

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2019

N° 2019-68
2019-69

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Raphaëlle BIGOT née le 23/06/1991 à Paris

Néhémie DALLET née le 11/07/1991 à Parthenay

Présentée et soutenue publiquement le 21 mai 2019

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

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directrice de Thèse : Dr. Rosalie ROUSSEAU

Membres du jury : Dr Maud JOURDAIN, Dr Elise PESTRE

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... »

Bernard Werber

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Rosalie Rousseau :

Merci de nous avoir emmenées au bout de ce travail, avec beaucoup de bienveillance et de douceur. Grâce à ta disponibilité, ton soutien et ton écoute, l'élaboration de cette thèse a été un vrai plaisir. Tes multiples engagements sont une véritable source d'inspiration pour tous.

A Monsieur le Professeur Rémy Senand :

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury, et de nous avoir accompagnées au cours de notre internat.

A Madame le Docteur Elise Pestre :

Merci pour votre présence aujourd'hui. Votre participation à notre jury de thèse est un véritable honneur. Votre travail a été une source d'inspiration importante pour cette thèse, ainsi que pour notre pratique quotidienne.

A Madame le Docteur Maud Jourdain :

Merci de votre participation à ce jury. La confiance que vous avez porté à notre projet en l'intégrant à la formation aux internes nous touche beaucoup.

A Madame Karine Retière :

Ce travail n'aurait pas été possible sans vous. Merci de votre aide précieuse et de votre participation tout au long de ce projet. Merci de nous avoir accueillies régulièrement : chaque rencontre a été une source de motivation supplémentaire.

A Madame Aurélie Gaultier :

Merci pour votre accueil et vos conseils avisés.

A Monsieur le Docteur Adrien Rousselle :

Merci pour ta relecture attentive de notre manuscrit. Merci de nous avoir invitées aux réunions de la commission précarité. Tes engagements et ta vision de la médecine permettent l'aboutissement de projets concrets qui s'adressent à des problématiques réelles et quotidiennes. Tu fais partie des personnes qui font avancer la médecine et le soin dans leur globalité. Travailler à côtés a été très enrichissant.

A Monsieur le Docteur Jean Pascal Fournier :

Merci pour votre relecture attentive.

A Monsieur le Docteur Louis-Marie Rimbault :

Merci pour ta gentillesse et de ton accompagnement. Nous avons été ravies de participer aux réunions et à la journée sur l'interprétariat à la Direction Générale de la Santé avec toi.

**A Monsieur le Docteur François Albert et à Mesdames les Docteurs Maeva Soumana
Ali Damiano et Marine Ducroz :**

Merci pour la qualité de votre travail, qui nous a bien simplifié la vie. Prendre votre suite a été un vrai plaisir ! On espère s'en sortir aussi bien que vous, mais vous avez mis la barre très haute.

A Madame le Docteur Marie-Ange Lecomte :

Merci de nous avoir accueilli et d'avoir partagé avec nous votre grande expérience. Votre soutien à notre étude a été précieux. Nous avons été marquées par vos engagements auprès des populations précaires et par vos projets précurseurs dans la médiation.

Commission Précarité et l'URML :

Merci à tous les acteurs et partenaires à l'origine d'initiatives locales pratiques et pertinentes.

REMERCIEMENTS RAPHAELLE

Le plus grand des mercis à Néhémie, qui a réussi à me supporter pendant plusieurs mois. On a vraiment fait une super équipe.

Merci à maman et papa. J'aurais bien été incapable d'y arriver sans vous.

Merci à ma mamie et mon papi, à grand - mère et grand – père, à Clo, à Tinou, à Sissi. Vous avez toujours été là pour moi.

Merci à tous les autres, à tous les copains de tous les temps, à tous les cousins, à tous les co-internes et tous les co-externes.

Merci à Dimitri, toujours aussi cool, même trente ans passés.

Et surtout, à Brice. Je te promets de continuer à me battre pour une médecine plus humaine, une médecine moins égoïste, une médecine plus à l'écoute.

REMERCIEMENTS NEHEMIE

A Raphaëlle, ma partenaire depuis un an, je suis fière de présenter le fruit de notre travail. Merci de ton investissement et de ton sérieux. Je n'aurais jamais pensé réaliser un tel travail mais ça a été possible en grande partie grâce à toi. Encore merci.

A mes Parents, merci pour votre soutien et votre amour pendant ces 27 années, j'espère pouvoir continuer à vous rendre fières.

A mon frère et ma sœur, merci pour tout.

A Thomas, présent depuis mes premiers jours dans l'amphi de P1, merci d'être là et merci pour ta patience à toute épreuve.

A toute ma famille d'ici et d'Haïti, parce que mon métissage est une richesse dont je suis fière.

“Quand deux fleuves se rencontrent, ils n'en forment plus qu'un et par fusion nos cultures deviennent indistinctes. Elles s'imbriquent et s'encastrent pour ne former qu'un bloc d'humanité debout sur un socle.” G.Faye

A Adeline parce que j'espère que notre projet de “MdB” ne restera pas qu'un doux rêve. A nos voyages passés et nos prochaines aventures du bout du monde.

A Woody, parce qu'il y a des gens comme ça qui croisent notre route et que malgré la distance on n'oubliera jamais.

A tous les autres, les co externes, les co internes, à l'équipe de Luçon, à l'équipe nazairienne, à celle de MPU merci d'avoir rendu mes 9 années d'étude aussi chouettes.

A ma mamie.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	5
PREFACE	6
TERMINOLOGIE	11
INTRODUCTION	13
METHODES.....	14
Description du dispositif d'interprétariat	14
Population étudiée et recrutement.....	15
Critères de jugement	15
Recueil des données.....	16
Questionnaire des médecins.....	16
Recueil des demandes d'interprétariat	16
Statistiques	16
Aspects réglementaires et éthiques	17
RESULTATS.....	17
Description de la population des médecins et de l'utilisation du dispositif.....	17
Contexte des consultations aidées d'un interprète	19
Satisfaction des médecins généralistes participants.....	21
DISCUSSION	23
MANIFESTE	30
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES.....	36
Annexe 1 – Médiane du nombre de consultations par médecin en fonction des départements	36
Annexe 2 – Evolution du nombre de consultations avec interprète en fonction du temps	36
Annexe 3 – Formulaire d'adhésion au dispositif d'interprétariat	37
Annexe 4 – Guide d'utilisation de l'interprétariat	38
Annexe 5 – Déclaration simplifiée MR 004 à la CNIL	40
Annexe 6 – Questionnaire.....	41
Annexe 7 – Lettre au rédacteur de la revue Santé Publique	44
Annexe 8 - Analyse des résultats du médecin ayant le plus utilisé le dispositif	46
Contexte des consultations aidées d'un interprète	46
Satisfaction des médecins généralistes participants et comparaison avec le médecin X	48
Freins et limites du dispositif d'interprétariat	50
Annexe 8 – Analyse thématique des réponses libres : mots clés et phrases clés utilisés pour le regroupement catégoriel.....	51

PREFACE

“Celui qui vient d’un peuple disparu ou auquel il n’a plus accès est une « âme errante ». C’est mon cas ! Les Juifs ont vécu en Égypte pendant trois mille ans, quasiment sans discontinuer. En 1948, nous étions tout au plus 80 000 sur vingt millions d’habitants. Aujourd’hui, des Juifs d’Égypte, il n’y en a plus guère ou presque... Je suis l’un des derniers... Comment accéder aux ressources de mon peuple ? J’ai été une « âme errante » car je n’ai pas pu me régénérer à la source de mes ancêtres... Même si, par bonheur, je parlais arabe en France avec ma mère qui adorait me raconter des histoires dans cette langue. Je préfère le mot « source » à celui de racines, car nous ne sommes pas des arbres, nous n’avons pas la chance d’être fixés à notre terre. Nous, les humains, il nous faut la retrouver par un effort de pensée. « Source » évoque ce jaillissement renouvelé à partir duquel la vie peut se développer. Je suis d’ailleurs encore cette « âme errante », même si j’ai pu quelque peu canaliser cette colère singulière de ne pouvoir être ce qu’on est. Les jeunes de deuxième ou de troisième génération que je reçois en consultation, sont eux aussi des « âmes errantes ». Ils sont coupés de leur source, évoluent dans un monde qui ne sait pas et ne veut pas savoir d’où ils viennent. Où donc trouver les ressources de l’imaginaire, des pensées et des récits, lorsque la voie des ancêtres est barrée ?”

Nathan Tobie : La radicalité des « âmes errantes », Études, vol. mai, no. 5, 2018, pp. 33-44.

Les lois de l’immigration actuelle sont soumises aux logiques de l’exploitation économique rythmée par les guerres et les persécutions. Le migrant¹, figure centrale de l’actualité, suscite souvent de la méfiance voire un rejet des populations autochtones. En 2009, le Programme des Nations Unies pour le Développement tente de bousculer les idées reçues sur la migration en publiant un rapport intitulé « Lever les barrières : mobilités et développement humain » (1). Le message premier de ce rapport est que la mobilité a le potentiel d’optimiser le développement : pour ceux qui migrent, pour ceux qui restent, et pour la majorité des communautés d’accueil. L’impact des migrants sur les finances publiques locales et nationales reste relativement faible,

¹ Cf Terminologie

tandis que les avantages qu'ils apportent sont largement démontrés : diversité sociale, capacité d'innovation, ressources humaines et économiques.

Pourtant, force est de constater que l'inhospitalité remplace souvent la solidarité dans les pays d'accueil, dont fait partie depuis longtemps la France. A la ligne politique dure établie contre les migrants, s'ajoute un parcours du combattant administratif qui nuit gravement à l'intégrité psychique et somatique des personnes déplacées. Affaiblis par les violences et les persécutions de leur terre natale, par les traumatismes propres à l'exil, le migrant se retrouve à son arrivée face à un système complexe et absurde, à nouveau abandonné et isolé. Dans un contexte de « crise du droit d'asile », l'obtention du statut de réfugié² repose sur une exigence de preuves. La véracité du témoignage du demandeur d'asile² est sans cesse remise en question, l'authenticité des documents produits est doutée, l'origine des cicatrices corporelles est questionnée. Dans son livre « la vie psychique des réfugiés » (2), Elise Pestre explore les souffrances psychiques infligées par notre système. Le récit du migrant se doit d'être le plus crédible possible, sans prendre en compte ni les mécanismes de défense mis en place (clivage, amnésie des faits), ni les potentielles conséquences que peuvent induire cette remémoration forcée sur l'état psychologique de l'individu.

Sur le plan physique, les migrants présentent davantage de pathologies aiguës et chroniques, provoquées et/ou aggravées par leur long parcours, par la précarité de la vie quotidienne, et par les phénomènes d'acculturation² pouvant conduire à l'adoption de comportements plus délétères que dans leur pays d'origine (3). Une étude réalisée dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde en 2011 montre que les migrants précaires âgés de 15 à 45 ans sont plus souvent atteints de maladies chroniques que les patients consultant en cabinet de médecine générale (4). L'appréhension de cette fragilité globale

² Cf Terminologie

requiert de notre part, les soignants, un accueil bienveillant, une attention particulière et des soins de qualité.

Et pourtant, les inégalités sociales de santé ne cessent de se creuser en France. L'accès aux soins est conditionné par le statut économique, le droit de séjour et la maîtrise de la langue. Les patients bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale d'Etat (AME) font fréquemment l'objet d'un refus illicite de soins (5). Pour ces patients qui cumulent les facteurs de vulnérabilité sociale, les services d'urgence sont souvent plus accessibles que les soins primaires et les soins de prévention. En cabinet de médecine de ville, quand bien même la communication est possible, le praticien peut se sentir en difficulté face au patient migrant : multiplicité des motifs et des symptômes, ruptures de suivi, absence de couverture sociale complète, capacités de compréhension du langage écrit limitées. Si même le dialogue est impossible, que reste-t-il alors ?

Le dispositif que nous nous proposons de décrire dans cette thèse est l'illustration de ce que peut accomplir un collectif volontaire et engagé lorsqu'il est confronté à une problématique. Sous l'impulsion de Médecin du Monde, un groupe de réflexion s'est créé autour des questions d'accès aux soins primaires en 2014. Les principaux acteurs du territoire s'y sont joints : la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), l'association pour la promotion et intégration région Angers (APTIRA), l'association santé migrants Loire Atlantique (ASAMLA), le SAMU Social et des médecins généralistes concernés par l'accueil de patients allophones³. En 2016, le rapprochement avec l'Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire, association représentant les médecins libéraux de la région, et qui a pour mission, entre autres, de développer des outils à destination des professionnels de santé, a permis la naissance de la « commission Précarité ». En s'inspirant des projets alsaciens fonctionnels depuis plus de 10

³ Cf Terminologie

ans, cette commission a pu développer le dispositif d'interprétariat, dont le financement est actuellement assuré par l'agence régionale de santé (ARS) et l'URML.

Nous avons eu la chance de pouvoir participer à cet étonnant projet, en prenant la suite des recherches menées par François Albert, Marine Ducroz et Maeva Soumana Ali Damiano, dont la thèse a été soutenue publiquement le 13 septembre 2018 (6). Ces derniers avaient déjà participé activement au développement du dispositif, en organisant des soirées de formation sur Nantes, Angers, et Cholet, en participant au symposium organisé par l'équipe MIGSAN (Equipe de recherche migrations et santé) sur l'interprétariat professionnel en 2017 et en présentant leurs résultats au Congrès du collège national des généralistes enseignants (CNGE) de Tours en 2018. Dans leurs traces, nous avons tâché de nous investir au-delà de la simple rédaction d'un travail de thèse. Nous avons participé aux réunions de la commission Précarité ainsi qu'à la journée sur l'interprétariat organisée à Paris le 7 novembre 2018 par la Direction Générale de la Santé. Nous sommes intervenues lors du séminaire de formation des internes sur les inégalités sociales de santé. Finalement, nous espérons pouvoir présenter nos résultats lors du congrès du CNGE organisé à Nantes en 2019. Ces événements nous ont permis d'enrichir notre travail et de rencontrer de nombreux acteurs et militants de la lutte contre la précarité, dont l'engagement est une source importante d'inspiration pour l'avenir.

Si cette préface n'a pas vocation à être largement diffusée, nous avons néanmoins le souhait de publier nos résultats. Nous avons donc choisi de présenter notre travail sous format article, et de le soumettre dans une revue de santé publique, afin d'élargir la connaissance du dispositif et du service rendu aux médecins libéraux. Etant deux chercheuses sur un même projet, nous sommes réparties la charge de travail équitablement : alternance des relances mensuelles de réponse au questionnaire, rédaction de deux paragraphes de l'article chacune, recherches bibliographiques conjointes. Ce travail n'aurait pas été possible sans Karine Retière, coordinatrice des projets et des commissions de l'URML des Pays de la Loire. Le travail de

synthèse et de précision scientifique inhérent à la rédaction d'un article a été un défi supplémentaire, pour lequel nous avons été grandement assistées par Rosalie Rousseau, notre directrice de thèse et Aurélie Gaultier, statisticienne. Le travail en équipe a considérablement enrichi l'élaboration de notre thèse, et nous espérons que de plus en plus d'internes pourront faire de même.

Au-delà des recherches que nous avons menées, nous avons pu utiliser régulièrement l'interprétariat lors de consultations de médecine générale, grâce à l'engagement de nos maîtres de stage. Nous avons donc pu constater par nous-même la formidable efficacité de cet outil, son impact positif sur l'alliance thérapeutique et la richesse d'une relation tripartite. Vulnérables et isolés, les patients migrants sont souvent instables lors de leur arrivée en France. Si nous ne pouvons avoir la prétention de leur offrir le refuge psychique dont ils ont besoin, nous pouvons au moins, par une écoute active et une attention particulière, recevoir leur récit et leurs plaintes.

Au travers de notre travail, nous nous efforcerons de montrer que la barrière linguistique est surmontable. L'interprétariat ne devrait pas être considéré comme une charge, mais comme une opportunité de lutter contre « l'évitable injustice » des inégalités sociales de santé (7).

TERMINOLOGIE

Acculturation : Processus par lequel un individu apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit et résultant d'un contact direct entre deux cultures (8).

Allophone : personne qui, dans un territoire donné, a une langue maternelle distincte de celle du pays où elle se trouve (9).

Demandeur d'asile : Personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève, 1951 : "le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner" (10).

Etrangers : personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit elle n'en a aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment) (11).

Immigré : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restants étrangers. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient

français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré (12).

Migrant : Il n'existe pas de définition juridiquement reconnue du terme « migrant » au niveau international. Toutefois, selon les Nations Unies, ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer » (13).

Réfugié : Un réfugié ou un bénéficiaire de la protection subsidiaire est un étranger qui a obtenu une réponse favorable à sa demande d'asile et qui de ce fait est autorisé à séjourner en France. Sont dits “déboutés” les demandeurs d'asile à qui ce statut ou cette protection a été refusés. Le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé à toute personne dont la situation ne répond pas à la définition du statut de réfugié mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves (peine de mort ou une exécution, torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants et pour les civils, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international) (14).

INTRODUCTION

La France est depuis longtemps un pays d'immigration. En 2014, 4,2 millions d'étrangers et 6,0 millions d'immigrés vivaient en France (15). Au 1er Janvier 2014, 130 827 immigrés habitaient dans les Pays de la Loire (16).

Les évolutions géopolitiques et climatiques entraînent une amplification des phénomènes migratoires générant une augmentation des besoins en santé. L'accès aux soins des individus, indépendamment de leur statut et de leur origine, est un droit fondamental. Comme le souligne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le non-respect de ce droit favorise l'exclusion et la marginalisation des migrants (17). Une fois passée la difficulté des démarches administratives, la barrière de la langue apparaît comme un défi supplémentaire de l'accès aux soins, pour les patients et les médecins (5). Tous les intervenants s'entendent sur le fait qu'il est primordial de s'adresser au patient dans sa langue maternelle lorsqu'il ne peut s'exprimer de manière satisfaisante dans sa langue d'accueil (18).

Les barrières linguistiques ont des effets négatifs notamment sur l'accès aux soins de santé, sur la qualité des soins, sur le droit des patients et sur le degré de satisfaction des patients et des intervenants (18). Il est impératif de garantir au patient le droit de comprendre et de se faire comprendre pour garantir son autonomie (19). Suite à la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, un référentiel de la Haute Autorité de la Santé (HAS) d'octobre 2017 indique que l'interprétariat médical professionnel est le garant de soins de qualité. La HAS recommande son recours systématique pour les patients allophones à la fois dans les établissements hospitaliers et en médecine de ville (20). Le recours aux interprètes professionnels se traduit par une amélioration des services préventifs et de la fidélité au traitement ainsi que par une réduction faible mais significative des consultations d'urgence (18). En 2018, la ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn a, en ce sens, missionné l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) pour objectiver un modèle économique

d'interprétariat linguistique afin de rendre effectif l'accès à l'interprétariat pour les personnes qui en ont besoin. La mission de l'IGAS s'appuiera sur les initiatives mises en œuvre sur les territoires (21).

Dans les Pays de la Loire, autour de ces problématiques, une commission précarité s'est développée au sein de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML). Cette commission, instaurée en 2014, était constituée de médecins généralistes de 3 départements, de salariés de médecins du monde, du SAMU social, des associations d'interprètes l'Association Santé Migrants Loire-Atlantique (ASAMLA) et l'Association Promotion et Intégration Région Angers (APTIRA) et de la coordinatrice régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). En s'inspirant des projets menés en Alsace depuis 2010 par Migration Santé Alsace (MSA) et l'URML grand est, un dispositif d'interprétariat a été mis en place sur l'ensemble de la région. Ce dernier permet l'accès gratuit à des interprètes professionnels physiques et téléphoniques pour les médecins libéraux et les patients. L'objectif de notre travail a donc été d'évaluer la satisfaction des médecins libéraux à l'utilisation de ces dispositifs d'interprétariat.

METHODES

Nous avons mené une étude descriptive transversale dans la région des Pays de la Loire.

Description du dispositif d'interprétariat

L'interprétariat téléphonique était mis à disposition pour l'ensemble des médecins de la région grâce à l'association Inter Service Migrants Interprétariat (ISM Interprétariat). Cette association, basée à Paris, propose un service d'interprétariat professionnel téléphonique accessible sur l'ensemble du territoire français. Deux associations d'interprétariat locales permettaient l'accès à des interprètes physiques par prise de rendez-vous : l'ASAMLA dans l'agglomération nantaise et l'APTIRA dans l'agglomération angevine. Les interprètes

contactés avaient signé la charte de l'interprétariat social et médical professionnel. L'interprétariat ne pouvait pas être utilisé durant la permanence de soins. Ce dispositif était co-financé par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et l'URML Pays de la Loire.

L'évaluation a été réalisée du 1er juin 2017 au 31 décembre 2018. Une première étude a été effectuée de juillet 2017 à février 2018 inclus par F. Albert, M. Soumana Ali Damiano et M. Ducroz (6). Le financement du dispositif est assuré jusqu'en décembre 2019.

Population étudiée et recrutement

Le 1er juin 2017, la totalité des 431 médecins généralistes dans l'agglomération nantaise ont été invités à participer à l'expérimentation par courriers postal et électronique envoyés par l'URML. Les invitations ont été ensuite envoyées à 256 médecins généralistes de l'agglomération angevine le 1er octobre 2017, puis aux 2345 médecins généralistes du reste de la région le 1er décembre 2017. En octobre 2018, l'expérimentation a été élargie à toutes les spécialités et une relance par mail et courrier postal a été effectuée auprès de l'ensemble des médecins généralistes, soit un total final de 5459 courriers.

Des formations ont été organisées à Nantes, Angers et Cholet. Les médecins participants à l'étude étaient invités à remplir un formulaire d'adhésion à l'expérimentation recueillant des informations sur leur âge et leur lieu d'exercice. Les médecins adhérents recevaient ensuite un guide d'utilisation ainsi que les codes d'accès à ISM Interprétariat, ASAMLA ou APTIRA. Le recrutement des patients non francophones a été réalisé par les médecins généralistes, sans critère d'exclusion.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la satisfaction des médecins concernant l'utilisation de l'interprétariat professionnel en consultation de médecine libérale. Les critères secondaires étaient le nombre de consultations réalisées avec interprète téléphonique ou physique, le

ressenti du médecin concernant le renforcement du lien de confiance avec le patient et la fidélité de la traduction des interprètes professionnels, les freins à l'utilisation de l'interprétariat et les difficultés rencontrées lors de l'utilisation.

Recueil des données

Questionnaire des médecins

Le recueil des données a été réalisé grâce à un questionnaire informatique (Google Forms®) fourni aux médecins après leur adhésion. Le questionnaire a été réalisé conjointement par les chercheurs et les représentants de la « commission précarité » de l'URML. Le questionnaire comprenait 17 questions relatives au contexte de la consultation (adressage du patient, premier contact, motif de consultation), au type d'interprétariat utilisé, à la satisfaction globale via une échelle dédiée, au ressenti concernant la fidélité de la traduction, au renforcement du lien de confiance, aux freins à l'utilisation du dispositif, aux difficultés relationnelles avec l'interprète, et au souhait de réutiliser le dispositif pour les consultations futures.

Les médecins participants devaient remplir ce questionnaire après chaque consultation avec interprète. Nous avons réalisé une phase pré-test afin de nous assurer de la fonctionnalité et de la compréhension du questionnaire en ligne et exclu les 8 premiers questionnaires incomplets.

Recueil des demandes d'interprétariat

Chaque mois, les associations d'interprètes ont fourni un relevé des demandes d'interprétariat, avec pour chacune : le nom du médecin généraliste, la date, l'heure, la durée et la langue utilisée. Ces informations nous ont permis d'effectuer des relances.

Statistiques

Nous avons recueilli les réponses dans un tableur Microsoft Excel®. Les variables quantitatives ont été décrites par les moyennes et l'écart type. Les variables qualitatives ont été

comparées avec le test du Chi2 et les variables quantitatives avec le test de Student. Les analyses ont été effectuées via le logiciel BiostaTGV®. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et assorties de pourcentages. Les réponses libres ont été recodées en variables qualitatives selon un plan pré-spécifié avant le début de l'étude. L'analyse thématique des réponses libres a été réalisée manuellement par repérage de mots clés puis par regroupement catégoriel. Dans les situations où l'accès à l'interprétariat n'était pas possible, les questions qui relevaient de l'évaluation de l'interprète ont été exclues de l'analyse

Aspects réglementaires et éthiques

Cette étude est une expérimentation dans le soin. Elle se place dans le cadre de l'évaluation des pratiques et est donc hors-loi Jardé. Une déclaration de conformité à une méthode de référence a été réalisée auprès de la CNIL (numéro 2212093 v 0). Cette étude n'a pas été financée.

RESULTATS

Description de la population des médecins et de l'utilisation du dispositif

Sur les 5459 médecins sollicités, 265 (4,8%) ont adhéré au dispositif et 87 (1,6%) l'ont utilisé. 1027 demandes d'interprétariat ont été comptabilisées sur les relevés des associations d'interprétariat (Figure 1). Douze questionnaires ont été remplis alors que le médecin n'avait pas eu accès à l'interprétariat téléphonique, correspondant à des demandes d'interprétariat non présentes sur les relevés. Dans les agglomérations de Nantes et d'Angers (où l'interprétariat physique et téléphonique étaient disponibles), l'interprétariat téléphonique a été utilisé 624 fois (92,4%) et l'interprétariat physique 51 fois (7,6%). 686 questionnaires ont été remplis, soit un taux de réponse de 66,0%. Pour 20 consultations, les utilisateurs n'ont pas pu être identifiés. Il y avait plus de médecins de moins de 40 ans chez les utilisateurs du dispositif que dans la population des médecins libéraux de la région ($p < 0,001$) Tableau I). Il y avait plus de femmes

dans le groupe utilisateur que la population générale de la région ($p < 0,0001$). Aucun médecin d'autre spécialité n'a eu recours au dispositif depuis octobre 2018.

Figure 1 - Diagramme de flux

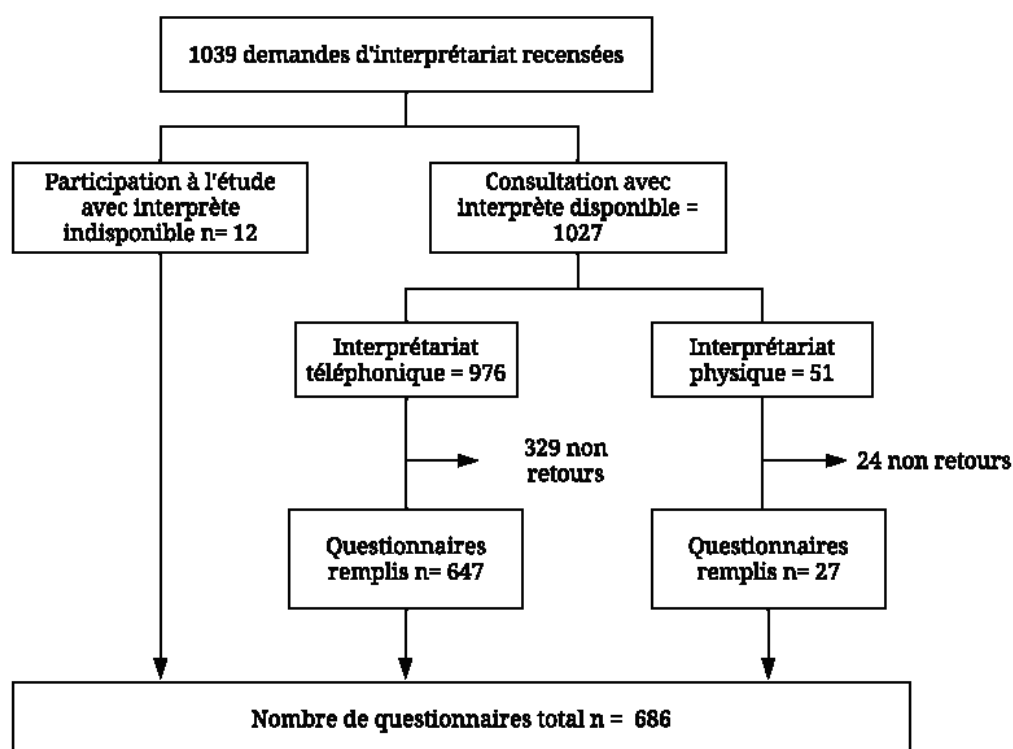
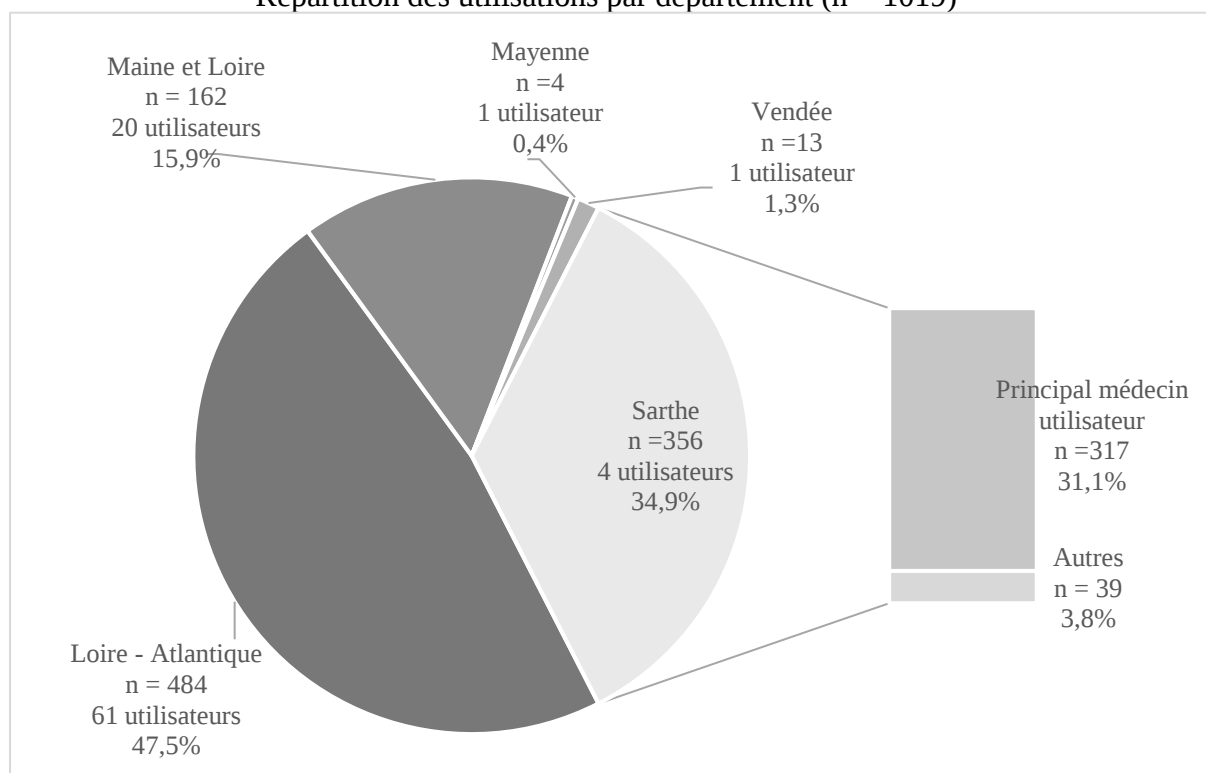


Tableau I
Description des médecins participant à l'étude

	Médecins Généralistes sur l'ensemble des Pays de Loire (n= 3724) ¹		Médecins utilisateurs du dispositif (n = 87)		P
	Effectif	%	Effectif	%	
Age					
> 59 ans	1009	27,1	10	11,5	
50 à 59 ans	1018	27,3	16	18,4	
40 à 49 ans	670	18,0	12	13,8	
< 40 ans	1027	27,6	49	56,3	p<0,001
Genre					
Masculin	2041	54,8	24	27,6	
Féminin	1683	45,2	63	72,4	p<0,0001
Milieu d'exercice					
Urbain			85	97,7%	
Rural			2	2,3	

¹ Chiffres de l'Observatoire Régional de Santé du 1^{er} janvier 2018. Données sur le milieu d'exercice non disponibles.

Figure 2
Répartition des utilisations par département (n = 1019)¹



¹ Les 20 utilisations pour lesquelles le médecin n'a pas pu être identifié n'ont pas été prises en compte.

Le nombre moyen de consultation par médecin dans l'ensemble de la région était de 11,9 consultations sur l'ensemble des 19 mois, avec un minimum de 1 utilisation et un maximum de 317 utilisations. Le médecin ayant le plus utilisé le dispositif a rempli 274 questionnaires (39,9% des réponses). (Figure 2)

Contexte des consultations aidées d'un interprète (Tableau II)

Dans 194 cas, le patient consultait pour la première fois : 73 (37,6%) étaient adressés par les Centres d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile (CADA) et les Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO), 25 (12,9%) par les structures associatives, 12 (6,2%) par le Conseil Départemental ou l'aide sociale à l'enfance (ASE), 3 (1,5%) par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) (1,6%) et 3 (1,6%) par d'autres structures de santé. Soixante-dix-sept

patients (39,6%) ont consulté par eux même (bouche à oreilles, famille suivie au cabinet, suivi par d'autres membres du cabinet...).

Tableau II
Contexte des consultations

	Résultats	
	Effectifs	%
Type d'interprétariat (n = 686)		
Téléphonique	659	96,1
Physique	27	3,9
Motif de consultation (n = 686) ¹		
Anamnèse, démarche diagnostique, examen clinique.	325	47,4
Consultation de synthèse (analyse de résultats d'examens	235	34,3
Premier contact avec le patient	147	21,4
Démarche administrative (certificat descriptif, certificat de droit au séjour	55	8,0
Gynécologie	55	8,0
Education thérapeutique	49	7,1
Urgences	45	6,6
Problème social	27	3,9
Consultation d'annonce	18	2,6
Psychologie/ Psychiatrie	15	2,2
Consultation de suivi	13	1,9
Parcours de soins - Coordination de soins avec autres spécialistes	10	1,5
Vaccination	10	1,5
10 langues les plus sollicitées d'après les relevés (n = 1027)		
Arabe du Soudan	142	13,8
Russe	138	13,4
Arabe du Moyen – Orient	83	8,0
Géorgien	77	7,5
Pashto	71	6,9
Bengali	51	5,0
Dari	50	4,9
Tigrigna	48	4,7
Albanais	39	3,8
Roumain	39	3,8

¹Cette question étant à choix multiple, la somme des réponses est supérieure à 686. Chaque pourcentage est calculé par rapport au nombre de consultations.

Quarante-sept langues ont été sollicitées au total (tableau II). La durée moyenne d'un recours à l'interprétariat téléphonique était de 14,9 +/- 1,6 min et de l'interprétariat physique de 54,5 +/- 23,1 min (comprenant le temps de transport et d'attente de l'interprète).

Dans 95,2% des cas, les médecins rapportaient que le patient était en situation de précarité. Les critères de précarité rapportés étaient les difficultés financières pour les besoins de la vie courante (376, 57,5%), l'isolement socio-familial (371, 56,8%), le type de couverture sociale (120, 18,4%), situation de précarité liée au statut administratif (123, 18,8% cas), au logement (60, 9,2% cas) et au travail (12, 1,8% cas).

Satisfaction des médecins généralistes participants

Tableau III
Evaluation des critères de satisfaction et de l'apport de l'interprétariat (n = 674)

Critères de satisfaction	Total (n=674)		Physique (n= 27)		Téléphonique (n =647)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sentiment d'être mieux compris						
Tout à fait d'accord	579	85,9	22	81,5	557	86,1
Plutôt d'accord	88	13,1	5	18,5	83	12,8
Plutôt pas d'accord	6	0,9	0	0	6	0,9
Pas du tout d'accord	1	0,1	0	0	1	0,2
Lien de confiance renforcé						
Tout à fait d'accord	515	76,4	17	63,0	498	77,0
Plutôt d'accord	143	21,2	10	37,0	133	20,6
Plutôt pas d'accord	15	2,2	0	0	15	2,3
Pas du tout d'accord	1	0,1	0	0	1	0,1
Apport de l'interprétariat dans la consultation¹						
Avancer dans le plan de soins	592	87,8	24	88,9	568	87,8
Dénouer des problématiques non résolues jusqu'alors	137	20,3	9	33,3	128	19,8
Informar, rassurer, éduquer	21	3,1	0	0	21	3,3
Améliorer la compréhension de la demande	17	2,5	2	7,7	16	2,5
Rencontre, création d'un lien	10	1,5	2	7,7	8	1,2
Apporter une aide sociale ou administrative	9	1,3	0	0	9	1,4
Pas d'apport de l'interprétariat	9	1,3	0	0	9	1,4
S'affranchir d'un tiers faisant office d'interprète informel	4	0,6	0	0	4	0,6
Impression de travail bien fait	3	0,4	0	0	3	0,5
Moyenne de l'évaluation						
Evaluation du ressenti des médecins concernant la fidélité de traduction	9,1/10		9/10		9,1/10	

¹ Cette question étant à choix multiple, la somme des réponses est supérieure à 674. Chaque pourcentage est calculé par rapport au nombre de consultations.

La satisfaction moyenne du dispositif a été évaluée à 9,2/10. Elle était de 9,5/10 pour l'interprétariat physique et 9,2/10 pour l'interprétariat téléphonique. Elle était de 9,0/10 lors de la première utilisation par les médecins. Elle a été évaluée à 9,5/10 par le médecin ayant le plus utilisé le dispositif. Après exclusion de ce médecin, la moyenne de satisfaction globale était de 9,0/10, soit statistiquement inférieure à celle du médecin le plus utilisateur ($p < 0,0001$). Les médecins avaient prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel dans 99% des cas. Les critères de satisfaction sont listés dans le tableau III, après exclusion des 12 questionnaires où aucun interprète n'était disponible.

Freins et limites du dispositif d'interprétariat

Dans 460 (67,1%) consultations, aucun frein à l'utilisation du dispositif n'était mentionné. Pour l'ensemble des consultations avec un interprète téléphonique, les freins rapportés étaient un délai trop important pour obtenir l'interprète en ligne (120, 18,5%), un allongement du temps de consultation (68, 10,5%), un déroulement de la consultation jugée trop complexe (temps de discussion, temps d'examen clinique puis retour à la discussion) (42, 6,4%), l'obligation d'utiliser une langue tierce (23, 3,5%), les problèmes de réseau téléphonique (21, 3,2%), et l'absence d'interprète disponible (12, 1,9%). Les médecins ont rapporté à 2 reprises une difficulté à identifier la langue parlée par le patient. Pour les consultations avec un interprète physique, les freins rapportés étaient un temps de planification de la consultation trop long (6, 22,2%), un problème lié au retard du médecin (2, 7,4%) et un allongement du temps de consultation (2, 7,4%).

Les difficultés les plus rencontrées avec l'interprète étaient liées à des difficultés de compréhension (35, 5,1% des consultations), à la réticence du patient à interagir à cause de la présence de l'interprète (13, 1,9%), un problème dans la relation avec l'interprète (14, 2,1%), une crainte liée au non-respect du secret médical (10, 1,5% des cas) et un doute sur la fidélité de la traduction (6, 0,9%). Certaines précisions étaient apportées sur les difficultés de

compréhension : différences de dialecte (2 cas), des troubles de l'élocution du patient (1 cas), absence de prise en compte du langage non verbal (1 cas). Certaines précisions étaient apportées par les médecins concernant les problèmes relationnels : temps de parole jugé déséquilibré (5 cas), un manque de politesse (4 cas), un jugement négatif porté sur le patient (2 cas) et l'absence de rappel du respect du secret médical (1 cas). Dans 4 consultations de gynécologie, il existait une gêne lorsque l'interprète était masculin. L'interprétariat a été jugé insuffisant pour répondre à une problématique d'ethnopsychiatrie.

DISCUSSION

La satisfaction des médecins à l'utilisation du dispositif d'interprétariat en médecine libérale dans la région Pays de la Loire est largement positive. Pour certains, l'interprétariat répond à un besoin ponctuel. Pour d'autres, l'interprétariat est un véritable outil de pratique courante : 75% des médecins ont utilisé le dispositif plus d'une fois.

Dans notre étude, l'interprétariat téléphonique a été utilisé de façon prépondérante. Sur le plan organisationnel, le recours à ISM Interprétariat est adapté aux contraintes de la médecine ambulatoire : accès immédiat 24h/24, 182 langues disponibles quel que soit le lieu d'exercice. Karlsen et Haabeth soulignaient déjà en 1998 les avantages de l'interprétariat par téléphone : "en garantissant l'anonymat, le patient craignait moins d'être victime de discrimination ou de rumeurs. Il était donc moins enclin à occulter des informations pertinentes" (22). Lorsqu'il était possible, l'interprétariat présentiel n'a été utilisé que dans 7,6% des cas. Ce type d'interprétariat favorise la qualité des échanges (prise en compte du langage non verbal, meilleure audibilité, fluidité de la communication...) (20). Certains médecins ont indiqué y avoir eu recours pour les situations complexes, souvent en lien avec des troubles psychologiques. Selon le réseau Orspère-Samdarra (Observatoire Santé mentale, Vulnérabilité et Sociétés), l'humanité inhérente à la relation triangulaire avec un interprète présentiel est préférable dans le domaine

de la santé mentale (23), suggérant ainsi une complémentarité entre l'interprétariat téléphonique et physique.

Le dispositif a été utilisé pour des motifs très divers pour des patients le plus souvent en situation de précarité. Selon l'OMS, les soins de santé primaires sont définis par leur caractère universel et accessible à tous. Dans notre étude, l'interprétariat a pu être utilisé sans conditions et sans priorisation des besoins. L'absence de restriction d'accès à l'interprétariat nous semble primordial en médecine générale.

L'interprétariat a permis de renforcer la relation médecin-malade dans 97,6% des cas, et d'être mieux compris dans 99% des cas. Il permet donc une amélioration de la communication, facteur primordial dans l'établissement d'une alliance thérapeutique (24) et d'un consentement libre et éclairé du patient. Les praticiens interrogés rapportent une « libération de la parole », une « diminution de la crainte du patient », une « confiance réciproque ». Au-delà des bénéfices sanitaires au sens strict, le recours à l'interprétariat souligne un respect de la personne et de son droit à s'exprimer (23). Si le questionnement autour du positionnement de l'interprète dans la relation tripartite est complexe, son rôle va au-delà du simple traducteur. Ses compétences interculturelles peuvent apporter un éclairage sur la situation clinique, en repérant les incompréhensions et les malentendus (25).

Les premiers freins rapportés ont été les contraintes liées au temps et à l'organisation (délai pour obtenir un interprète en ligne, planification d'un rendez-vous, allongement de la consultation, absentéisme du patient fréquent lors de consultations programmées). La durée moyenne de l'interprétariat téléphonique était de 15 minutes, mais ce chiffre ne reflète pas la durée totale d'une consultation. Lorsque l'utilisateur rapportait une augmentation du temps de consultation, le questionnaire ne permettait pas de préciser à quel type de consultation il se référait : patient francophone, patient allophone avec interprète informel ou logiciel de

traduction. Cette donnée nous aurait permis de mieux comprendre les freins ressentis, sachant que la durée moyenne de consultation avec un patient francophone est de 16 minutes en France, selon la Société Française des Médecins Généralistes.

L'indisponibilité de l'interprétariat au moment de l'appel a été évoquée dans 1,8% des réponses, souvent en lien avec une saturation du réseau téléphonique ou des coupures de communication. Cette donnée était sûrement sous-estimée puisque les médecins n'ont pas toujours répondu au questionnaire lorsqu'ils n'ont pas eu accès à l'interprétariat. Dans 3,5% des cas, les médecins ont dû recourir par défaut à une langue tierce. Or, selon M. Vierling-Weiss, la langue maternelle est la langue originelle, dans laquelle on pourrait "tout dire, tout savoir, être totalement compris" (26). L'utilisation de la langue maternelle peut servir de levier thérapeutique face au traumatisme des patients (27). De plus, l'exil, associé à une perte de la langue originelle, peut être à l'origine d'une importante souffrance psychologique (28). L'utilisation d'une langue tierce n'est donc pas optimale, en particulier pour les consultations d'ordre psychologique.

La charte de l'interprétariat médical et social professionnel, adoptée en 2012, fixe le cadre déontologique de l'interprétariat qui doit être rappelé au patient en début de consultation : fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité et respect de l'autonomie des personnes (29). Les structures sollicitées, toutes signataires de cette charte, garantissaient la formation de leurs interprètes. Néanmoins, plusieurs utilisateurs ont signalé des difficultés d'ordre relationnel avec les interprètes, souvent relatives à la répartition du temps de parole jugée déséquilibrée, à des difficultés de compréhension ou à un manque de politesse. L'introduction d'un tiers peut rompre avec le colloque singulier, et placer le soignant dans une position inhabituelle dans laquelle il est dépendant d'un autre, avec la sensation d'une perte de contrôle sur l'entretien (30). S'il convient de poursuivre la professionnalisation du métier d'interprète en proposant des formations concrètes et abouties, comme le recommande

l'HAS (20), on peut également s'interroger sur la sensibilisation des soignants. Les professionnels de santé formés à l'utilisation des services d'interprétariat y font appel plus souvent et sont d'avantage satisfaits des résultats (31). Dans notre étude, des formations courtes ont été proposées à Nantes, Angers et Cholet mais elles n'ont pas touché l'ensemble des utilisateurs. D'autres organisations telles que l'Orspère-Samdarra proposent des formations croisées interprètes et soignants, qui paraissent utiles pour une utilisation adéquate de l'interprétariat (30).

Si les études internationales sur l'interprétariat en milieu hospitalier sont nombreuses, peu ont été réalisées en France dans un contexte ambulatoire. En Alsace grâce à l'association Migrations Santé Alsace, l'interprétariat physique est disponible pour les médecins généralistes depuis plus de 10 ans (32). Une étude réalisée à Strasbourg sur ce dispositif montrait un apport important en termes de qualité de la relation médecin malade, de communication, et de satisfaction des professionnels, ce qui concorde avec nos résultats (33). A Rennes, une étude qualitative a été menée auprès de huit médecins généralistes ayant bénéficié des services d'ISM pendant 1 mois (34). Si la satisfaction des médecins était plus partagée que dans notre étude, les résultats semblaient confirmer l'intérêt de l'interprétariat téléphonique pour les motifs somatiques. Toutes ces études, montrent qu'il existe un besoin important d'interprétariat en médecine libérale et que la mise en place de tels dispositifs est réalisable de façon pérenne.

En dehors de la problématique du coût, qui n'apparaît pas dans notre étude en raison de la gratuité du dispositif pour les médecins et les patients, les freins retrouvés dans la littérature sont comparables aux nôtres. Dans une étude toulousaine réalisée en 2014 auprès de 130 médecins généralistes, les principaux freins à l'utilisation des dispositifs étaient la méconnaissance des structures d'interprétariat, la complexité de la mise en place des entretiens et l'allongement du temps de la consultation (35). Si plusieurs études montrent un allongement de la durée de consultation avec l'interprétariat, d'autres sont moins formelles (36). Le ressenti

du médecin en termes de « temps perdu » peut être également en lien avec les particularités médicales, linguistiques et culturelles spécifiques à la patientèle allophone (37). Ceci est à contrebalancer avec l’optimisation du parcours de soins que permet l’interprétariat : diminution du recours aux urgences, d’hospitalisations, d’examens complémentaires inutiles...(36)

A notre connaissance, notre étude, réalisée de façon collective, est le premier travail de ce type en France. Il a été mené sur une longue période (19 mois), sur l'ensemble de la région Pays de la Loire avec un taux satisfaisant de 66% de participation. L’utilisation mensuelle du dispositif s’est progressivement accrue passant de 13 utilisations en juin 2017 à 104 en décembre 2018. Cette augmentation des utilisations est décrite par la sociologue Estelle d’Halluin comme un “cercle vertueux” (plus on utilise le dispositif, plus on crée des besoins d’utilisation, plus on répond aux besoins du patient).

Parmi les non réponses, 20 correspondaient à une consultation pour laquelle le médecin utilisateur n’avait pas pu être identifié, ce qui ne permettait pas d’effectuer de relance (médecin remplaçant, non adhérent, interne...). Certains médecins, malgré une utilisation régulière de l’interprétariat, n’ont jamais répondu au questionnaire.

Le biais de sélection est une des limites principales de l’étude : les médecins utilisateurs étaient probablement déjà sensibilisés aux problématiques du suivi des patients allophones. Ils ont donc pu augmenter le taux de satisfaction. La population des médecins utilisateurs était globalement plus jeune et plus féminine que la population des médecins généralistes des Pays de la Loire. A la fin de la période de recueil en décembre 2018, aucun médecin d’autre spécialité n’avait eu recours à l’interprétariat professionnel.

Nos relances étaient réalisées avec un délai de 2 mois suite à la réception des relevés, ce qui a pu entraîner un biais de mémorisation lorsque les utilisateurs ne répondaient pas immédiatement au questionnaire.

Un médecin adhérent a, à lui seul, utilisé 317 fois l'interprétariat professionnel alors que les autres médecins avaient utilisé l'interprétariat 8,3 fois en moyenne. Il existe un biais de confusion concernant ce médecin compte tenu de son lieu d'exercice et du profil de sa patientèle justifiant d'une utilisation massive du dispositif. Quoique statistiquement inférieure, la satisfaction après exclusion de ce médecin reste très bonne. La satisfaction à l'issue de la première utilisation, réalisée afin de s'affranchir du poids des utilisations répétées, est également très positive.

Ce travail de recherche a permis de montrer que, outre une large satisfaction des médecins à l'utilisation de l'interprétariat professionnel, la mise en place de tels dispositifs est réalisable. L'anthropologue Laurence Kotobi défend l'importance du développement d'outils pour les professionnels afin d'aborder sereinement l'approche interculturelle (38). De la même façon, notre travail vise à mobiliser les institutions pour que cette dimension soit pleinement intégrée aux soins. Notre souhait est de suggérer que l'amélioration de la prise en charge des patients allophones est possible, qu'elle ne demande pas forcément de moyens colossaux, mais à minima, une volonté individuelle et politique (39).

L'interprétariat professionnel devrait être financé par des structures institutionnelles afin d'être pérenne et d'être étendu à toute la France. Il pourrait être accessible à toutes les professions médicales, paramédicales et socio-administratives confrontées à la barrière de la langue, afin d'assurer la coordination des soins. Il semble également important de continuer à développer l'offre des structures d'interprétariat. Des initiatives se sont largement déployées dans différentes régions de France pour tenter de répondre aux besoins croissants, mais les associations rencontrent des problèmes chroniques de financement qui les fragilisent. La reconnaissance du temps et l'investissement consacrés à ces consultations pourrait être à l'avenir valorisée par une cotation spécifique. Elle permettrait aux médecins d'aborder plus sereinement des consultations souvent jugées plus complexes.

Il est néanmoins nécessaire de réaliser d'autres études sur l'évaluation de la satisfaction des patients, celle des interprètes professionnels, et sur les profils des médecins qui se seront investis dans ce projet afin de donner des pistes pour mobiliser d'autres confrères. Ces recherches pourraient être complémentaires aux nôtres.

MANIFESTE

En conclusion de cette thèse, nous souhaitons déclarer publiquement nos positions et nos convictions concernant les droits et l'accès aux soins des personnes malades. Nous espérons que ces valeurs nous accompagneront tout au long de notre exercice et nous motiveront à nous engager, à notre niveau, aux côtés de ceux qui mènent déjà la lutte pour la tolérance et l'hospitalité.

Nous n'acceptons pas que certains patients renoncent aux soins ou consultent avec retard en raison de leur statut ou de leur précarité.

Nous n'acceptons pas que certains patients n'aient pas de couverture maladie alors qu'ils en ont le droit et que certains patients bénéficiaires de la CMUC et de l'AME se voient encore refuser l'accès aux soins.

Nous n'acceptons pas que les patients ne puissent pas s'exprimer dans leur langue natale.

Nous n'acceptons pas que les patients soient laissés seuls à naviguer dans un système de soins complexe et inconnu, sans accompagnement adéquat.

Nous n'acceptons pas que les médecins soient privés des outils et des ressources adéquates pour pouvoir prendre en charge correctement l'ensemble des patients.

Nous voulons pouvoir accueillir sans conditions de ressources, sans conditions de statut, sans conditions de langue, sans conditions de niveau d'éducation et sans conditions de temps, toute personne qui sollicitera un avis médical.

Pour cela, nous souhaitons que l'interprétariat soit étendu à toute la France, à toutes les spécialités médicales et paramédicales, dans les domaines publics et privés. Le financement de l'interprétariat doit se faire par des structures institutionnelles, afin d'être pérenne.

Nous souhaitons que le métier d'interprète continue à se développer, et que l'offre sur le territoire continue à se diversifier, afin que l'interprétariat téléphonique et présentiel soit plus largement disponible.

Nous souhaitons que le métier de médiateur en santé continue à se développer et à se professionnaliser, afin que les patients étrangers à notre système soient accompagnés correctement dans leur parcours de soins.

Nous souhaitons que les premières consultations de primo-arrivants, souvent longues et complexes, soient valorisées par une cotation spécifique.

Nous souhaitons tout simplement faire correctement notre métier.

Néhémie et Raphaëlle

BIBLIOGRAPHIE

1. PNUD. Programme des nations unies pour le développement, éditeur. Rapport mondial sur le développement humain: Lever les barrières: mobilité et développement humains. 2009. Paris: Découverte; 2009. 237 p.
2. Pestre É. La vie psychique des réfugiés. Payot & Rivages; 2014. 377 p.
3. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France | Cairn.info. *Revue économique*. 2009;60:385-411.
4. Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France: une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de médecins du monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bull Epidémiol Hebd*. 5 sept 2017;430-6.
5. Pauchet MC. Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*. 11 sept 2018;N° 53(1):43-56.
6. Albert F, Soumana Ali Damiano M, Ducroz M. 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. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Nantes]: UFR de médecine de Nantes et d'Angers; 2018.
7. OMS | Les inégalités «tuent à grande échelle» [Internet]. WHO. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/fr/>
8. crntl.fr. Définition de acculturation.
9. Définition de allophone - Encyclopædia Universalis.
10. Ministère de l'Intérieur. Les grands principes du droit d'asile.
11. Définition - Étranger | Insee.

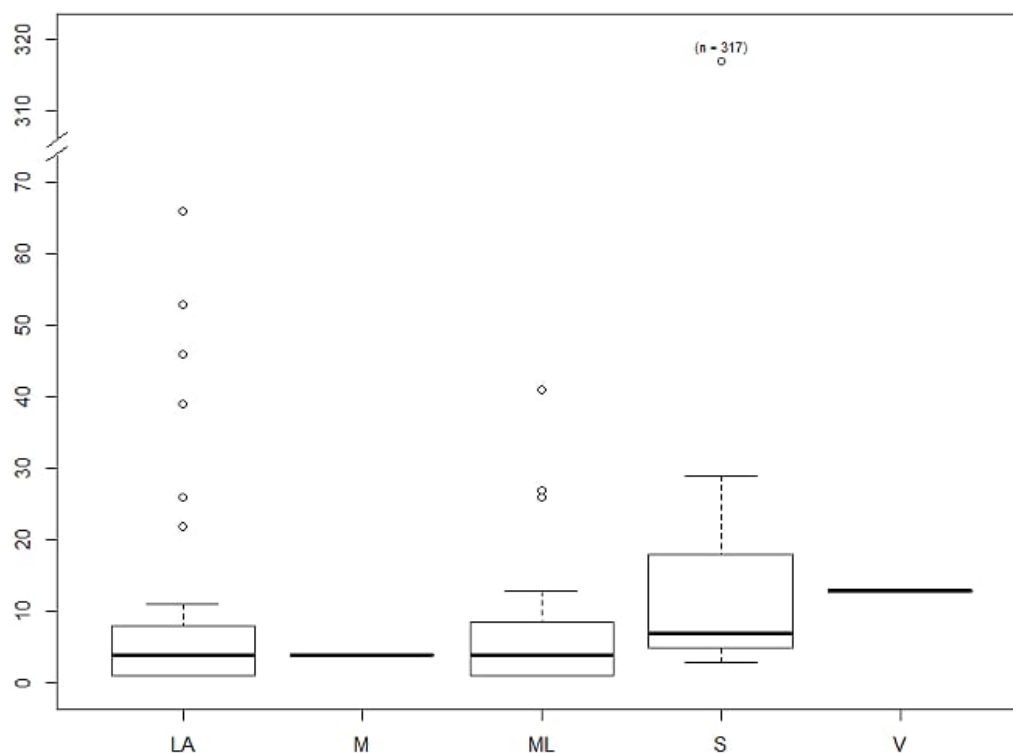
12. Définition - Immigré | Insee.
13. Migrant/migration | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
14. Le statut de réfugié | OFPRA.
15. Étrangers - Immigrés – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. 2018. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303358?sommaire=3353488>
16. Panorama statistique 2017 -Cohésion sociale - Jeunesse - Sport - Pauvreté - Exclusion - Logement - Immigration - Vie associative - Pays de la Loire. Nantes: Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Mission d'appui transversal et territorial; 2017.
17. Hoyez A-C. L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. Cybergeog : European Journal of Geography. 21 nov 2011;
18. Munoz M, Kholli A. Les barrières de langue : Comment les surmonter en clinique. Le Médecin du Québec. Février 2007;42(2).
19. Fessard C, Wolmark L. Comprendre pour se faire comprendre : l'interprétariat au crible des idées reçues. comité pour la santé des exilés COMEDE. février 2016;(49):2.
20. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. oct 2017;
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Comprendre/Être compris : L'interprétariat en santé avec des personnes non francophones. 2018 nov 7; Paris.
22. Karlsen WB, Haabeth AL. The telephone interpreter. A good alternative to the traditional interpreter. Tidsskr Nor Laegeforen. janv 1998;118(2):253-4.

23. Chambon N, Carbonel N. L'interprète, un intervenant en santé mentale ? Rhizome. 2015;N° 55(1):86-97.
24. Boss-Prieto OL. L'interprétation en Suisse francophone: le cas de la communauté hispano-américaine. Çédille. sept 2014;4:63.
25. Harmsen J a. M, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? Patient Education and Counseling. Juillet 2008;72(1):155-62.
26. Vierling-Weiss M. Que reste-t-il ? La langue maternelle. Che vuoi ? 2006;N° 26(2):11-21.
27. Tarazi-Sahab L, Hussein ME, Moro MR. L'accueil de patients traumatisés : la langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant ? Cliniques. février 2016;N° 11(1):72-88.
28. Pestre É. L'expatriation du sujet. Entre nostalgie de la langue des origines et quête de l'étranger. Figures de la psychanalyse. 30 sept 2015;n° 30(2):215-29.
29. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. Strasbourg; 2012.
30. Le Gof G, Maury de Feraudy J, Zeroug-Vial H. Former les professionnels de santé aux pratiques avec interprète. Décembre 2017;21-2.
31. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gildengorin G. The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. Journal of General Internal Medicine. Février 2004;19(2):175-83.
32. Migration Santé Alsace. Rapport d'activité - Migration Santé Alsace - 2017. 2018 juin.
33. 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 présentée pour le diplôme de docteur en médecine]. Strasbourg; 2014.

34. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel. :42.
35. Chaaban S. « Rendre la parole pour mieux soigner » Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Toulouse]: Paul Sabatier Toulouse III; 2014.
36. Ribera JM, Hausmann-Muela SeU, Grietens KP, Toomers E. Le recours aux interprètes en consultation médicale est-il justifié? COFETIS. mars 2008;
37. Tocher TM, Larson EB. Do physicians spend more time with non-English-speaking patients? J Gen Intern Med. mai 1999;14(5):303-9.
38. Tessier S, Kotobi L, Boussouar M. Interculturalité, médiation, interprétariat et santé. Décembre 2017;(442):8-9.
39. De Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. presse de l'EHESP. Rennes; 2017. 221 p. (Recherche, santé, social).

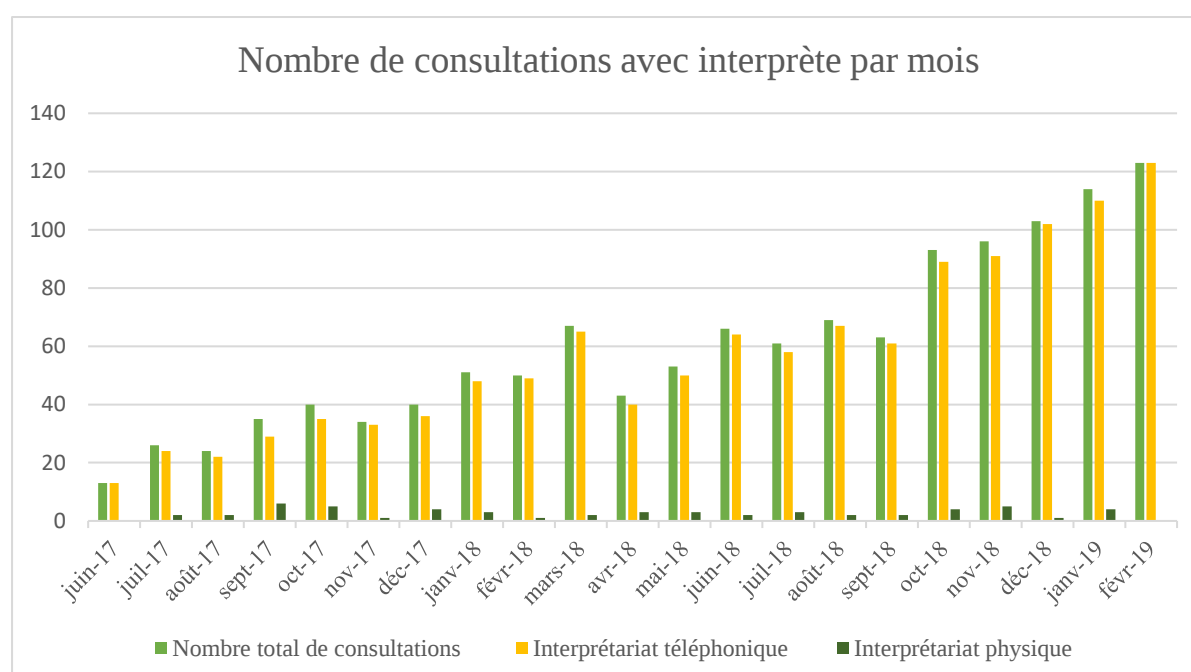
ANNEXES

Annexe 1 – Médiane du nombre de consultations par médecin en fonction des départements



LA = Loire Atlantique M = Mayenne ML = Maine et Loire S = Sarthe V=Vendée

Annexe 2 – Evolution du nombre de consultations avec interprète en fonction du temps



Annexe 3 – Formulaire d'adhésion au dispositif d'interprétariat



ADHESION à « L'Expérimentation Interprétariat »

En médecine générale libérale

44 - 49 - 53 - 72 – 85

(entourer votre département)

L'URML déploie progressivement, sur la région des Pays de la Loire, une expérimentation visant à permettre aux médecins libéraux d'accéder à un service d'interprétariat pour aider la communication avec certains patients. L'URML a sollicité l'intervention d'une association proposant un interprétariat téléphonique : ISM. Le service est proposé par l'URML gracieusement aux médecins libéraux, sous réserve d'une adhésion. Le financement de l'expérimentation est assuré par l'URML, qui bénéficie d'un cofinancement de l'ARS des Pays de la Loire. Une évaluation sera réalisée, notamment à partir de questionnaires à l'attention des médecins adhérents.

L'URML n'intervient en aucune façon dans le soin, ni l'organisation des soins, ni l'organisation des contacts entre les médecins et les services d'interprétariat.

Le médecin adhérent s'engage à respecter les processus de sollicitation des interprètes, indiqués sur la plaquette d'accompagnement.

Le médecin s'assure que sa responsabilité civile professionnelle couvre bien les consultations via une traduction verbale. Il assume la responsabilité de la consultation quel que soit le mode d'interprétariat.

Le médecin adhérent prend acte que ce service pourra prendre fin à tout moment en fonction de la durée de l'expérimentation. L'URML s'engage à l'informer des délais de cette expérimentation et de son évolution.

Je soussigné (e) : Docteur (Nom, Prénom)

Médecin Généraliste à : (Ville).....

Téléphone :

Mail (Obligatoire pour recevoir votre confirmation d'adhésion)

.....@.....

FAIT, A

LE 2017 / 2018

Signature
(faire précéder la signature de la mention
« bon pour adhésion » et du cachet)

Interprétariat en médecine générale libérale en Pays de la Loire

GUIDE D'UTILISATION



URML Pays de la Loire : RÔLE ET MISSIONS

5800 médecins libéraux qui élisent leurs représentants tous les 5 ans (50 élus)

4 missions prioritaires dans le champ de la santé publique et de l'organisation des soins :

- Représenter les 5800 médecins libéraux de la région (interlocuteurs de l'ARS, des collectivités locales, des URPS d'autres professions)
- Informer les médecins libéraux sur les sujets professionnels (accès, déontologie, retraite, missions de santé, compétence, nomenclature...)
- Accompagner les projets des médecins libéraux
- Étudier et expérimenter de nouveaux modèles d'organisation des entreprises médicales libérales

Commission Précarité de l'Union :

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

Plusieurs axes de réflexion sont en cours :

- Accès à l'interprétariat professionnel
- Création d'un guide pratique d'aide à l'accompagnement des patients en situation de précarité (cf. site de l'URML)
- Mise en place de la Médiation en Santé (cf. recommandations HAS)
- Lien avec la Formation Médicale Initiale et Continue
- Travail en réseau...

A ce titre la Commission remercie : L'ARS, Médecins du Monde, l'ASAMLA, l'APRMA, l'ISM Paris.

Les membres de la Commission Précarité :

Dr HAMBALLI, LECOMTE, COLLANGE, ROUSSEAU, ROUSSELLE, BAUDRY, GHED, SAUVAGE, MORIN, GABILLAT, FEMILLETTE, FESSARD, ROLLAND, LE DUERE, GALLON, LEEGAY, FALLAI, GRAPIN, PELLETIER, TREDOUET, HEBAUT, les Drs DUCHOZ, DAMIANO, ALBERT (présents en MG) et Mme BÉTIÈRE.

Le secrétariat de l'Union est disponible pour toute question au sujet de l'interprétation

13 rue de la Loire - Bât. C2 - 44 230 St SEBASTIEN sur LOIRE
Tél. : 02 51 82 23 01 - Fax : 02 51 82 23 15 - Email : contact@urml-paysdelaloire.org
www.urml-paysdelaloire.org

L'URML Pays de la Loire vous propose de participer à une expérimentation sur la mise en place d'un service d'interprétariat téléphonique en médecine générale (hors Permanence des Soins).

URML
UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX
DES PAYS DE LA LOIRE

UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DES PAYS DE LA LOIRE

ars
Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

Objectifs de l'expérimentation

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

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

Pour quelles consultations ?

Toutes consultations et notamment les pathologies chroniques, psychiatriques, prévention, urgence, 1^{ère} consultation, cas complexes (*hors Permanences des Soins*).

Éléments déontologiques

Éléments issus de la charte de l'interprétariat médical et social professionnel de 2012 : <http://www.imaf.fr/IMG/pdf/charte-sig-nee-scan19-12-2012.pdf>

- **Fidélité de la traduction**
L'interprète en milieu médical et social restitue les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité, sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens.
- **Confidentialité et secret professionnel**
L'interprète en milieu médical et social a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au même secret professionnel que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.
- **Impartialité**
L'interprète en milieu médical et social exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale aux différents protagonistes.
- **Respect de l'autonomie des personnes**
Il n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes. Il leur reconnaît les compétences pour s'exprimer en leur propre nom et prendre des décisions en toute autonomie. Il ne se substitue pas l'un ou à l'autre des interlocuteurs.

Durée de l'expérimentation

de Juin 2017 à Décembre 2018

Le coût

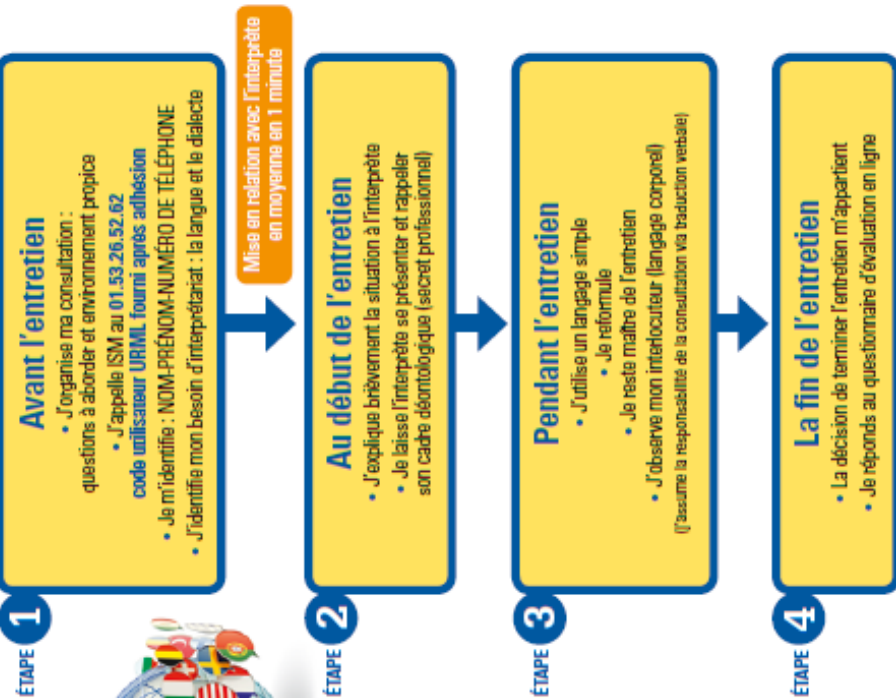
Durant toute l'expérimentation, le service sera **GRATUIT** pour les patients et les médecins généralistes utilisateurs (financement par l'URML et l'ARS).

Inspire des recommandations HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jsp/has/interpr%C3%A9tariat_dans_le_domaine_de_la_sant%C3%A9_g%C3%A9n%C3%A9raliste/interpr%C3%A9tariat_dans_le_domaine_de_la_sant%C3%A9_g%C3%A9n%C3%A9raliste.pdf

Interprétariat téléphonique*

en médecine générale libérale / PAYS DE LA LOIRE
ISM Paris

Je vérifie que mon «assurance RCP»
couvre bien les consultations
via une traduction verbale



* utilisation hors Permanence des Soins

Annexe 5 – Déclaration simplifiée MR 004 à la CNIL

CNIL

3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : DÉPARTEMENT DE
MEDECINE GENERALE

Service :

Adresse : 1 RUE GASTON VEIL

Code postal : 44000 Ville : NANTES

Adresse électronique : ROSALIE.ROUSSEAU@UNIV-
NANTES.FR

Sigle (facultatif) :

N° SIRET : 194409843 00019

Code APE : 8542Z Enseignement supérieur et post-
secondaire non supérieur

Téléphone : 0240412826

Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (filiale, maison mère, prestataire de service, etc.)
qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union européenne

☒ Non

☐ Oui

4 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux
éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : BIGOT Raphaëlle

Service :

Adresse :

Code postal : - Ville :

Adresse électronique : RAPHAELLEBIGOT@LIVE.FR

Téléphone : 0670178610

Fax :

Raison sociale : DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Sigle (facultatif) :

Adresse : 1 RUE GASTON VEIL

Code postal : 44000 Ville : NANTES

Adresse électronique : ROSALIE.ROUSSEAU@UNIV-

N° SIRET : 194409843 00019

Code NAF : 8542Z Enseignement supérieur et post-
secondaire non supérieur

Téléphone : 0240412826

Fax :

N° CERFA 13810*01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

Annexe 6 – Questionnaire

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

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

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

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

- Oui
- Non

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

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

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

- Oui
- Non

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

- Téléphonique
- Physique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Oui
- Non

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Oui
- Non

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

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

18) Remarques libres :

Annexe 7 – Lettre au rédacteur de la revue Santé Publique

Soumis à publication le 22 avril 2019

Objet : article de recherche originale.

Veillez trouver ci-joint notre manuscrit d'article de recherche intitulé « Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juin 2017 à décembre 2018 : étude descriptive transversale », que nous souhaitons soumettre à la revue Santé Publique.

La santé des migrants est un enjeu de santé publique. Cependant, lorsqu'ils ont accès aux soins, la barrière de la langue apparaît comme un obstacle à la qualité des soins fournis. Devant cette problématique, un dispositif d'interprétariat professionnel physique et téléphonique a été mis en place en juillet 2017 dans la région Pays de la Loire en s'inspirant des projets menés depuis 2010 par Migration Santé Alsace. L'objectif de cette étude a été d'évaluer la satisfaction des médecins libéraux à l'utilisation de ce dispositif en consultation avec leurs patients allophones. Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, prospective menée dans la région Pays de la Loire de juin 2017 à décembre 2018. La satisfaction a été évaluée à l'aide d'un questionnaire rempli par les médecins utilisateurs à la fin de chaque consultation avec interprète. Les résultats de notre étude soulignent la faisabilité et la possibilité d'extension des dispositifs d'interprétariat en médecine libérale. L'interprétariat professionnel apparaît comme un outil accessible aux médecins garantissant le respect et le droit des personnes à pouvoir s'exprimer.

Notre travail décrit la mise en œuvre d'un dispositif centré sur un des besoins fondamentaux de l'être humain qui est de communiquer avec ses semblables. C'est dans ce sens que nous avons souhaité soumettre notre travail à votre revue et plus précisément dans la rubrique

Politiques, Interventions et expertises en santé publique. Ce dispositif mis en place localement depuis 2017 répond à des problématiques de santé et apporte une aide précieuse aux professionnels de santé du territoire tout en se centrant sur nos patients. Nous nous engageons sur l'originalité de ce dernier. Le manuscrit soumis n'a jamais été publié auparavant, il n'est pas en cours d'examen par d'autres revues et ne le sera pas jusqu'à la réception de votre décision. Il a été approuvé par tous les auteurs pour être publié dans votre journal.

Ci joint le formulaire pour la déclaration de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs participent à la commission précarité de l'URML Pays de la Loire.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

BIGOT Raphaëlle et DALLET Néhémie

Annexe 8 - Analyse des résultats du médecin ayant le plus utilisé le dispositif

Un médecin (médecin X) a eu recours à l'interprétariat 317 fois (dont 9 fois sans interprète disponible) et a rempli 274 questionnaires (39,9% de l'ensemble des réponses). Devant cette proportion importante, nous avons analysé ses résultats afin d'évaluer comment ceci peut influencer nos résultats. Les modalités de calcul des statistiques étaient les mêmes que celles précisées dans le paragraphe méthode de l'article en dehors de l'utilisation du test de Fischer lorsque l'effectif était faible.

Contexte des consultations aidées d'un interprète

Le médecin X n'avait pas accès à l'interprétariat physique pour des raisons géographiques. Il n'y avait pas de différence significative en termes de situation de précarité des patients entre les 2 groupes. Pour le médecin X, la durée moyenne d'utilisation était de 16,8 + /- 3,0 minutes, ce qui est proche de la moyenne totale de 14,9 +/- 1,6 min. Le profil des langues était modifié : le médecin X a reçu statistiquement moins de patient de patient parlant arabe Soudanais et arabe du Moyen – Orient, mais plus de patient parlant russe et pashto. Le médecin X reçoit plus de patients adressés pas l'ASE (Aide sociale à l'enfance) et le conseil départemental.

	Total exclusion du Médecin X		Médecin X		
	Effectifs	%	Effectifs	%	
Type d'interprétariat	n = 412		n = 274		
Téléphonique	385	93,4	274	100	
Physique	27	6,6	0	0	
Motif de consultation ¹					
Anamnèse, démarche diagnostique, examen clinique.	208	50,5	117	42,7	
Consultation de synthèse	115	27,9	120	44,2	
Premier contact avec le patient	94	22,8	53	19,3	
Démarche administratives	51	12,4	4	1,5	
Gynécologie	37	9,0	18	6,6	
Education thérapeutique	37	9,0	12	4,4	
Urgences	44	10,7	1	0,4	
Problème social	23	5,6	4	1,5	
Consultation d'annonce	12	2,9	6	2,2	
Psychologie/ Psychiatrie	11	2,7	4	1,5	
Consultation de suivi	12	2,9	1	0,4	
Parcours de soins	10	1,5	0	0	
Vaccination	7	1,7	3	1,1	
Patient en situation de précarité ?					
Oui	388	94,1	265	96,7	p = 0,12
Non	24	5,9	9	3,3	
Critères de précarité¹					
Difficultés financières	195	47,3	181	66,1	
Isolement socio-familial	188	45,6	183	66,8	
Type de couverture sociale	111	26,9	9	3,3	
Statut administratif	95	23,1	28	10,2	
Logement	66	16,0	4	1,5	
Emploi	11	2,7	1	0,4	
Adressage du patient lors de la première	n = 128²		n = 66²		
CADA et CAO	43	33,6	30	45,5	p=0,1
Patient consultant d'eux même	59	46,1	18	27,2	
Structures associatives	18	14,1	7	10,6	p<0,001
Conseil départemental et ASE	1	0,8	11	16,7	
Structure de santé	3	1,5	0	0	
PASS	3	1,5	0	0	
10 langues les plus sollicitées d'après les relevés	n = 719		n = 308		
Arabe du Soudan	118	16,4	24	7,8	p<0,001
Russe	83	11,5	55	17,8	p<0,01
Arabe du Moyen – Orient	81	11,2	2	0,6	p<0,001
Géorgien	52	7,2	25	8,1	p=0,6
Pashto	39	5,4	32	10,4	P<0,01
Bengali	26	3,6	25	8,1	
Dari	29	4,0	31	10,1	
Tigrigna	48	6,7	0	0	
Albanais	30	4,1	9	2,9	
Roumain	39	5,4	0	0	

¹Ces questions étant à choix multiple, chaque pourcentage est calculé par rapport au nombre de consultations. ² Prise en compte des patients consultant pour la première fois.

Le médecin X n'avait pas accès à l'interprétariat physique pour des raisons géographiques. Il n'y avait pas de différence significative en termes de situation de précarité des patients entre les 2 groupes. Pour le médecin X, la durée moyenne d'utilisation était de 16,8 + /- 3,0 minutes, ce qui est proche de la moyenne totale de 14,9 +/- 1,6 min. Le profil des langues était modifié: le médecin X a reçu statistiquement moins de patient de patient parlant arabe Soudanais et arabe du Moyen – Orient, mais plus de patient parlant russe et pashto. Le médecin X reçoit plus de patients adressés par l'ASE (Aide sociale à l'enfance) et le conseil départemental.

Satisfaction des médecins généralistes participants et comparaison avec le médecin X

Le médecin X était plus satisfait du dispositif ($p < 0,0001$) que les autres utilisateurs et avait une meilleure évaluation de la fidélité de la traduction ($p < 0,0001$). Néanmoins les chiffres de satisfaction et de ressenti en termes de fidélité de la traduction des autres médecins restent très satisfaisants, et proche des résultats de l'ensemble des médecins (respectivement 9,2/10 et 9,1/10).

Sur les critères de satisfaction, le médecin X était plus souvent « tout à fait d'accord » avec le sentiment d'être mieux compris et le renforcement du lien de confiance que les autres utilisateurs. Néanmoins, il n'y avait pas de différence significative lorsque les modalités « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » étaient prises en compte. Le médecin X avait prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel dans 100% des cas.

Critères de satisfaction	Total après exclusion Méd X		Médecin X		
	Effectif	%	Effectif	%	
Sentiment d'être mieux compris	n=409¹		n=265¹		
Tout à fait d'accord	328	80,2	251	94,7	p<0,0001
Plutôt d'accord	75	18,3	13	4,9	
Plutôt pas d'accord	5	1,2	1	0,4	
Pas du tout d'accord	1	0,2	0	0	
Sentiment d'être mieux compris (Oui/Non)					
Oui (tout à fait d'accord et plutôt d'accord)	403	98,5	264	99,6	p=0,25
Non (plutôt pas d'accord + pas du tout d'accord)	6	1,5	1	0,4	
Lien de confiance renforcé					
Tout à fait d'accord	273	66,7	242	91,3	p<0,0001
Plutôt d'accord	123	30,1	20	7,5	
Plutôt pas d'accord	13	3,2	2	0,8	
Pas du tout d'accord	0	0	1	0,4	
Lien de confiance renforcé (Oui/Non)					
Oui (tout à fait d'accord et plutôt d'accord)	396	96,8	262	98,9	p = 0,12
Non (plutôt pas d'accord et pas d'accord du tout)	13	3,2	3	1,1	
Apport de l'interprétariat dans la consultation²					
Avancer dans le plan de soins	350	85,6	242	91,3	
Dénouer des problématiques non résolues jusqu'alors	108	26,4	29	10,9	
Informar, rassurer, éduquer	21	5,1	0	0	
Améliorer la compréhension de la demande ou	15	3,7	2	7,7	
Rencontre, création d'un lien	8	2,0	2	7,7	
Apporter une aide sociale ou administrative	8	2,0	1	0,4	
Pas d'apport de l'interprétariat	5	1,2	4	1,5	
S'affranchir d'un tiers faisant office d'interprète informel	4	1,0	0	0	
Evaluation du ressenti des médecins concernant la fidélité de traduction	8,6/10		9,7/10		p<0,0001
Moyenne de satisfaction globale des médecins sur l'ensemble des consultations	n= 412 9,0/10		n = 274 9,5/10		p<0,0001

¹ Les consultations sans interprète ont été exclues. ² Cette question étant à choix multiple, chaque pourcentage est calculé par rapport au nombre de consultations.

Freins et limites du dispositif d'interprétariat

	Total consultations téléphoniques		Médecin X		
	Effectif	%	Effectif	%	
Freins à l'utilisation du dispositif²	(n=412)		(n= 274)		
Aucun	283	68,7	217	79,2	p <0,005
Délai trop long pour obtenir l'interprète	85	20,6	35	12,7	
Allongement du temps de consultation	65	15,8	3	1,1	
Complexité du déroulement de la consultation	38	9,2	4	1,5	
Recours à une langue tierce	17	4,1	6	2,2	
Problèmes de réseau téléphonique	17	4,1	4	1,5	
Interprète indisponible	3	7,3	9	3,3	
Difficultés avec l'interprète²	n = 409¹		n = 265¹		
Aucune	354	84,4	257	97,0	p<0,0001
Difficultés de compréhension	31	7,6	4	1,5	
Réticence du patient à interagir à cause de l'interprète	12	2,9	1	0,4	
Problème relationnel	11	2,7	3	1,1	
Crainte liée au non-respect du secret médical	10	2,4	0	0	
Doute sur la fidélité de la traduction	6	1,5	0	0	

¹Consultations où l'interprète n'est pas disponible non prises en compte ² Les questions étant à choix multiple, chaque pourcentage est calculé par rapport au nombre de consultations.

Au total, le médecin X avait donc rencontré moins de freins à l'utilisation du dispositif et moins de difficultés avec l'interprète que les autres utilisateurs.

Le médecin X était globalement plus satisfait que les autres utilisateurs. Ceci est probablement en lien avec un service rendu important et une bonne maîtrise du dispositif suite à de nombreuses utilisations. Si ces résultats pèsent effectivement sur nos statistiques, la satisfaction globale et les critères de jugement secondaires restent très positifs chez les autres utilisateurs, après exclusion du médecin X. Les conclusions tirées de cette étude ne sont donc pas modifiées par cette importante représentation.

Annexe 8 – Analyse thématique des réponses libres : mots clés et phrases clés utilisés pour le regroupement catégoriel

Voici les différents mots-clés ayant permis le recodage en variables qualitatives des réponses ouvertes. Ce recodage a bénéficié d'une double lecture afin d'en limiter la part subjective.

Mots clés et phrases clés	
Question 2 – Par qui le patient a-t-il été adressé ?	
Patients ayant consulté d'eux même	Suivi par collègue - patient du cabinet - famille déjà en place - famille - compatriote - a consulté au cabinet - ne sait pas
Structure associative	Médecin du monde - lits médicalisés - accompagnement des réfugiés - association - CHRS »
Autre structure de santé	CESAME - urgences - CSAPPA
Question 5 – Quel(s) étai(en)t le(s) motif(s) de l'utilisation de l'interprétariat ?	
Psychologie/Psychiatrie	Syndrome post traumatique - soutien psychologique - psychiatrique - addiction - substitution - troubles du comportements - consultation psychologique - problème psy - thérapeutique psychiatrique
Vaccinations	Vaccin - vaccination
Consultation de suivi	Renouvellement de traitement - suivi - adaptation thérapeutique
Parcours de soins – coordination du parcours de soins	Adresser au spécialiste - suivi spécialisé - consultation spécialisée - consultation cardiologique - chirurgie à prévoir - examen programmé - cardiologie
Gynécologie	Grossesse
Question 9 : Pensez-vous que cette consultation a permis :	
Informar, rassurer, éduquer	Recommandés - informer - compréhension maladie pour la patiente - éducation thérapeutique - expliquer - informer - éducation - faire comprendre - information complète - adhésion aux soins
Améliorer la compréhension de la demande / des symptômes	Comprendre - recueil des informations - mieux évaluer les symptômes - interrogatoire - préciser sa demande
Rencontre, création d'un lien, permettre l'expression du patient	S'exprimer - rencontre - créer du lien - relation triangulaire - faire connaissance
Apporter une aide sociale ou administrative	Certificat - démarches administratives - assistante sociale - dossier APA - démarche sociale
Pas d'apport de l'interprétariat	Rien - difficile - pas d'apport - gros problème - pas d'aide - pas d'amélioration - mauvaise langue - non
S'affranchir d'un tiers faisant office d'interprète informel	Exclure - propre voix - sans sa femme

Impression de bien faire son travail	Travail satisfaisant - travailler correctement - soin possible
--------------------------------------	--

Question 12 - Vous avez utilisé l'interprétariat téléphonique. Avez-vous rencontré des freins pour l'utilisation de ce service ?

Obligation d'utiliser une langue tierce	Langue de substitution - pas d'interprète dans la langue du patient - langue remplacée par -langue de remplacement - langue tierce
Problème de réseau téléphonique	Coupure téléphonique - a raccroché - communication interrompue - mauvaise communication - lignes occupées - communication coupée - parasitage bruit - problème technique - conversation interrompue - problème standard - mauvaise connexion téléphonique
Pas d'interprète disponible	Pas d'interprète disponible - interprète injoignable - impossible de joindre

Question 13 - Vous avez utilisé l'interprétariat téléphonique. Avez-vous rencontré des freins pour l'utilisation de ce service ?

Pas de réponse libre

Question 14 - Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas prévu de réutiliser l'interprétariat professionnel avec ce patient ?

Recours à un interprète informel	Viendra avec son mari - interprète familial mieux accepté
----------------------------------	---

Question 15 - Avez-vous rencontré des difficultés dans votre relation avec l'interprète ?

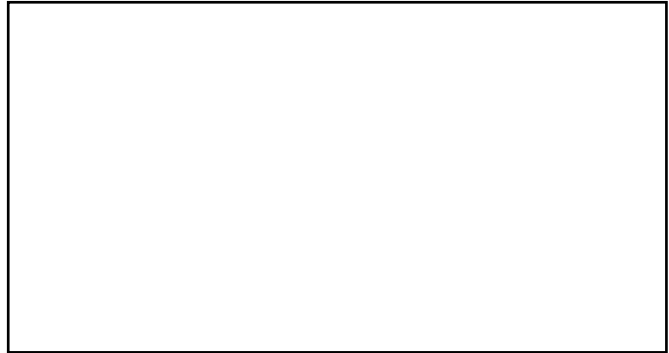
Précisions sur les difficultés de compréhension	Dialecte : dialecte différent - pas le même arabe
Doute sur la fidélité de traduction	Fidélité de la traduction - doute sur la traduction - interrogations - manque précision
Précisions sur les problèmes relationnels avec interprète	Déséquilibre du temps de parole : très bavarde - parle trop » Manque de politesse : ne se présente pas - ne dit pas aurevoir - soupire - impression qu'on le dérange Jugement porté sur le patient : juge le patient - jugement

Question 17- Quels critères vous font penser que le patient est en situation de précarité ?

Type de couverture sociale	Absence d'assurance complémentaire » (item du QCM) - CMU - AME - CMUc
Précarité liée au statut administratif	Migrant - primo arrivant - réfugié - exilé - pas de papiers - sans-papiers - demandeuse d'asile - migration récente - mineur isolé - exil - refus OFPRA - arrivée récente en France - RSA
Précarité liée à l'emploi	Intérim - travail précaire - chômage - fait la manche - pas de travail - sans emploi
Précarité liée au logement	CADA - vit sur un terrain - logé à l'hôtel - 115 - bidonville - caravane - sans domicile fixe - à la rue - squat

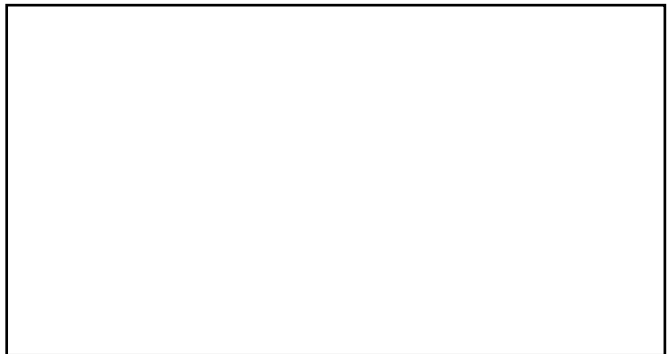
Vu, le Président du Jury,

Pr Rémy SENAND



Vu, le Directeur de Thèse,

Dr Rosalie ROUSSEAU



Vu, le Doyen de la Faculté,

Pr Pascale JOLLIET



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

Introduction : La barrière linguistique a des effets négatifs sur l'accès et sur la qualité des soins des patients allophones. Devant cette problématique, des dispositifs d'interprétariat professionnels physique et téléphonique en médecine libérale ont été mis en place en 2017 dans la région Pays de la Loire en s'inspirant des projets menés depuis 2010 par Migration Santé Alsace. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des médecins libéraux à l'utilisation de ces dispositifs d'interprétariat en consultation avec leurs patients allophones.

Méthode : Cette étude descriptive quantitative, observationnelle, prospective a été menée dans l'ensemble de la région Pays de la Loire de juin 2017 à décembre 2018. La satisfaction a été évaluée à l'aide d'un questionnaire informatique rempli par les médecins utilisateurs à la fin de chaque consultation avec interprète. **Résultats :** Les résultats montrent une très bonne satisfaction globale des médecins à l'utilisation de l'interprétariat professionnel qu'il soit physique ou téléphonique. L'étude a également permis de mettre en lumière le renforcement de la relation médecin-malade et de l'alliance thérapeutique. Les principaux freins rapportés étaient les contraintes liées au temps avec notamment un allongement de la durée de la consultation. **Discussion :** Cette étude souligne l'intérêt majeur du développement, de la pérennisation et de l'extension des dispositifs d'interprétariat en médecine libérale. L'interprétariat professionnel apparaît comme un outil d'aide au respect de la personne et de son droit à pouvoir s'exprimer et à donner son consentement libre et éclairé.

Mots clés : Médecine ambulatoire - soins de santé primaire - Barrières de communication - relation médecin malade - interprétariat professionnel

Introduction: A language barrier leads to negative impacts on access and quality of health care for non-French speaking patients. Faced with this problem, professional interpreting services, either with an interpreter physically present, or on the phone, were set up in the private health sector in 2017 in the Pays de la Loire region. These services were inspired by projects launched in 2010 by "Migration Santé Alsace". The main goal of the study was to evaluate the satisfaction of private sector doctors using the interpreting service during their appointments with non-French speaking patients. **Methods:** This quantitative, observational and prospective study was conducted in the whole Pays de la Loire region between June 2017 and December 2018. The satisfaction was evaluated with an online survey filled in by the doctor at the end of every appointment with an interpreter. **Results:** Results show very good overall satisfaction from the doctors using both actually present and phone interpreters. The survey also highlighted the improvement of the relationship between doctor and patient. The main difficulty identified is that of time constraint with, in particular, an increase of the length of the appointment. **Discussion:** This study highlights the need to develop and broaden professional interpreting services for private sector doctors. The measure is shown to be a tool that guarantees the respect of the patient's right to express themselves properly and give their free and informed consent.

Keywords: ambulatory care - primary health care - communication barriers - physician-patient relation - professional interpreting
