal_Depret.pdf
66. Marin I, Farota-Romejko I, Larchanché S, Kessar Z. Soigner en langue étrangère. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2012;n° 111(4):11-9.
67. Kuo D, Fagan MJ. Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *J Gen Intern Med.* sept 1999;14(9):547-50.
68. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R. Doctor–patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling.* août 2007;67(3):286-92.
69. Boukacem D, Bousouar M, Fiasson D. Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées. Programme régional d'intégration des populations immigrées en Rhône-Alpes; 2012 août.
70. Veisse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 2012;(2-3-4).
71. 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.
72. Allen DJ, Heyrman PJ. la définition européenne de la médecine générale – médecine de famille préparé par la 2002. *WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille);* 2002 p. 52.
73. Junod N, Sommer J. Approches en communication pour le bon déroulement de la consultation [Internet]. Médecine et Hygiène. Genève; 1995 [cité 19 oct 2019]. Disponible sur:

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/approches_bon_deroulement_consultation.pdf

74. Chaaban S. Evaluation de la pratique des medecins generalistes sur l'utilisation d'interprete professionnel face a un patient non francophone ou utilisateur elementaire de la langue francaise a toulouse. Toulouse III; 2014.
75. LOI n° 2013-711 du 5 août 2013 portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France. 2013-711 août 5, 2013.
76. Sanca R, Allafort C, Mantrach Z, Postolache I. Accueil du nouveau-né au CADA d'Eysines : entre l'intimité de la langue maternelle et la socialisation dans la langue d'adoption. Quelle place pour l'interprète ? *L'Autre*. 17 oct 2017;Volume 18(1):103-9.
77. Chalverat C, Jonckheere C de, Steck LR, Elghezouani A. Le thérapeute et le diplomate: Modélisation de pratiques de soin aux migrants. Éditions ies; 2017. 212 p.
78. Métraux J-C. Du mépris à la reconnaissance. Réflexions sur la psychothérapie des familles migrantes. *Le Divan familial*. 2008;N° 21(2):135-54.
79. Goguikian Ratcliff B, Pereira C. L'alliance thérapeutique triadique dans une psychothérapie avec un interprète : un concept en quête de validation. *Pratiques Psychologiques [Internet]*. 21 mars 2018 [cité 20 déc 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176318300191>
80. Laval C. L'interprétariat en santé mentale. *les cahiers de rhizome*. févr 2015;(55):101.
81. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*. 1 mai 2013;91(2):131-40.
82. Quand la médecine a besoin d'interprètes - Patrice Guex - Payot [Internet]. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: https://www.payot.ch/Detail/quand_la_medecine_a_besoin_dinterpretes-patrice_guex-9782880491994
83. Weber O, Molina ME. Le point de vue des médiateurs culturels/interprètes. In: *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Médecine et Hygiène. Genève; 2003. p. 85-112.
84. Singy P. Health and Migration: Ideal Translator the Ideal of Translation? *La linguistique*. Vol. 39(1):135-50.
85. Métraux, J. C. L'interprète, ce nouvel acteur. *Cahiers psychiatriques*. 2002;29:115-35.
86. Ticca A-C, Traverso V. Interactions en consultation médicale, partant d'une recherche menée en France et au Mexique. In: *L'autre - Cliniques, Cultures et Sociétés [Internet]*. Bordeaux; 2016 [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: <https://revuelautre.com/colloque/intervention-colloque/interactions-consultation-medecine-partant-dune-recherche-menee-france-mexique/>
87. Sapir E. *Le langage: introduction à l'étude de la parole*. Payot; 1967. 232 p.
88. Abdallah-Pretceille M. Langue et identité culturelle. *Enfance*. 1991;44(4):305-9.

89. Stevens LA, Mitchell PM, Vasquez J, Lopez GM, Gutierrez A, McGrath ME. 384 Spanish-Speaking Patient Satisfaction With Interpreter Services in the Emergency Department: Comparison of In-Person versus Live-Feed Video Interpretation. *Annals of Emergency Medicine*. 1 oct 2011;58(4):S308.
90. Hornberger JC, Gibson CD, Wood W, Dequeldre C, Corso I, Palla B, et al. Eliminating language barriers for non-English-speaking patients. *Med Care*. août 1996;34(8):845-56.
91. Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés. *Hommes & migrations Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*. 1 nov 2009;(1282):102-6.
92. Chambon N, Beal A. Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Les cahiers de Rhizome*. févr 2015;55:9-19.
93. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel [Thèse d'exercice]. Université de Rennes; 2016.
94. Burbano O'Leary SC, Federico S, Hampers LC. The truth about language barriers: one residency program's experience. *Pediatrics*. mai 2003;111(5 Pt 1):e569-573.
95. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gildengorin G. The Language Divide. *Journal of General Internal Medicine*. 1 févr 2004;19(2):175-83.
96. Locatis C, Williamson D, Gould-Kabler C, Zone-Smith L, Detzler I, Roberson J, et al. Comparing In-Person, Video, and Telephonic Medical Interpretation. *J Gen Intern Med*. avr 2010;25(4):345-50.
97. Schulz TR, Leder K, Akinci I, Biggs B-A. Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. *Aust Health Rev*. sept 2015;39(4):395-9.
98. Karlsen WB, Haabeth AL. [The telephone interpreter. A good alternative to the traditional interpreter]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 20 janv 1998;118(2):253-4.
99. Price EL, Pérez-Stable EJ, Nickleach D, López M, Karliner LS. Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*. 1 mai 2012;87(2):226-32.
100. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, O'Brien H, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Clinician Ratings of Interpreter Mediated Visits in Underserved Primary Care Settings with Ad hoc, In-person Professional, and Video Conferencing Modes. *J Health Care Poor Underserved*. févr 2010;21(1):301-17.
101. Joseph C, Garruba M, Melder A. Patient satisfaction of telephone or video interpreter services compared with in-person services: a systematic review*. *Aust Health Review*. 27 avr 2018;42(2):168-77.
102. Recommandation du Comité des Ministres aux Etats membres sur les services de santé dans une société multiculturelle [Internet]. Conseil de l'Europe; 2006 [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d73bf

103. 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.
104. ISM interprétariat. Fiche pratique : Comment travailler avec un interprete sur place [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: http://www.ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2019/06/ism_comment-travailler-avec-un-interprete-sur-place1.pdf
105. ISM interprétariat. Fiche pratique interprétariat par téléphone [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2019/06/fiche-pratique-interpr%C3%A9tariat-par-t%C3%A9l%C3%A9phone-new.pdf>
106. URLM Pays de la Loire, ARS. guide d'utilisation de l'interprétariat professionnel en médecine libérale [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <http://urml-paysdelaloire.org/lls4rR5LPeWqai/uploads/2017/06/GUIDE-UTILISATION-INTERPRETARIAT.pdf>
107. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 24 avr 2009;n° 5(1):144-58.
108. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.
109. Diederich N. 2. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. In: Stériliser le handicap mental ? [Internet]. ERES; 1998 [cité 28 févr 2019]. p. 251. Disponible sur: <http://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-251.htm>
110. Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer [Internet]. Défenseur des Droits. 2019 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/05/personnes-malades-etrangeres-des-droits-fragilises-des-protections-a-renforcer>
111. Cailhol J, Lombrail P. Faire davantage valoir le principe d'équité. *LA REVUE DU PRATICIEN.* 2019;69:20.

VIII. Annexes

ANNEXE 1



Le CCAS de la Ville de Bordeaux, soutenu par l'ARS, a développé une « Plateforme Santé Vulnérabilité ». Elle vise à prendre en compte de manière opérationnelle et réactive les situations les plus dégradées et les plus complexes.

Ce dispositif propose un numéro de téléphone dédié, mis à disposition de l'ensemble des professionnels de toutes structures et de tous citoyens, afin de recueillir les alertes émises sur des personnes dont l'état de santé, les conditions d'existence ou le comportement sont inquiétants pour la personne elle-même et pour son entourage.

Ces signalements sont traités et analysés par des professionnels qui sont en mesure d'activer des équipes mobiles sanitaires et sociales.

Dans un premier temps, il s'agit d'aller à la rencontre de la personne sur son lieu de vie afin de :

- recueillir des informations sur sa situation et son état de santé ;
- lui proposer des solutions de premier niveau (mise à l'abri, soins...).

Dans un second temps, cette plateforme assure une coordination entre les différents professionnels du secteur social et de la santé susceptibles de mettre en œuvre un parcours adapté pour résoudre durablement la situation.

En 2017, la plateforme a traité 105 signalements, 57% des demandes émanant du secteur social, 35% des demandes émanant du secteur médical.

Contacts :

plateforme.santevulnerabilite@mairie-bordeaux.fr

05 57 89 38 84

ANNEXE 2



Bordeaux le 16/10/2017



PARTENARIAT POUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PERSONNES

EN SITUATION DE VULNERABILITE SOCIALE

Chère consœur, cher confrère,

Vous avez dans votre patientèle des personnes dont la prise en charge est parfois complexe et chronophage, du fait de leur situation de vulnérabilité sociale.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHU de Bordeaux, la Délégation Aquitaine de Médecins du Monde, la Plateforme Santé Vulnérabilité du CCAS de Bordeaux ont conçu un dispositif d'orientation et de soutien dédié à ces situations : **le dispositif CARE** "Appui Santé"

Cette expérimentation a pour objectif d'offrir un ensemble d'outils à l'attention des professionnels de santé, destinés à faciliter la prise en charge de leurs patients en situation de vulnérabilité sociale, à savoir :

- **Plateforme téléphonique d'appui et d'orientation**
- **Etude et mise en place des droits sociaux**
- **Interprétariat**
- **Outil informatique sécurisé de transmission des données**

Les quartiers Bastide et Bordeaux Sud où vous exercez ont été choisis pour la première phase de mise en place du dispositif CARE, il vous est ainsi proposé d'y participer et d'expérimenter le soutien qu'il pourra apporter à votre pratique professionnelle.

Dans cette perspective une réunion d'information vous est proposée le :

Mercredi 8 novembre de 13h à 14h ou **Jeudi 9 novembre de 19h30 à 20h30**

au Jardin Botanique

à La Halle des Douves

Eplanade Liné – Salle de conférence

4 rue des Douves – Salle des Remparts

Bordeaux

Bordeaux

Pour plus d'information, vous pouvez nous contacter au 05.57.89.38.84 ou par mail : plateforme.santévulnérabilité@mairie-bordeaux.fr

Bien confraternellement.

CHU de Bordeaux
Philippe VIGOUROUX
Directeur Général

CCAS de Bordeaux
Nicolas BRUGERE
Vice-président du CCAS de Bordeaux

Médecins du Monde
Docteur COULIBALY
Membre du collège régional de
Médecins du Monde

Qui contacter?

Plateforme téléphonique

Sociale

05 57 89 38 84

Santé

05 56 79 58 76

CCAS de Bordeaux

4 rue Claude Bonnier - Bordeaux

05 57 89 39 39

PASS Saint André

86 cours d'Albert - Bordeaux

05 56 79 58 76

Plateforme Santé Vulnérabilité

4 rue Claude Bonnier - Bordeaux

05 57 89 38 84

Médecins du Monde

2 rue Charlevoix de Villers - Bordeaux

05 56 48 78 19

Le Centre Hospitalier

Universitaire de Bordeaux, la

Permanence d'Accès aux

Soins de Santé, Médecins

du Monde et le Centre

Communal d'Action Sociale

de Bordeaux via la

Plateforme Santé

Vulnérabilité

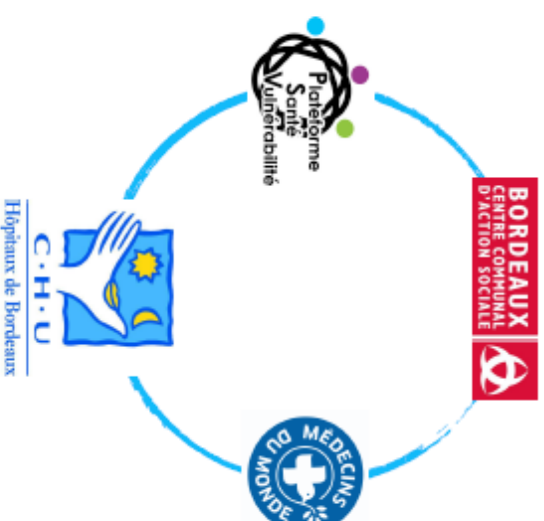
proposent une plateforme pour coordonner et faciliter la prise en charge des publics en situation de vulnérabilité. Ce dispositif expérimental vise à soutenir les professionnels de santé libéraux en mettant à disposition un appui et des outils sociaux, administratifs et d'interprétariat favorisant leurs parcours de soins.

Projet CARE

Vous accompagner

à prendre soin des

plus vulnérables



Une question sociale ?

↪ Une demande d'information pour orientation

N° Plateforme Santé Vulnérabilité

05 57 89 38 84

Un besoin d'interprétariat?

MANA Interprétariat médical et social

ACCCEO* Interprétariat par visio-conférence

Un problème d'accès aux droits?

Centre Communal d'Action Sociale**

Permanence sans RDV du lundi au vendredi de 08h30 à 16h30

MDPH**

Permanence d'aide à la complétude des dossiers du lundi au vendredi de 8H30 à 18H

Allo Mutuelle Santé**

Comparateur de mutuelles santé et assurances

Un besoin d'accompagnement physique dans les démarches?

Médiateurs

Des médiateurs seront disponibles pour accompagner vos patients

Un parcours de soins complexe à coordonner?

↪ Un accès à un plateau technique facilité

N° Permanence d'Accès aux Soins de Santé

05 56 79 58 76

pass.saint-andre@chu-bordeaux.fr

Un problème de santé plus spécifique?

PASS

Accès facilité à un rendez-vous auprès d'un spécialiste, pour des examens spécifiques

Délivrance gratuite de traitement en cas de non ouverture des droits

Soutien technique dans la coordination des soins

Un besoin de formation, de sensibilisation à la prise en charge des plus vulnérables?

Médecins du Monde

Sensibilisation à l'accès aux droits en matière de santé - Session de formation autour de la transdisciplinarité des soins

Vous êtes professionnels de santé.

Vous avez dans votre patientèle des personnes en situation de grande vulnérabilité?

Vous ressentez la nécessité de trouver des appuis médico-psycho-sociaux?

Le projet CARE met à votre disposition des outils opérationnels facilitant cet accompagnement.

* Code d'accès disponible à la demande

** Cité Municipale - 4 rue Claude Bonnier - 33000 Bordeaux



Guide pratique de mise en place



L'application pour l'accessibilité téléphonique aux personnes malentendantes ou sourdes



L'application pour l'accessibilité sur site aux personnes malentendantes ou sourdes et « entendantes » non francophones

Recevoir un appel téléphonique

Prérequis technique

Aucun – les appels Acceo sont des appels classiques arrivant sur vos lignes téléphoniques

Installation

De votre côté: **aucune installation technique n'est à prévoir** (matériel ou réseau), vous recevez de simples appels téléphoniques

Du côté de la personne malentendante ou sourde: elle doit au préalable télécharger l'application Acceo, disponible gratuitement sur Google play ou App Store.

Document à nous fournir

Un **fichier Excel à compléter** par vos soins avec la liste des numéros et adresses que vous souhaitez rendre accessibles.


Joindre la Direction du déploiement Acceo :

01 79 84 40 11 / deploiement@acce-o.fr

- **Dans le moteur de recherche Acceo**

Vous êtes automatiquement référencés en tant qu'établissement accessible dans notre moteur de recherche.

- **Sur votre site internet**

1. Acceo vous crée une interface web personnalisée sous forme d'URL à intégrer sur votre site. Au niveau de votre zone de contact, mettre en avant ce pictogramme 
2. Entre le pictogramme et l'URL, nous vous conseillons fortement de faire une page explicative. Nous vous fournissons un fichier source format html personnalisable pour vous aider dans la création de cette page.

Joindre la Direction de la Communication Acceo

01 79 84 40 14 / communication@acce-o.fr

Pour les échanges en face à face

Prérequis technique

La qualité de l'échange dépend, ici, de la bonne connexion internet

Installation

Pour l'accueil des personnes malentendantes ou sourdes :

- **Aucune installation** si le client vient avec l'application Acceo sur son smartphone et si au sein de votre établissement il y a une bonne connexion 3G ou 4G.
- Pour plus de confort, installer l'**application AcceoLangues**
<https://www.acce-o.fr/download/acceolangues/>

Pour l'accueil des personnes « entendantes » non francophones:

Vous devez obligatoirement, installer l'application AcceoLangues
<https://www.acce-o.fr/download/acceolangues/>

Pour l'application AcceoLangues, il est fortement recommandé :

- d'être connecté en wifi ou filaire : ouverture des ports indispensable (cf fiche technique en page 4)
Login et mot de passe fournis par Acceo
- d'être équipé d'une webcam et d'un device pour la prise de son et hautparleur type Jabra 510

Joindre la Direction du déploiement Acceo

01 79 84 40 11 / deploiement@acce-o.fr

Mise en avant de votre accessibilité

Afin que la personne malentendante ou sourde connaisse votre accessibilité et télécharge l'application, nous vous fournissons :

- affiche format A5 et/ou poster A3
- vitrophanie à coller sur la devanture de votre établissement

Joindre la Direction de la Communication Acceo

01 79 84 40 14 / communication@acce-o.fr

Prérequis technique d'ACCEO application

1 - Prérequis réseau

Ouverture firewall sur les adresses IP et ports suivants:

Fonctionnalités	Adresse IP	Ports
Acceo Application	mobile.acce-o.fr	TCP/UDP ports de 9000 à 9500
Moteur de recherche en ligne	https://www.acce-o.fr	HTTPS port 443

Bande passante minimum:

- 384 Kbps upload
- 384 Kbps download

Qualité IP:

- Latence < 500 ms
- Perte de paquet < 3%

Type Accès: ADSL, SDSL, Fibre Optique, 3G, 4G.

2 – Prérequis systèmes d'exploitation et matériel

- PC sous Windows à partir de vista,7,8 et 10
- Smartphone et Tablette sous Android à partir de V4.2
- Mac à partir d'OS 10.6
- iPhone et iPad à partir d'iOS 8.

3 – Préconisation du matériel pour l'accueil sur site

PC fixe avec double écran de 22 pouces

PC portable:

- CPU : AMD A4-4300M APU with Radon HD
- RAM : 4 Go
- Réseau : Adaptateur Ethernet (10/100 BaseT)ou WIFI 802.11 b/g
- Ports USB : 3 ports USB

Périphériques:

- **Webcam** : 1 Quickcam C 525 Logitech au minimum
- **1 Micro Haut-Parleur** : Jabra Speak 510 pour 2 à 4 perso

Bienvenue sur notre plateforme d'interprétariat



Ma réservation

Libre service

(sous réserve de disponibilité)

Demande de réservation

Horaires d'ouverture du service

Du Lundi au Vendredi **de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h30**

ANNEXE 5

Argumentaire pour obtenir la prolongation de la période d'évaluation ACCEO lors de la réunion du 31/01/19 :

La période d'évaluation prévue de 3 mois pour le dispositif d'interprétariat ACCEO à compter du mois de novembre nous semble être un délai beaucoup trop court pour différentes raisons tirées en partie du terrain :

- Le démarchage des médecins pour la présentation du service d'interprétariat était toujours en cours au mois de novembre 2018.
- Le temps d'installation du dispositif (acquisition du matériel : caméra, enceintes..., apprentissage de l'utilisation du logiciel) et d'appropriation du dispositif peut être long.
 - Ex : certains médecins n'ont été convenablement équipé qu'au mois de décembre (caméra, micro etc...), avec des premiers RV mi-décembre. Parfois le premier RV n'a pas eu lieu, a été reporté, puis il y a eu les fêtes.
 - Certains médecins n'ont pas encore eu l'occasion de beaucoup l'utiliser alors qu'ils ont dans leur patientèle un certain nombre de patients allophones qui n'ont pas forcément eu besoin de venir consulter leur médecin sur la période décembre janvier.
 - Prise de conscience des bénéfices éventuels au fur et à mesure que les barrières techniques et psychologiques sont levées par l'utilisation répétée/apprentissage, (le travail avec interprète avec vidéo-conférence demande organisation particulière, ajustements, adaptation etc...)
- Premiers retours des médecins positifs, mais estiment avoir besoin de plus de temps.
- Seulement 4 médecins utilisateurs du dispositif pour le moment.
- Trop peu de recul pour une évaluation fiable d'un dispositif original à l'utilisation duquel les médecins sont peu formés et nécessitant un temps d'adaptation long.
- Risque de tirer des conclusions hâtives et faussées entraînant des conséquences en termes de pérennisation ou non de ce dispositif. (décider de financer un dispositif finalement peu adaptée et/ou n'apportant pas satisfaction sur le long terme aux médecin et aux patients, ou au contraire de ne pas financer un service qui finalement aurait été très utile).
- Autres études en France portant sur l'évaluation d'un dispositif d'interprétariat pour les médecins généralistes ont été réalisées sur une période de 6 mois-1 an. (Alsace Lorraine, Pays de la Loire), le dispositif testé était ISM. (Médecins très satisfaits à l'issue de l'évaluation).
- Choix d'ACCEO : aucune étude faite pour évaluer ce dispositif. (contrairement à ISM). On ne peut donc difficilement s'appuyer sur les précédentes études pour orienter les conclusions.
- Pour rappel Thèse bordelaise réalisée en 2011 auprès des médecins généralistes bordelais « le médecin généraliste et la barrière linguistique » a montré l'isolement des généralistes face à la barrière linguistique ainsi que le manque de moyens pour y faire face.

ANNEXE 6

Fiche d'informations pour participer à l'étude destinée au consentement préalable :

Je suis un jeune médecin généraliste et je réalise un travail de recherche sur l'utilisation d'un service d'interprétariat en médecine générale.

Je réalise des entretiens individuels avec les patients ayant bénéficié d'un service d'interprétariat chez le médecin généraliste afin de recueillir leur vécu de ces consultations et d'améliorer la manière dont on fait appel aux interprètes chez le médecin généraliste.

Je vous propose de nous rencontrer pour en discuter avec un interprète téléphonique où et quand vous le souhaitez.

Vos témoignages nous seront très précieux, et ils resteront entièrement confidentiels, l'interprète et moi-même sommes soumis au secret professionnel. Les informations que vous nous donnerez ne seront jamais diffusées en vous nommant par votre vrai nom. L'enregistrement de votre accord oral attestera de votre consentement à participer. Vous pouvez refuser de participer à l'étude ou décider à tout moment de la quitter, sans que cela ne modifie la qualité des soins dont vous bénéficiez. Merci pour votre participation

ANNEXE 7

Grille d'entretien semi-dirigé médecin :

Informations sur le médecin :

- Age du médecin
- Durée d'exercice / année installation
- Type d'exercice/installation : seul, cabinet de groupe, maison de santé, spécialisation éventuelle. Présence d'une secrétaire sur place ou non.
- Mode d'exercice : consultations sans, sur RV, les 2 ?
- Expérience de travail avec des patients migrants allophones dans des structures de soins spécifiques ?
- Existence de stratégie spécifique d'accueil des migrants allophones (MA) ?

1. Pouvez-vous me dire combien de personnes ne parlant pas ou parlant peu le Français voyez-vous par semaine en moyenne ? Dans les 4 dernières semaines, combien de MA avez-vous reçu ?
2. Quelles sont les langues que vous rencontrez le plus souvent en consultation ?
3. Parlez-vous une langue étrangère ? est-ce satisfaisant/suffisant pour les consultations ?
4. Sans interprètes professionnel en cas de difficultés de communication, comment faites-vous pour comprendre le patient et vous faire comprendre ? quels sont vos recours ? (google trad, traduc-med, recours à langue tierce, interprètes familiaux amis accompagnant etc...)
5. A quelles difficultés êtes-vous confrontés dans cette situation ou avec ces méthodes ?
6. Que pensez-vous du fait de faire appel à des interprètes familiaux amis proches... ?
7. Connaissez-vous d'autres services d'interprétariat professionnel hormis ACCEO ?
8. Avant l'expérimentation, quelle était votre expérience de recours à un interprète professionnel au cours d'une consultation de médecine générale ? comment cela s'était-il passé ?

Faites-vous également appel aux interprètes en présentiel dans le cadre de CARE ?

9. Qu'avez-vous pensé globalement du service d'interprétariat ACCEO ?
L'utilisez-vous pour tous vos patients allophones ? A chaque consultation ?
10. Qu'avez-vous pensé de la manière dont on vous a présenté le service ACCEO ?
11. Qu'avez-vous pensé des conditions d'installation du logiciel ?
12. Combien de fois avez-vous fait appel au service d'interprétariat ACCEO ?
13. Comment organisez-vous les RV de consultations avec interprète professionnel ? (A quelles difficultés êtes-vous confronté ?)
14. Les délais d'attente étaient-ils satisfaisants selon vous ? (Combien avez-vous attendu en moyenne pour avoir accès au service)

15. En quoi la présence de l'interprète par visioconférence a-t-elle eu une influence sur la manière de conduire votre consultation ? Qu'en pensez-vous? (Aspects positifs et négatifs)
16. Quelles qualités attendez-vous d'un interprète professionnel ?
17. Qu'avez-vous pensé du professionnalisme des interprètes ACCEO ?
18. Selon vous, quels rôles peut jouer un interprète professionnel en consultation de médecine générale ?
19. Quel est selon vous l'influence de l'interprète professionnel sur la relation médecin patient, sur l'établissement d'une relation de confiance ?
20. Que pensez-vous du rôle de l'interprète sur l'établissement d'une alliance thérapeutique avec votre patient ? adhésion à la prise en charge proposée etc...
21. Que pensez-vous que l'interprète puisse apporter au-delà de la simple traduction des propos échangés ? (éclairage culturel ?)
22. Qu'avez-vous pensé du dispositif de vidéo conférence / de la vidéo ? Quels sont les avantages et les inconvénients selon vous par rapport à d'autres modalités d'interprétariat pour vous et pour le patient ?
23. Selon vous, quels sont les freins à l'utilisation d'ACCEO/ de ce service d'interprétariat en consultation de médecine générale ?
24. Comment pourrait-on améliorer ce service ?
25. Si le programme se pérennisait, souhaiteriez-vous accéder à ACCEO ou à un autre service d'interprétariat ? Si autre service : lequel ?
26. Pourquoi avez-vous accepté de participer à cette expérimentation ?
27. Pensez-vous que les médecins généralistes devraient être sensibilisés, formés à la conduite d'une consultation avec interprète ? Seriez-vous intéressé par une formation de ce type ?

ANNEXE 8

Grille d'entretien semi-dirigé patient :

Lieu de l'entretien

Langue utilisée

Présentation du travail de thèse et de la confidentialité de la recherche

Recueil du consentement

Données de contexte

- Quel âge avez-vous ?
- Où êtes-vous né ?
- Depuis combien de temps êtes-vous en France ?

Conditions socio-économiques

- Où vivez-vous ? Appartement, chez des tiers, foyer, centre d'accueil, hôtel, squat...
- Vivez-vous seul ou en famille ?
- Avez-vous un titre de séjour ? si oui lequel ? Jusqu'à quand est-il valable ? demandeur d'asile, débouté du droit d'asile, réfugié, autre titre de séjour...
- Quels sont vos sources de revenus ? Travaillez-vous actuellement ?
- Vous arrive t-il de rencontrer des problèmes d'argent au cours du mois pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
- Avez-vous une couverture maladie, une carte vitale ? à préciser : attestation PUMA/CMU, CMUc, ACS, mutuelle, AME. Demander à la fin éventuellement de la montrer

Maîtrise de la langue

- Quelle(s) langue(s) parlez-vous et comprenez-vous le plus facilement ?
- Comment évaluez-vous votre niveau en français ?
- Si pas (très) à l'aise : comment faites-vous pour comprendre et vous faire comprendre lors d'une consultation médicale sans interprète professionnel ? A quelles difficultés êtes-vous confrontés ?
- Est-ce que votre entourage peut vous aider en cas de difficulté à comprendre ou vous faire comprendre chez le médecin ? Est-ce déjà arrivé ? racontez.... Comment avez-vous vécu cette situation ? Qu'en pensez-vous ?

Expérience du service d'interprétariat :

1. Avez-vous déjà bénéficié de l'aide d'un interprète professionnel lors d'une consultation médicale ? si oui :
 - Téléphone, présentiel etc...
 - Dans quelles circonstances
 - Qu'en avez-vous pensé ? racontez
2. Comment avez-vous vécu la consultation avec l'interprète chez votre médecin ? racontez

3. Comment l'interprète par vidéo vous a-t-il été présenté au début de la consultation chez le médecin généraliste ?
 - L'interprète s'est-il présenté ? vous a-t-on expliqué qu'il était soumis au secret professionnel ?
4. Avez-vous eu le sentiment d'avoir été correctement compris par le médecin au cours des consultations avec interprètes ?
5. Qu'avez-vous pensé de la vidéo ? Quels sont selon vous les avantages à voir et être vu par l'interprète ? Quels sont les inconvénients ?

Aviez-vous la possibilité de voir l'interprète à l'écran (cas de web cam retournée sur le patient/ écran tourné vers le médecin)
6. Quels sont selon vous les avantages et les inconvénients à être aidé d'un interprète professionnel lors d'une consultation chez le médecin généraliste ?
7. Quels sont vos attentes concernant l'interprète professionnel au cours d'une consultation chez le médecin généraliste ?
8. En quoi les interprètes vous ont-ils aidé au cours de vos consultations chez le médecin généraliste ?
9. Les interprètes partageaient-ils la même langue /culture que vous/ venaient-ils de la même région/pays que vous ?

Si non auriez-vous préféré être assisté d'un interprète partageant la même langue/culture ?
Si oui cela vous a-t-il aidé ? en quoi ?
10. Comment avez-vous vécu la présence d'une tierce personne (même virtuelle) dans la consultation médicale ?
11. La présence de l'interprète a-t-elle eu une influence sur votre relation avec le médecin ? Si oui, comment ?
 - Avez-vous le sentiment que sa présence a permis d'améliorer la confiance que vous aviez en votre médecin ? ou au contraire cela a-t-il installé une certaine distance entre le médecin et vous ?
12. Dans l'idéal, comment souhaiteriez-vous être accompagné dans une consultation médicale avec un médecin qui ne parle pas votre langue ? Options de réponse : personne, un proche, un interprète professionnel en présentiel, par téléphone, ou en visio comme ACCEO ?
 - pour quelles raisons ?
13. Trouveriez-vous utile d'être à nouveau aidé par un interprète professionnel lors de vos prochaines consultations chez le médecin ?

ANNEXE 9 :

Questionnaire médecin thèse interprétariat

Date et heure de la consultation :

Initiales patient :

Sexe :

Année de naissance :

Nationalité:

1. Pour quel type de consultation avez-vous fait appel à l'interprète ? :

- Premier rendez-vous
- Suivi de maladie chronique
- Recherche diagnostique
- Explication de prise en charge et/ou traitement
- retour d'examen/ consultation spécialiste
- Annonce
- Autre :.....

2. Était-ce :

- en libre-service, délai en minute(s) d'attente : ...
- une demande de réservation, délai en jour(s) d'attente : ...

3. Quelle langue aviez-vous demandée ?

4. Était-ce la langue maternelle du patient ?

- oui
- non ; préciser sa langue maternelle :

5. Avez-vous rencontré des difficultés techniques au cours de l'utilisation du service ?

- vidéo : préciser:
- son : préciser:
- Autre :

Si oui comment avez-vous fait pour les résoudre ? :

.....

6. Diriez-vous que l'utilisation de l'interprétariat pour cette consultation a été :

- très utile
- utile
- peu utile
- pas utile
- contre-productive

Commentaire sur l'utilité de l'interprète : (prise de rendez-vous, clarification des symptômes, partage du diagnostic, éclairage culturel, explication du traitement/suivi, discussion psychothérapeutique) :

.....

.....

7. En dehors des problèmes techniques, avez-vous rencontré des difficultés lors de cette exercice/consultation ?

.....

.....

> Pour contribuer à améliorer la manière dont on utilise l'interprétariat en médecine générale, votre patient serait-il d'accord pour être contacté afin de discuter de son ressenti concernant la consultation avec interprète ? Si accord : **nom et coordonnées du patient** :

ANNEXE 10

Questionnaire médecins

Thèse de médecine générale

Combien de personnes parlant peu ou pas français rencontrez-vous en moyenne par semaine ?

Votre réponse _____

Comment faites-vous en consultation avec des patients non francophones pour comprendre votre patient ou vous faire comprendre ?

- traduction par ami, proche, famille...
- gestes, mimes...
- je parle une ou des langue.s étrangère.s
- logiciel de traduction (type google trad, etc...)

Est-ce satisfaisant pour vos consultations ?

	1	2	3	4	5	
pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	tout à fait

A quelles difficultés êtes-vous confrontés ?

Votre réponse _____

Souhaiteriez-vous pouvoir avoir accès à un service d'interprétariat linguistique professionnel ?

oui

non

Étiez-vous au courant de la possibilité de faire appel à des interprètes professionnels dans le cadre d'une expérimentation dans le quartier où vous exercez ? (à distance par visio-conférence ou interprète physiquement présent)

Oui

Non

Si oui, pourquoi ne pas y avoir fait appel ?

Votre réponse _____

Si non, seriez-vous intéressé(e) ?

pas du tout intéressé 1 2 3 4 5 très intéressé

Quels sont, selon vous, les freins au recours à l'interprétariat professionnel en médecine générale ?

Votre réponse _____

ANNEXE 11

Contextualisation des entretiens avec les patients

Entretien n°1

Je me rends comme convenu au CADA où Mme I. m'avait donné RV, dans leur appartement au 6^{ème} étage d'un immeuble vétuste et décati. Je suis accueillie très chaleureusement par Mme I. qui me propose un café, m'invite à m'asseoir sur le canapé. Nous faisons les présentations, Mme I. maîtrise quelques mots de français et semble le comprendre partiellement. Je comprends qu'elle a 2 enfants dont un qui est malade et qui doit prendre un taxi pour aller à l'école, et que le père les y a accompagnés. Mme I. me parle de son enfant malade, de Médecin du Monde et de préfecture, elle évoque l'assistant social du médecin du monde que je connais un peu aussi, mais rapidement la communication s'avère difficile, je lui propose donc d'appeler un interprète par téléphone, comme je lui avais expliqué la veille lorsque l'on a convenu de notre RV.

Après quelques minutes d'attente, la standardiste d'ISM m'informe qu'il n'y a pas d'interprète en géorgien disponible, mais qu'il y en a une en Russe, je suis embêtée, je demande à Mme I. si elle parle bien le Russe elle me répond tout de suite : « oui oui Georgien, Russe c'est pareil », je lui fais confirmer : « vous êtes sûre ? sinon on attend », elle assure que pour elle « c'est pareil », nous acceptons l'interprète Russe. L'entretien se déroule ensuite sans difficulté particulière.

Entretien n°2

Nous nous retrouvons dans le quartier Saint Michel, devant l'église comme Mme P. l'avait proposé la veille au téléphone. Je lui demande où elle veut se rendre, « je ne sais pas », « on peut aller chez vous ? » je demande, « non ». Je lui propose d'aller dans un café, nous faisons le tour de la place. Mme P. est assez fermée, peu souriante, elle semble préoccupée et méfiante. Le temps du trajet nous discutons un peu, elle se débrouille pour s'exprimer en Français et comprend en partie mes questions. J'apprends qu'elle a 5 enfants de 3 à 19 ans, et deux petits-enfants, et qu'elle est en France depuis 2 ans et demi. Nous finissons par rentrer dans un café-restaurant où il n'y a pas encore de clients, j'explique ma démarche à la patronne qui nous place dans un petit coin pour que nous soyons plus tranquilles. Je propose à Mme P. de boire quelque chose, après un refus initial, elle accepte un thé.

Nous appelons ISM, une interprète en Georgien est disponible.

Malgré l'attention de la patronne, et l'absence de client tout au long de l'entretien, il y aura un bruit de fond provenant de la rue, de la cuisine, et le passage d'un groupe d'ami de la patronne venu discuter avec elle quelques minutes.

L'interprète fera part à maintes reprises lors de l'entretien de son agacement quant à la mauvaise qualité de son, interrompant mes questions assez sèchement pour dire qu'elle n'entendait pas et qu'elle ne pouvait pas travailler comme ça, ce que je comprenais bien... je m'excuse plusieurs fois et réitère mes questions en parlant bien distinctement plus près du téléphone mais n'ose pas parler très fort compte tenu de la présence de la patronne et d'une serveuse. Par ailleurs, l'interprète semble avoir du mal à saisir le sens des questions que je pose, je dois reformuler plusieurs fois les questions. L'entretien est laborieux et donc un peu tendu, je ne suis pas très à l'aise dans cet exercice, d'autant que les réponses de Mme sont assez laconiques et qu'elle est dans une situation sociale et administrative très préoccupante (déboutée de l'asile)

Entretien n°3 :

Après m'être entretenue avec Mme. I hier, c'est au tour de son mari qui a bien voulu me rencontrer. Je reviens donc au CADA. Je suis encore une fois très bien accueillie dans cet appartement, cette fois

par le mari de Mme I. qui est seul à la maison, car aujourd'hui c'est sa femme qui a accompagné les enfants à l'école. Il me propose un café, me prend mon manteau, m'invite dans le salon très gentiment. Nous discutons un petit peu, son niveau de Français semble moins bon que celui de sa femme. Nous appelons rapidement un interprète, en peu de temps nous sommes en ligne avec un interprète en Georgien, la langue maternelle de M. L'entretien se déroule sans difficulté.

Entretien n°4

M.A avait montré une certaine méfiance la veille au téléphone, elle n'avait pas souhaité que l'on se retrouve chez elle. Compte tenu de ma mauvaise expérience d'entretien dans un café la veille, parasité par les bruits environnants, et que Mme A semblait rassurée à l'idée de nous retrouver au cabinet de son médecin, j'ai demandé au secrétariat du cabinet si on pouvait nous mettre une salle à disposition. Le bureau de son médecin généraliste était justement libre car elle ne travaillait pas ce jour-là, et nous avons obtenu son d'accord pour l'utiliser lors de l'entretien avec sa patiente.

Malgré cela, l'entretien s'est déroulé dans des conditions assez pénibles, la patiente malheureusement n'ayant personne pour garder son enfant de 3 ans. Celui-ci a monopolisé l'attention de sa mère durant l'entretien malgré ses efforts pour l'occuper avec des jouets, et les miens pour qu'elle ne la perturbe pas, en attirant son attention pendant que l'interprète lui traduisait les questions et que sa mère formulait ses réponses. L'enfant balançait notamment les jouets par terre faisant beaucoup de bruit, et il y eut quelques pleurs ce qui a gêné l'interprète au cours de l'entretien, qui nous l'a fait remarquer à plusieurs reprises. Nous avons eu beaucoup de mal à « garder le fil » de notre entretien...

J'ai donc eu tendance à transformer la tram de l'entretien en questions fermées. Nous avons commencé à discuter un peu avant d'appeler l'interprète, elle semble bien comprendre mais avoir de grandes difficultés à s'exprimer.

Entretien n°5

Je suis reçue dans l'appartement où Mme S vit avec son mari et ses 3 enfants, au sein d'un bâtiment vétuste d'une cité de Bègles. Ils me reçoivent très chaleureusement dans leur salon. Le plus grand qui doit avoir 5 ans vient se présenter fièrement en Français à la demande de ses parents, nous rions et le félicitons. Les deux plus jeunes viennent me saluer, la famille toute entière est très souriante, et ils me mettent vite à l'aise. On me servira même le café « syrien » avec quelques gâteaux. Lorsque nous décidons d'appeler l'interprète le papa demande aux petits d'aller jouer dans leur chambre, je suis dans le salon avec Mme S et son mari restera à côté d'elle.

L'interprète est extrêmement compétente et bienveillante, c'est un plaisir de mener cet entretien avec elle.

A la fin de l'entretien j'examine à leur demande le plus jeune enfant qui est malade. Ils me remercient très chaleureusement.

Entretien n°6

Nous avons convenu par téléphone la veille de nous retrouver au cabinet de son médecin, m'expliquant qu'elle n'a pas d'endroit où me recevoir, qu'elle n'a pas de « chez elle ». Son médecin aura la gentillesse de nous mettre à disposition une salle pour que je puisse mener l'entretien. L'entretien se passe bien, la jeune femme est très souriante, et s'exprime avec une voix très douce. J'ai regretté que l'interprète traduise souvent succinctement les réponses relativement longue de Mlle H, dans un français parfois approximatif, j'ai eu l'impression de perdre un peu en précision, en nuances avec la traduction faite par cet interprète.

Nous avons pu longuement échanger à la fin de l'entretien sur des interrogations qu'elle avait sur sa santé depuis plusieurs mois, avec l'aide de l'interprète. Elle nous remerciera chaleureusement : « Merci beaucoup, depuis mon arrivée en France je n'ai jamais eu la possibilité de m'exprimer avec cette proximité, comme ça je suis contente merci pour cette entretien, merci de votre aide »

Introduction : Les migrants allophones sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins de santé de qualité, notamment du fait de la « barrière » de la langue. En 2018, sur une période de 6 mois, le CCAS de la ville de Bordeaux a mis à disposition un service d'interprétariat professionnel en présentiel et par visio-conférence aux médecins généralistes de deux quartiers de Bordeaux. **Objectif :** Evaluer la satisfaction des médecins généralistes et des patients ayant bénéficié du service d'interprétariat. Évaluer la pertinence du dispositif dans la pratique de médecine générale et mettre en lumière des déterminants du non-recours au service chez les autres médecins des quartiers ciblés par l'expérimentation. **Matériel et méthodes :** Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des médecins expérimentateurs et des patients allophones bénéficiaires, et enquête par questionnaire semi-dirigé en ligne auprès des médecins généralistes n'ayant pas eu recours au service d'interprétariat. **Résultats :** Nous avons interrogés les 4 médecins expérimentateurs, 6 patients en ayant bénéficié et 15 médecins n'ayant pas eu recours au service. Les médecins expérimentateurs étaient satisfaits du professionnalisme des interprètes, ont pointé une nette amélioration de la relation médecin patient, permettant une prise en soins de meilleure qualité. Le recours a été assez faible du fait de nombreux freins liés à la nécessité de réserver. Les patients ont été très satisfaits des interprètes professionnels, en qui ils avaient une grande confiance concernant la qualité de la traduction permettant une libre expression et une nette amélioration de la communication avec le médecin. La vidéo tendait à humaniser la relation, mais pour certains elle était plus intimidante que le téléphone pour aborder des sujets sensibles. La plupart des médecins non-expérimentateurs n'étaient pas informés de l'existence du dispositif, et une majorité souhaitait pouvoir avoir accès à un service d'interprétariat professionnel. **Conclusion :** Les médecins généralistes et les patients sont en demande d'un service d'interprétariat professionnel. Pour augmenter le recours à l'interprétariat, il est apparu important de garantir la confidentialité et la gratuité du service dans la communication, de proposer un service à distance simple et disponible immédiatement. Une plus grande sensibilisation des médecins au cours leurs études sur l'interprétariat professionnel permettrait de banaliser le recours et de diminuer les freins psychologiques à son utilisation.

Mots clefs : migrant, allophone, barrière de la langue, inégalités d'accès aux soins de santé, interprétariat professionnel, médecine générale, soins de santé primaire, étude qualitative, visio-conférence, freins aux recours à l'interprétariat

Introduction: Allophone migrants face difficulties in accessing quality health care, particularly due to the language "barrier." In 2018, over a period of 6 months, the CCAS of the city of Bordeaux has made available in-person and video-conferencing professional interpreting service to general practitioners in two districts of Bordeaux. **Purpose:** To assess the satisfaction of general practitioners and patients who have benefited from the interpreting service. To assess the relevance of the device in general practice and to highlight the determinants of non-use of service among other physicians in the neighbourhoods targeted by the experiment. **Materials and methods:** Qualitative study by semi-directive interviews with experimental physicians and recipient allophone patients, and survey by semi-directed online questionnaire with general practitioners who have not had use of the interpreting service. **Results:** We interviewed the 4 experimental physicians, 6 patients who received the service and 15 doctors who did not use the service. The experimental physicians were very satisfied with the professionalism of the interpreters, and pointed to a marked improvement in the patient doctor relationship, allowing for better care. Nevertheless, the appeal was quite weak due to numerous brakes related to the need to book. Patients were very satisfied with the professional interpreters, in whom they had great confidence in the quality of the translation allowing free expression and a marked improvement in communication with the doctor. The video have a tendency to to humanize the relationship, but for some it was more intimidating than the phone to address sensitive topics. Most non-experimental physicians were not informed of the device's existence, and a majority wanted access to a professional interpreting service. **Conclusion:** General practitioners and patients are in demand of a professional interpreting service. To increase the use of interpreting, it was important to guarantee the confidentiality and free service in communication, to offer a simple and immediately available remote service. Increased awareness of physicians during their studies of professional interpreting would trivialize the use and reduce the psychological barriers to its use.

Keywords: migrant, allophone, language barrier, inequalities in access to health care, occupational interpreter, general medicine, primary health care, qualitative study, video conferencing, barriers to the use of interpreting.