

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 008

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Anne-Charlotte GALLON
Née le 01 septembre 1987 à Sèvres (92)

Et

Florence LE QUERE
Née le 17 octobre 1987 à Nogent-sur-Marne (94)

Présentée et soutenue publiquement le 24 janvier 2017

**« Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs
premières consultations médicales : entretiens semi-
dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant
désormais français »**

Président du jury :	Monsieur le Professeur Christian AGARD
Directrices de thèse :	Madame le Docteur Françoise OHEIX Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU
Membres du jury :	Monsieur le Professeur Jacques BARRIER Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT Monsieur Cédric GRATTON

*« J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et
de leurs conséquences »*

Serment d'Hippocrate

REMERCIEMENTS

A Mesdames les Docteurs Françoise OHEIX et Rosalie ROUSSEAU, pour votre enthousiasme sans faille tout au long de notre travail, vos relectures, votre écoute et vos sourires. Merci !

A Monsieur le Professeur Christian AGARD, vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jacques BARRIER, merci pour l'intérêt porté à notre travail. Merci d'avoir accepté d'être membre du jury et de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT, merci d'avoir accepté d'être membre du jury et de juger ce travail.

Pour ton engagement dans l'enseignement de la médecine générale dont nous avons pu toutes les deux bénéficier. L'internat de médecine générale à Nantes est à la fois formateur et agréable, merci.

A Monsieur Cédric GRATTON, merci de l'intérêt porté à notre travail et d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury.

Aux médecins et kinésithérapeutes qui nous ont aidées au recrutement varié des patients de cette étude.

Et aux patients qui ont accepté de prendre du temps pour nous répondre, sur des sujets parfois difficiles, toujours avec une grande gentillesse.

ANNE-CHARLOTTE

A mes maîtres de stage qui, chacun à votre façon, m'avez fait partager l'amour du métier qu'est le nôtre tout en me préparant à ses difficultés.

A ma « Maman-poule-docteur », pour la vocation que tu as fait naître et pour avoir toujours cru en moi.

A mon Papa, aux mots que toi seul sais trouver pour me donner confiance et m'apaiser dans les moments de doute.

A Jean-Raphaël, toi qui, en plus de me supporter depuis toujours, as supporté tant d'épreuves à mes côtés, tu n'imagines pas l'importance que tu as pour moi.

A Pierre-Loup, ça a été encore plus difficile sans toi mais voilà, j'ai « poursuivi ma route » comme tu le souhaitais.

A Marc-Emmanuel, petite parenthèse enchantée au milieu de mes si nombreuses journées de boulot, ton sourire est pour moi une bouffée d'oxygène.

A Valérie et Benoit, pour le soutien que vous avez été tout au long de ces années et pour la stabilité que vous continuez à m'apporter.

Aux « Julie » compagnes d'infortune et amies si précieuses, j'ai eu bien de la chance de vous trouver sur ma route.

A Pierre-Yves et Armel, en me rappelant que je suis avant tout une femme et une maman, vous faites de moi un médecin équilibré. Merci de rendre ma vie douce et pétillante.

A celle qui a transformé les heures d'angoisses en heures de débats acharnés, les stress inévitables en fous rires et les symptômes dépressifs de thésardes en mal d'inspiration en bons petits restos. Florence, tu es une « pair » pour moi!

FLORENCE

A Anne-Charlotte pour le plaisir d'avoir partagé ce travail avec toi, pour nos nombreux fou-rires, pour la nouvelle tradition du déjeuner aux Tables de Nantes. Vivement le prochain « groupe de paire ».

A mes parents pour me supporter, pour leurs conseils et relectures avisés.

A mon frère pour notre complicité sans faille.

A toutes les personnes que j'aime, vous vous reconnaîtrez. J'espère que vous savez à quel point vous comptez pour moi.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mes études, en stage ou autre, et qui m'ont donné envie de devenir médecin généraliste.

ABREVIATIONS

AIDA : Asylum Information Database

APTIRA : Association pour la Promotion et l'Intégration dans la Région d'Angers

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAMLA : Association Santé Migrants Loire Atlantique

APTIRA : Association pour la Promotion et l'Intégration dans la Région d'Angers

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIMADE : Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

FER : Fond Européen des Réfugiés

GASPROM : Groupement Accueil Service et Promotion du Travailleur Immigré

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA: Interpretative Phenomenological Analysis

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

MSA : Migrations Santé Alsace

NHS : National Health Service

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PASS: Partners for Applied Social Sciences

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URML-A : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace

DEFINITIONS

Migrant : au sens de migrant international, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des immigrants, qu'ils soient français de naissance ou immigrés (Guide COMEDE 2015). Pour l'UNESCO, un migrant peut être compris comme « toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel elle n'est pas née et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays. »

Immigré : Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. 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 (Insee 2011).

Etranger : Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait 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). À la différence de celle d'immigré, la qualité d'étranger ne perdure pas toujours tout au long de la vie : on peut, sous réserve que la législation en vigueur le permette, devenir français par acquisition (Insee 2011).

Réfugié : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) ou la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile). Un demandeur d'asile est une personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951 (Guide COMEDE 2015).

Exilé : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques (Guide COMEDE 2015).

TABLE DES MATIERES	
AVANT-PROPOS	10
INTRODUCTION	12
MATERIEL ET METHODES	16
1.Population étudiée	16
2.Le choix de la méthode qualitative	16
3.Recueil des données	17
3.1.Caractéristiques des chercheurs	17
3.2.Guide d'entretien	17
3.3.Mode de recueil	17
3.4.Consentement des patients	18
4.Analyse des données	18
4.1.Retranscription	18
4.2.Codage	18
5.Répartition du travail	19
RESULTATS	20
1.Description des entretiens	20
2.Caractéristiques de la population	20
3.La communication	23
3.1.Difficultés liées à la communication	23
3.1.1.Le français est une langue difficile à apprendre	23
3.1.2.Les autres moyens de communication mis en œuvre	23
3.2.Conséquences de la barrière de la langue lors des consultations	24
3.2.1.Difficultés à décrire ses symptômes	24
3.2.2.Source d'erreur médicale	25
3.2.3.Ethique et conséquences médico-légales	25
3.2.4.Autres conséquences sur le système de soins	25
4.L'interprétariat	26
4.1.Un besoin d'interprétariat	26
4.2.Lien entre le patient migrant et l'interprète	26
4.3.Caractéristiques de l'interprète	27
4.4.Difficultés liées à l'interprétariat	28
4.5.Modification de la prise en charge après apprentissage du français	31
4.6.Apport personnel de l'interprétariat informel	32
	8

5. Les consultations	32
5.1. Le patient migrant et les consultations médicales	32
5.1.1. L'accueil médical de la personne migrante	32
5.1.2. Les caractéristiques propres à ces consultations	33
5.1.3. Prise en charge différente par rapport au pays d'origine	33
5.2. Caractéristiques de la relation entre le médecin et le patient migrant	34
5.2.1. Caractéristiques de la relation médecin-patient en général	34
5.2.2. Particularités de la relation face à un patient allophone	34
5.2.3. Attentes du patient migrant vis-à-vis du médecin	35
6. Conséquences sur la prise en charge médicale	35
6.1. Difficultés liées à la migration	35
6.1.1. Souffrance du patient migrant	35
6.1.2. Nécessité de s'adapter	36
6.2. Conséquences de la méconnaissance du français	36
DISCUSSION	37
1. Résultats principaux	37
2. Validité de l'étude	38
2.1. Forces	38
2.2. Faiblesses	39
3. Comparaison avec la littérature	40
3.1. Que pensent les patients allophones de l'interprétariat professionnel ?	41
3.2. Que pensent les professionnels de santé de l'interprétariat professionnel ?	43
3.3. Que disent les études de l'interprétariat professionnel ?	44
3.4. Les craintes face à l'utilisation du réseau d'interprétariat sont-elles justifiées ?	45
4. Pistes et perspectives pour améliorer l'accès à l'interprétariat.	48
CONCLUSION	51
REFERENCES	52
ANNEXES	57

AVANT-PROPOS

Nous avons constaté que la prise en charge du patient migrant et/ou du patient non francophone est un sujet peu abordé lors de nos études médicales.

En fin d'internat, nous avons eu l'occasion de prendre part aux réunions d'un groupe, créé en octobre 2014, intitulé groupe de travail « médecine de proximité ». Il regroupe plusieurs acteurs de soins aux patients en situation de précarité, parmi eux des médecins libéraux, des médecins de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHU de Nantes, des membres de l'Association Santé Migrants Loire-Atlantique (ASAMLA) et de Médecins du monde.

La problématique principale est « Comment faciliter l'accès à la médecine de proximité pour les personnes disposant d'une couverture maladie mais qui sont éloignées du système de soins ? ».

Pour objectiver les freins observés par les médecins, le groupe s'est appuyé sur la thèse de Nadège Lordier (1) « De la PASS au droit commun : état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés par la PASS du CHU de Nantes entre 2010 et 2011 ». Les difficultés principales mises en avant par ce travail recoupaient celles déjà évoquées par le groupe, à savoir : la barrière de la langue, la barrière culturelle et le sentiment d'isolement du médecin.

Pour élaborer notre projet, nous nous sommes appuyées sur le travail réalisé en Alsace, seule région de France ayant déjà développé l'interprétariat en médecine de ville. Initialement sur un mode expérimental, il fonctionne maintenant depuis huit ans avec un haut degré de satisfaction aussi bien du côté des soignants que des soignés (2).

L'intérêt de l'interprétariat professionnel lors de consultations médicales a été démontré, à la fois sur des critères éthiques (recueil d'un consentement éclairé), qualitatifs (pathologies chroniques, psychiatrie, prévention) et économiques (3). Il nous a semblé intéressant d'évaluer l'utilité de la mise en place d'un tel réseau auprès des patients, par un travail de thèse, dans le but d'appuyer cette demande aux autorités de santé.

Suite aux échanges avec les acteurs de santé, notamment l'URPS, l'ARS et la CPAM, et avec le groupe de médecine de proximité, nous avons initialement imaginé développer une expérimentation similaire à celle réalisée en 2007 en Alsace. En proposant un certain nombre d'heures d'interprétariat présentiel sur un territoire circonscrit en accès direct pour les médecins, nous souhaitions évaluer son bénéfice, en vue d'une éventuelle pérennisation du réseau. Notre idée était d'étudier l'évolution sur un an de l'état de santé de patients souffrant d'une pathologie chronique, bénéficiant de plusieurs consultations avec interprète.

Après un an d'attente d'un financement nous avons dû revoir notre projet. L'étude bibliographique du sujet nous a rapidement montré que la question du bénéfice de l'interprétariat pour les médecins avait déjà été explorée, aussi bien en hospitalier qu'en médecine ambulatoire (4), en France ou à l'étranger.

A travers cette thèse, nous avons donc souhaité donner la parole aux migrants venus d'horizons divers et de cultures différentes afin qu'ils nous racontent leur histoire, leur migration et qu'ils puissent mettre des mots sur leur ressenti, notamment lors de leurs premières consultations médicales.

Ces rencontres uniques ont aussi pour but d'interroger sur la difficulté à communiquer et en tirer des pistes pour la mise en place d'un réseau d'interprétariat en médecine ambulatoire.

INTRODUCTION

Les mouvements migratoires ont toujours existé. Ces dernières années, en raison des nombreux conflits mondiaux, ils se sont intensifiés. En 2015, environ 4.8 millions de personnes ont immigré dans les pays industrialisés (10 % de plus qu'en 2014). Parmi elles, 1.65 million de demandeurs d'asile pour les pays de l'OCDE, soit le double de 2014. 1.3 million de ces demandes étaient réalisées en Europe (5). En France, le nombre de demandes d'asile a augmenté de 23.6 % en 2015 (6). Ces mouvements permettent des échanges culturels mais peuvent aussi être source de conflits dans les pays accueillants.

De nos jours, en Europe et en France, la situation migratoire est au cœur de débats de société et oriente de plus en plus les politiques nationales.

En France, la part de la population immigrée dans la population totale est passée de 8,1 % début 2006 à 8,9 % début 2014. Au 1^{er} janvier 2014 (7) la France comptait 65,8 millions d'habitants : 11,6 % d'entre eux étaient nés à l'étranger, 8,9 % immigrés et 6,4 % de nationalité étrangère. Le profil des immigrés arrivés en France a évolué au cours de la dernière décennie (8).

L'afflux de patients migrants conduit le personnel soignant à s'interroger sur la prise en charge de ces patients. Comment leur proposer des soins de qualité adaptés à leur situation ?

La loi du 4 mars 2002 (4) appuyée par les articles L1111-2 et L1111-4 du Code de santé publique (9) et l'article 34 du Code de déontologie médicale (10) a replacé le malade au centre de la relation médicale. Elle introduit la notion de décision partagée. Il en ressort que tout médecin doit veiller à délivrer une information « claire, loyale et adaptée » à son patient et veiller à la bonne compréhension de cette information.

Une bonne communication est donc indispensable pour que la décision médicale puisse être partagée. Ce n'est pas possible dans le cas d'un patient allophone vu seul.

La charte des personnes hospitalisées prévoit de pallier ce manque de communication (11) : « l'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches). Le recours à des interprètes ou des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes sera recherché. ».

Suivant les modifications actuelles de notre société, la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 aborde le sujet : « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS). » (12).

En Pays de la Loire, les immigrés représentent 3.2 % de la population pour 8.7 % en France métropolitaine. Cependant, sur une période récente, entre 2006 et 2011, le nombre d'immigrés en Pays de la Loire a augmenté de 4.5 % en moyenne chaque année, plaçant la région au troisième rang en ce qui concerne l'évolution de la population immigrée. Cela peut s'expliquer par le fort dynamisme démographique ainsi que par une relative bonne résistance de l'économie en Pays de la Loire face à la crise (13).

La question de la prise en charge des patients allophones est posée depuis de nombreuses années par les associations d'aide aux migrants de la région.

Le développement des services d'interprétariat dans la région repose essentiellement sur l'ASAMLA, depuis plus de trente ans à Nantes et l'APTIRA, depuis bientôt vingt ans à Angers. L'interprétariat dans le domaine de la santé représente près de 50 % de leur activité (14). En lien avec les autorités de santé, ce service tend à couvrir l'ensemble du territoire régional et non plus uniquement les agglomérations nantaise et angevine.

Malgré le développement des associations d'interprétariat, celui-ci reste quasi inaccessible aux soignants libéraux essentiellement en raison du manque de moyens.

Lorsque l'on interroge les patients consultant à la PASS de Nantes sur les obstacles à la prise en charge médicale en ville, 41.6 % citent la barrière linguistique. La langue est, avec la couverture sociale et les conditions de logement, l'un des principaux obstacles à cette réorientation. 45 % des patients qui consultent à la PASS de Nantes ne parlent pas français (15) ; pourtant seules 6.4 % des consultations réalisées dans ce lieu de soins dédié sont réalisées avec l'aide d'un interprète.

Les lieux de soins et les associations dédiées à la prise en charge des patients migrants sont de plus en plus saturés. Les flux migratoires actuels ne devraient qu'aggraver cette situation si des solutions de réorientation vers la médecine de ville ne sont pas trouvées. Il est probable que la mise à disposition d'interprètes soit une partie de la réponse.

Bien que régulièrement rencontrées, les situations d'accueil et de soin d'un patient migrant sont mal connues de nombreux médecins.

C'est pourtant l'un des rôles du médecin généraliste, comme le rappelle la situation « patient migrant accompagné s'exprimant mal en français » du référentiel « métier et compétences » : la complexité de cette situation tient à la différence culturelle et linguistique, souvent à la précarité socio-économique et à l'intervention possible d'un tiers interprète. L'éthique professionnelle y est particulièrement sollicitée. Elle requiert une aptitude à l'écoute, l'anticipation et l'adaptation. Les compétences mises en jeu sont d'ordre relationnel et de coordination médico-sociale (16).

Soigner un étranger, un migrant, c'est prendre soin d'un individu avec une histoire et une personnalité singulière. C'est prendre en charge une personne qui a fait l'expérience de l'exil, choisi ou non, mais le plus souvent traumatique. En partant de sa terre natale, le migrant perd tous ses repères. Il doit réapprendre à vivre dans un pays où sa culture et sa langue doivent être mises entre parenthèses. De même, lui qui savait accéder aux soins dans son pays d'origine, doit se confronter à un nouveau système de soins, de nouvelles façons de soigner, parfois très différentes de la médecine qu'il connaissait. Il doit aussi faire face à de nouveaux soignants plus ou moins compréhensifs, plus ou moins ouverts, avec leurs propres représentations de la maladie. Or on sait que la réponse différenciée du système de soins en fonction de l'origine du patient est un des freins au recours aux soins de villes des personnes immigrées (17). En outre, de nombreux éléments entrent en compte dans l'état de santé actuel du migrant : d'une part les événements ayant provoqués l'exil, d'autre part leurs conditions de vie en France. Enfin, la barrière de la langue ne peut être niée dans ces circonstances où comprendre et se faire comprendre est primordial, expliquant la présence souvent nécessaire et parfois imposée d'un tiers lors des consultations.

Occulter ou stigmatiser les différences culturelles empêchent une bonne prise en charge médicale.

Il est important pour le soignant d'apprendre à accepter le tiers-traducteur lors des consultations qui sont habituellement une relation de couple entre un médecin et un patient.

C'est ainsi que nous en sommes arrivées à la question de recherche suivante :
« Quel est le ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales : entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français ? ».

MATERIEL ET METHODES

1. Population étudiée

La population étudiée est celle de patients migrants ne parlant pas français lors de leur arrivée en France et capables aujourd'hui de répondre à un entretien mené en français.

Nous n'avons pas de critères concernant l'âge, le sexe, le pays d'origine, la situation socio-économique actuelle ou passée, la date ou l'âge d'arrivée en France. Au contraire, nous avons souhaité élargir au maximum nos critères de recrutements dans l'idée d'obtenir une variation maximale de la population étudiée.

Nous avons recruté directement en consultation ou par l'intermédiaire de professionnels exerçant en soins de ville (médecins généralistes, kinésithérapeutes) dans différents cabinets en Pays de la Loire. Lorsque nous n'avons pas recruté directement les patients, les professionnels ont obtenu leur accord lors d'une consultation et nous ont communiqué leurs coordonnées. Nous les avons alors contactés par téléphone pour expliquer le but de notre démarche. En cas d'accord du patient, nous avons fixé une date et un lieu de rendez-vous (chez eux ou au cabinet médical) à leur convenance.

Dans tous les cas, nous sommes restées peu informatives sur le but de notre étude lors du recrutement. Nous leur avons uniquement expliqué que nous souhaitions les interroger car ils ne parlaient pas français en arrivant en France.

2. Le choix de la méthode qualitative

Nous souhaitons recueillir un témoignage sur une expérience personnelle sans postulat sur les réponses que nous allions obtenir. La recherche qualitative qui est définie comme « tout type de recherche qui amène des résultats produits ni par des procédures statistiques ni par d'autres moyens de quantification » (18) nous a semblé la plus adaptée. Cette méthode explore l'existence et la signification des phénomènes psychosociaux en les appréhendant dans leur contexte. Les hypothèses sont données au fur et à mesure par l'étude des verbatim, eux-mêmes produits par les interviewés (19).

Nous ne souhaitons pas modifier la prise en charge des patients, nous avons donc opté pour une étude observationnelle.

Nous voulions interroger les patients sur une situation individuelle, nous avons donc réalisé des entretiens en face à face. Ces entretiens étaient semi directifs : c'est-à-dire que nous avons utilisé un guide d'entretien avec des questions ouvertes. Les thèmes n'étaient pas forcément abordés dans l'ordre mais le guide permettait de faire des relances au moment opportun sans influencer les réponses de l'interviewé ou lui couper la parole (20).

Pour la rédaction, nous nous sommes appuyées sur les critères COREQ, permettant d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative (21).

3. Recueil des données

3.1. Caractéristiques des chercheurs

Nous sommes deux jeunes femmes médecins généralistes, dans l'année suivant la fin de notre internat. Nous n'avions pas d'expérience en recherche qualitative. Nous n'avions aucun lien avec les patients avant la réalisation de ce travail.

3.2. Guide d'entretien

En nous appuyant sur notre bibliographie, nous avons rédigé un premier guide d'entretien en février 2016.

Ce guide a été modifié après les premier et troisième entretiens en fonction des réponses des patients, afin d'être le plus compréhensible possible et d'apporter des réponses à notre question de recherche. Les différentes versions du guide sont présentes en annexe (*annexe 1*).

3.3. Mode de recueil

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord des patients. Ils ont été réalisés chez eux ou au cabinet médical de leur médecin traitant. A chaque fois que cela était possible, nous avons toutes les deux assisté aux entretiens : une en tant qu'investigatrice, l'autre en tant qu'observatrice n'intervenant pas dans l'entretien mais notant les silences et attitudes. Nous avons chacune tenu un cahier de terrain tout au long de ce travail.

Aucun des verbatim n'a été relu par les patients.

3.4. Consentement des patients

Après information concernant notre identité et le but de notre étude, nous avons recueilli le consentement oral des patients pour réaliser l'entretien ainsi que leur accord pour les enregistrer. Nous les avons informés du caractère anonyme de l'étude. Nous avons de plus recueilli leur consentement écrit en fin d'entretien, en leur remettant une fiche d'information et nos coordonnées en cas de questions ultérieures.

4. Analyse des données

4.1. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits sur Word®, à l'aide du logiciel Express Scribe®, et anonymisés. La personne qui n'était pas présente lors de l'entretien, ou celle qui était observatrice, retranscrivait le verbatim. Chaque entretien a été retranscrit mot à mot sans modifier la construction originale des phrases prononcées par les patients. Les éléments de communication non verbale ont été retranscrits mais non étiquetés.

4.2. Codage

Nous avons réalisé une analyse inductive des verbatim dans le but de voir émerger une nouvelle théorie sans modèle préalable. Nous avons conduit les activités de bibliographie, collecte des données, analyse et de rédaction de manière simultanée, en parallèle. « De cette manière, elles interagissent et s'informent mutuellement. » (22).

L'objectif méthodologique était de se centrer sur le vécu des patients lors de leurs premières consultations médicales, d'où le choix de l'analyse par phénoménologie interprétative comme méthode analytique (IPA). En effet, cette méthode d'analyse permet de comprendre le sens ou la signification d'un phénomène à partir de l'expérience de ceux qui le vivent.

Chaque verbatim a été relu et codé manuellement, chacune de notre côté, afin de mettre en évidence des « étiquettes ». L'étiquetage « consiste à apposer des mots sur le matériau empirique » (22). Puis nous les avons mises en commun. Ce codage descriptif a été réalisé après chaque entretien afin de modifier si nécessaire le guide d'entretien.

Cette mise en commun nous a permis de classer les étiquettes en thème et sous-thème (codage axial) et de faire ressortir au fur et à mesure les résultats principaux de l'étude.

Nous avons utilisé un classeur Excel® pour réaliser cette étude thématique.

La saturation des données a été obtenue lorsqu'aucune nouvelle idée n'est ressortie d'un nouvel entretien. Nous avons réalisé un entretien supplémentaire pour confirmer cette saturation avant de cesser le recueil.

5. Répartition du travail

Après avoir défini notre question de recherche avec nos directrices de thèse, nous nous sommes réparties le travail de bibliographie.

Nous avons rédigé le premier canevas du guide d'entretien ensemble puis après validation par les directrices, nous avons débuté les entretiens. Nous avons fait le choix, dès que cela était possible, d'assister toutes les deux aux entretiens : une en tant qu'observatrice, l'autre en tant qu'investigatrice. Sur les 15 entretiens, seulement 5 ont été réalisés séparément.

Nous avons chacune relu, corrigé puis codé chaque entretien. Nous avons ensuite mis nos étiquettes en commun et procédé à l'analyse thématique. Les tableaux de l'analyse thématique sont présents en annexe (*annexe 4*).

Enfin nous avons établi le plan global de la thèse ensemble, et nous nous sommes réparties la rédaction de façon aléatoire. Nous avons relu et corrigé l'ensemble des parties à deux.

RESULTATS

1. Description des entretiens

Nous avons réalisé 15 entretiens semi dirigés en français entre février et juillet 2016. Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire de 5 cabinets médicaux ou paramédicaux et grâce à des connaissances.

4 entretiens ont été réalisés chez les patients et 11 dans les divers cabinets.

Par deux fois, la personne interrogée n'était pas seule :

- La première fois il s'agissait d'un couple de migrants, tous les deux arrivés en France à des âges différents et ayant tous les deux souhaité répondre à nos questions (ce qui porte à 16 le nombre de personnes interrogées).
- La deuxième fois, une patiente est venue avec sa sœur car elle avait peur de ne pas comprendre toutes nos questions. La sœur parlant français à son arrivée en France nous ne l'avons pas incluse dans l'étude.

Une des patientes interrogée était interprète professionnelle.

Les entretiens ont duré en moyenne 21 minutes (9 minutes 35 à 30 minutes 18).

2. Caractéristiques de la population

Nous avons interrogé 4 hommes et 12 femmes. L'âge moyen est de 44.5 ans, la durée de résidence en France moyenne de 19.7 ans (minimum 1.5 an, maximum 39 ans).

Les patients sont de 13 origines différentes.

O = Oui ; N = Non ; F = Femme ; H = Homme

	entretien 1	entretien 2	entretien 3	entretien 4	entretien 5	entretien 6	entretien 7
nationalité	Mexique	Egypte	Turquie	Azerbaïdjan	Portugal	Angleterre	Bosnie
sexe	F	M	F	F	F	F	M
âge	environ 60 ans	51	environ 50 ans	39 ans	43 ans	70 ans	63 ans
en France depuis combien de temps	32 ans	15 ans	25 ans	7 ans	24 ans	39 ans	24 ans
motif d'immigration	mariage	mariage	mariage	politique	travail	travail	réfugié de guerre
interprète professionnel	N	N	N	O (téléphone)	N	N	O
interprète informel	N	O	O	N	O	O	N
métier	assistante maternelle	avocat dans son pays	femme au foyer	institutrice / animatrice en péri scolaire	ménage	femme au foyer	ingénieur / bâtiment
1ere consultation en urgence	O/N	N	N	N	N	N	N
interprète pour autres	O	O	O (seulement pour sa mère)	O	N	N	O (seulement pour sa mère)
1ere consultation lieu "dédié" migrants	N	N	N	O	N	N	O

	entretien 8	entretien 8 bis	entretien 9	entretien 10	entretien 11	entretien 12	entretien 13	entretien 14	entretien 15
nationalité	Kurde	Kurde	Mongolie	Arménie	Russie	Soudan	Guinée	Tchétchénie	Bosnie
sexe	F	M	F	F	F	H	F	F	F
âge	41 ans	42 ans	45 ans	27 ans	34 ans	34 ans	48 ans	27 ans	38 ans
en France depuis combien de temps	33 ans	26 ans	14 ans	7 ans	1,5 an	12 ans	23 ans	9 ans	24 ans
motif d'immigration	rapprochement familial	réfugié politique	politique	politique	politique	guerre	rapprochement familial	politique	réfugié de guerre
interprète professionnel	N	N	N	O (téléphone)	N	N	N	N	O
interprète informel	O	O	O	N	O	N	O	O	N
métier	restauration	restaurateur	aide soignante / interprète pro (formation cuisinière)	étude manager / Emmaüs	Serveuse / attente papiers	Etudiant aviation / menuiserie navale	gérante commerce / ménage	école / mère au foyer	Ouvrière spécialisée en maroquinerie
1ere consultation en urgence	N	N	N	N	N	N	N	N	N
interprète pour autres	O	O	O	O	N	O	O	O	O
1ere consultation lieu "dédié" migrants	N	N	N	N	O	N	N	N	O

3. La communication

3.1. Difficultés liées à la communication

3.1.1. Le français est une langue difficile à apprendre

Il est ressorti de manière très nette que le français est une langue plus difficile que d'autres.

E9 « *parce que pour moi langue français c'est très dur, très, très, très dure langue, pour écrire, lire, pour le conjug c'est tellement dur [...]* »

E11 « *français c'est trop difficile. Quand j'apprends avant anglais, anglais un petit peu moins difficile* »

Les patients gardaient en permanence des doutes sur leurs capacités à s'exprimer en français et ont signalé qu'une compréhension fine de la langue était difficile même à distance.

E11 « *parce que je ne pas bien parlé* »

Ils soulignaient qu'une arrivée précoce en France augmentait les chances d'apprendre le français.

E8 « *quand on est enfant ça va très vite* »

Par ailleurs, plusieurs ont décrit la nécessité d'un investissement permanent pour une progression qu'ils jugeaient lente.

L'acquisition d'un français de base a pu se faire rapidement et était impérative pour espérer s'en sortir, et les enfants (les leurs ou ceux qu'ils rencontrent) ont été une aide précieuse.

E9 « *mais plus je arrivais avec ma fille. Elle était 4 ans et demi, donc elle tout de suite entre l'école, pas lire mais quand il y a les devoirs tous les soirs elle fait les devoirs j'ai avec elle. Et grâce à elle j'apprends un peu lire, voilà c'est tout* »

Enfin un patient a signalé que les cours de français qui lui ont été proposés étaient inadaptés, un autre que les soucis administratifs ralentissaient l'apprentissage.

3.1.2. Les autres moyens de communication mis en œuvre

Quasiment tous les patients ont souligné l'importance de la communication non verbale.

E6 « *alors j'arrivais avec les signes et [...] quelques mots avec le dictionnaire.* »

La communication dans une tierce langue (autre que le français ou la langue maternelle du patient) a aussi souvent été utilisée.

E12 « *elle parle un petit peu anglais, moi je parle anglais [...] et du coup bah ... on a discuté un petit peu anglais. Elle parle un petit peu mais ... voilà* »

Certains patients ont affirmé que la communication ne passait pas que par la parole et pouvait avoir des formes diverses : l'aide d'un ordinateur, d'un dictionnaire ou du dessin par exemple.

E11 « *tous les personnes que je allais première fois, quand il parlait, il y a, dans l'ordinateur, il y a tous les phrases en russe qui il demande moi pour écrire après, pour ... et je lis et pour ça, c'est super.* »

E2 « *en plus pense pas maintenant les gens sont bêtes. Moi par exemple je comprends pas les mots j'ai toujours sur mon portable quelque chose traduit.* »

3.2. Conséquences de la barrière de la langue lors des consultations

3.2.1. Difficultés à décrire ses symptômes

Les patients ont ressenti deux principales difficultés liées à la barrière de la langue :

- l'impossibilité d'exprimer leurs symptômes,

E1 « *Parce qu'en fait le médecin il ne savait pas quoi me donner comme médicament car c'est normal car je n'arrivais pas à à, comment on dit ? Je n'arrivais pas à exprimer mon, ce que je ressentais dans mon corps, et c'est important pour un médecin. Je me rends compte maintenant que c'est important parce que ... c'est comme si vous parlez à un mur en fin de compte* »

- la confrontation au vocabulaire spécifique du milieu médical.

E8 « *c'est vrai que les termes médicaux, même si on parle bien français, c'est toujours compliqué dans les consultations.*»

Pour pallier cela, les patients utilisaient une traduction approximative ou des explications détournées.

E7 « *on se débrouille comme ça quoi de, de ... c'est quelque chose, si on peut parler pas bien on fait (mime des cercles en souriant) on explique et ... c'est pas, c'est pas facile mais bon, des fois on arrive, on arrive à tout expliquer.* »

Les patients étaient conscients que leurs propos pouvaient être mal interprétés, que la gestuelle n'était pas suffisante et qu'elle pouvait être à l'origine d'une incertitude. Une patiente a signalé que cette incompréhension a été à l'origine de souffrance physique prolongée.

E5 « *c'est parce que je ne savais pas que constipé c'était les intestins, parce qu'en portugais constipé c'est par le nez, c'est un rhume. Donc en fait j'étais constipé [...] J'ai souffert oui. Pendant 4 semaines. J'arrivais pas à aller aux toilettes et je savais pas comment dire ça au docteur.* »

3.2.2. Source d'erreur médicale

Plusieurs patients ont relevé que la barrière de la langue était responsable d'une incompréhension que ce soit sur la pathologie elle-même, sur l'évolution de la pathologie ou sur la posologie des différents traitements.

E8 bis « *moi je croyais que c'était euh ... comme il donnait des médicaments mais comme je prenais au lieu de un médicament, je prenais des fois 2, je croyais que le lendemain je suis bien mais finalement non (rit).* »

L'incompréhension pouvait aussi engendrer un retard diagnostic.

E5 « *jusqu'à maintenant, ça fait un an et quelques et ils ont pas réussi à mettre le jour que la psychiatre peut voir la dame ...* »

Le risque d'erreur diagnostic en cas de traduction infidèle a été mentionné.

E7 « *même pour le médecin, quand quelqu'un arrive, il connaît pas la langue, ça peut faire beaucoup de fautes et tout ça ...* »

3.2.3. Ethique et conséquences médico-légales

Des patients ont remarqué ne pas avoir compris l'information médico-légale qui leur était donnée, voire même que les allophones étaient moins informés sur leur prise en charge.

E1 « *je me rappelle très bien ils m'ont fait signer un papier que toute la décharge c'était sur moi en fait et au cas où qu'il y ait eu des complications je me suppose, au cas où que je décède j'en sais rien. Moi je pense pas à ça mais eux oui ils pensaient à tout ça, oui [...] Et là j'me dis "mais c'est pourquoi ils font tout ça" voilà pour moi c'était ... je me dis "pourquoi ils font, ils font tout ça quoi ?"*

E14 « *et enfin moi à mon avis, c'est toujours pour faire opération, il faut que la personne elle dort et quand il fait, moi je, il me fait la césarienne péridurale ! Et moi je ne dors pas, je vois comment il coupe le ventre, c'était ... j'ai jamais imaginé que ça peut se passer comme ça.* »

3.2.4. Autres conséquences sur le système de soins

Des patients ont relevé d'autres conséquences telles que la multiplication d'examens complémentaires, le manque de prise en charge en psychiatrie en l'absence de traducteur ou de langue commune ; ou encore le coût de l'interprète pour la société ou le patient lui-même lorsqu'il doit payer un interprète.

E4 « *par exemple le cabinet comme ça là, non, c'est pas facile. C'est nous qu'on est obligés de trouver interprète pour venir. Et c'est nous qui ... on paie. Mais à l'hôpital, oui.* »

E5 « *ils économisent quand même si vous mettez ça parce que si on voit venir un étranger, qui ne sait pas parler, tout l'examen que ça coute pour aller voir si c'est une chose grave, IRM tout ça ...* »

4. L'interprétariat

4.1. Un besoin d'interprétariat

Plusieurs patients ont ressenti que la transmission de l'information était facilitée avec un interprète.

E14 « *oui bien sûr j'étais très très contente. Moi je pensais que c'était une magie parce que j'étais comme une personne qui peut pas parler et là je pouvais demander ce que je veux, je peux dire ce que je veux, c'était bien vraiment, et en plus elle parlait très très bien cette dame.* »

Certains ont remarqué que la prise en charge médicale nécessitait de la précision ou était retardée par l'absence d'interprète.

E12 « *Si on transmet le message c'est très important de comprendre exactement quelqu'un qui a et puis où il a mal. C'est très important ! C'est vrai, c'est difficile de comprendre si on parle pas.* »

Pour des patients, la présence d'un interprète était essentielle pour le premier contact avec le médecin et la mise en route d'une relation.

E15 « *même si voilà, le médecin il est là il sait ce qu'il a à faire mais ... enfin y avait besoin de parler aussi, enfin y avait besoin de communiquer hein.* »

Quelques patients ont vécu difficilement les consultations sans interprète.

E7 « *Bah... si, parce que on peut pas expliquer c'est un petit peu... dur de, de... quand on vient chez médecin ou quelqu'un d'autre, quand on parle pas... langue. Donc c'est, c'est, c'est un petit peu dur. Tout ça c'est pas, c'est pas, c'est pas facile quoi, on peut pas expliquer.* »

4.2. Lien entre le patient migrant et l'interprète

Plusieurs patients ont remarqué que l'interprétariat informel dépendait de la relation entre l'interprète et eux.

E13 « *Si elle demande, ben c'est mon mari qui m'explique, qui me traduit [...] ben si avec mon mari oui. Je suis à l'aise.* »

Une patiente a relevé la difficulté de cumuler le rôle d'interprète et de patient.

E8 «*Ça c'est des choses qui sont difficiles à supporter en tant qu'interprète ou ... euh ... enfin comprendre et puis faire comprendre. »*

Des patientes ont insisté sur le fait que l'interprétariat informel n'était pas possible dans certaines consultations alors que d'autres pensaient que l'interprète devait s'adapter au patient et au type de consultation.

E5 « *mais comme elle ne se sent pas à l'aise avec sa sœur, pour raconter des choses quand ça ne va pas, ils lui ont dit qu'ils allaient trouver une interprète. »*

E8 « *et les gens que vous avez accompagnés c'est des gens que vous connaissiez bien quand même ? Oui voilà je pouvais savoir comment "les prendre" entre guillemets (rires) [...] oui selon le caractère tout à fait [...] j'ai toujours su mettre une distance donc quand je sais qu'il y a une consultation un peu plus intime, je propose de suite de sortir. »*

Une patiente a évoqué la modification des liens familiaux, notamment les problèmes d'intimité.

E8 « *c'était pas évident non plus de devoir raconter ce qu'on a à son papa (marmonne) voilà. »*

Enfin cette patiente a remarqué que l'interprétariat transgénérationnel permettait de pallier un manque d'interprétariat.

E8 bis « *oui au début ouais. Des cousines, ma sœur. C'est plutôt c'est ma sœur.... Oui les générations qui sont arrivées avant aidaient souvent les autres au début jusqu'à ce que la personne puisse se débrouiller.»*

4.3. Caractéristiques de l'interprète

Pour plusieurs patients, tant que la langue était partagée, le pays d'origine ou la culture étaient peu importants.

E12 « *moi je, j'ai de chance que je parle pas mal de, entre guillemets, langues, donc ... voilà ... j'ai pas de origine différente. »*

Pour certaines patientes, un interprète du même sexe permettait des échanges plus faciles. Pour une autre patiente il pouvait exister des freins au recours à un interprète de sexe opposé, en fonction de la religion ou de la culture.

E3 « *elle explique, les femmes, ça explique plus facile. Je compte même pour raconter ou expliquer par rapport à un homme, c'est plus facile avec les femmes aussi. C'est pour ça que j'ai pas eu de problème ... parce que c'est grâce à les filles hein. »*

E8 « *Enfin je ne veux pas polémiquer là-dessus mais là, il faudrait une femme pour les femmes, voilà ... Même chez nous, les Kurdes qui sont de l'est qui sont musulmans pratiquants, euh... la femme va peut-être être accompagnée de son mari qui pourrait peut-être faire l'interprète mais souvent elle est accompagnée soit d'une amie, d'une sœur ou de sa fille ... Si un interprète homme ... ah non non ça sert à rien du tout. »*

Les patients se sentaient à l'aise avec un interprète ayant le même vécu.

E7 « *bah, c'est un petit peu une histoire très, très ... très lourd en ex-Yougoslavie. Donc ... c'était personnes de nationalité qui sont fait attaquer, la Bosnie et tout ça. Donc ... on n'était pas dérangés avec la personne qui, qui interprétait comme ça. »*

4.4. Difficultés liées à l'interprétariat

La notion de gêne pendant les consultations a été abordée plusieurs fois, les patients se sont positionnés différemment par rapport à cette notion suivant leur qualité de patient ou de traducteur.

Certains patients ont trouvé qu'un interprète présent dans la même pièce était gênant.

E4 « *ouais, ça me dérange ; ça me dérange pour parler à côté de quelqu'un mon situation. (rougit) J'aime pas ça. »*

D'autres ont insisté sur la gêne lors de consultations de psychiatrie.

E11 « *quand j'ai parlé avec psychologue et avec interprète ça ... un petit peu difficile. Parce que ça moi problème et je voulais dire tout une personne.»*

Des patientes ont reconnu l'utilité de l'interprétariat en cas d'urgence ou de problème purement somatique et n'ont pas ressenti de gêne dans ce cas-là.

Au contraire, certains patients n'ont décrit aucune gêne vis-à-vis de l'interprète.

E15 « *ben moi personnellement, non [...] Ça ne me gênait pas, enfin j'avais quatorze ans à l'époque donc [...] et puis mes parents non plus enfin, j'ai, on a pas ressenti de gêne, non. »*

La plupart des patients n'ont pas ressenti de gêne à traduire pour les autres peu importe le sexe du patient en face d'eux.

E10 « *euh ben c'est pas pour moi le gênant. La dame si elle a accepté et me demande, voilà. »*

A l'inverse, deux patientes ont trouvé que la traduction pour le sexe opposé est gênante.

E14 *« quand on demande des choses de toilettes, c'est dur quoi (rit) car dans nos traditions, même aller aux toilettes devant les hommes, c'est un peu gênant. »*

Une patiente a précisé que chacun réagit différemment vis-à-vis de l'interprétariat.

E11 *« ça dépend personne. Pour moi c'est trop difficile. Parce que je personne qui ne voulais pas parler sur mon problème avec quelqu'un ... »*

Un patient n'a pas ressenti comme utile la présence d'un tiers traducteur.

E2 *« je t'ai déjà ... ça, oui, mais, mais ça c'est ... une fois sur cinq millions, une fois sur millions, mais elle est très, très, très, très "pacifique" [...] c'est pas le bon choix hein, c'est pas le bon choix, tu perds du temps pour rien ... »*

Pour d'autres patientes, le fait d'être spectatrices, dépendantes et de ne pas pouvoir vérifier les dires de l'interprète était difficile à vivre.

E3 *« même l'interprète elle peut répéter chez le médecin, des fois c'est bien mais des fois elle ne répète pas peut-être ce que je dis. Pas exactement. C'est vrai, c'est la langue c'est toujours une barrière pour moi. »*

Des patients ont eu l'impression que le recours à un interprète biaisait le travail d'adaptation ou empêchait l'apprentissage du français.

E11 *« après, ça n'est pas besoin pour toujours. Parce que si il y a toujours interprète on n'est pas apprendre français. »*

En ce qui concerne l'interprétariat professionnel, des patients doutaient de la formation ou de la qualité de l'interprète professionnel et ont expliqué l'impact sur leur vécu de l'interprétariat.

E4 *« C'était pour mon mari. Oh la la, pour moi c'était compliqué pour parler français mais comme elle, elle traduit, déjà ça me ..., je sais pas, excusez moi pour ma phrase, mais c'est ... ça m'énervait ça ! Parce que elle veut dire un peu vite, je sais pas pourquoi elle dit (prend un air niais en levant les yeux au ciel) "euh ... elle ... voudrait ... vous ... dire ... euh...". Oh la la, c'est pfou (rires). Non moi j'arrive pas à apporter quelque chose comme ça. Je suis trop patiente mais quand même ... voilà ! »*

E11 : *« par téléphone. Et quand il a traduit, je comprends bien français. Quand elle traduit je écouté ce n'est pas bien traduit, je ... euh ... je dis autre chose et elle dit autre chose, c'est pour ça ... Et après je ne voulais pas pour ça. »*

D'autres patients ont insisté sur la nécessité de formation médicale des interprètes professionnels.

Certains patients ont souligné l'apport des interprètes professionnels par rapport aux interprètes informels, notamment leur neutralité et l'impression de pouvoir s'exprimer plus librement.

E8 « *après oui je pense que ça peut être positif comme vous dites quelqu'un qui soit extérieur à la famille, on peut s'exprimer plus facilement sans avoir peur d'être jugé, oui tout à fait.* »

E9 « *j'ai juste pour répéter pour chacun, écouter, ni un côté patient, ni un côté médecin ...* »

Une patiente a ressenti que le service d'interprétariat professionnel était débordé.

L'entretien mené avec l'interprète professionnelle a fait ressortir différentes difficultés spécifiques, notamment la difficulté de formation, le manque de moyens limitant le financement des heures et la conduisant à réaliser des interprétations bénévoles chez certains médecins généralistes

La patiente a trouvé que l'analyse des pratiques améliorerait son vécu en tant qu'interprète, même si son métier engendrait du stress par peur d'erreur médicale.

E9 « *Parce que ma langue elle n'est pas parfaitement donc je j'ai peur pour dire et petite erreur ou quelque chose, c'est pour ça je vraiment dedans et chaque fois je vérifié, confirmé avec le médecin et si je comprends bien, je réexpliqué et tout le monde il dit "oui vraiment" pour ça j'ai pour avancer pour travail.* »

« *Voilà c'est mieux mais avant c'est pas comme ça, je lâche tout, dedans oh la la c'est tout perdu mais après avec parler mes collègues et tout, c'est mieux.* »

Quelques patients ont exprimé le positionnement difficile en tant qu'interprète informel, notamment d'être celui qui comprenait ce qui se passe, et le vécu difficile du rôle d'annonce et d'accompagnant.

E8 « *Même là, en 2015, j'ai eu de gros soucis de santé. C'est vrai que moi j'ai compris, je pouvais interpréter et je pouvais peut-être mieux, comment dire (fait le geste) prendre du recul. Alors quand il fallait que j'explique déjà des choses compliquées en français, enfin que j'arrivais quand même à comprendre mais bon, ensuite en turc pour que mon conjoint puisse comprendre et puisse me soutenir, ça a été un peu difficile. Voilà. Donc rien que le jour où tu étais avec moi et on a eu l'annonce du ... (en même temps) de la maladie ... euh ... moi je me suis effondrée mais lui il m'a regardé apeuré quoi, il ne comprenait pas. Il n'avait pas tout à fait compris ce qui se passait.* »

Certains ont aussi fait ressortir que leur histoire personnelle, semblable à celle des patients pour qui ils interprétaient, rendait le travail difficile.

La notion de temps est ressortie dans plusieurs entretiens.

Pour certains, la traduction était chronophage voire même une perte de temps. Alors que justement le timing était plus serré que dans leur pays d'origine.

E1 « *que ici c'est un peu différent quoi, c'est pas pareil, peut-être les questions d'horaire aussi. On a 1/2h pour un patient, 20 minutes, 30 minutes maximum peut-être mais 45 minutes si il est vraiment malade, je sais pas, je pense que ça joue sur ça quoi mais voilà c'est un peu ce côté ...* »

Il a découlé de certains entretiens que le patient autant que le médecin devaient savoir prendre leur temps et s'adapter notamment lors des consultations avec un interprète professionnel.

4.5. Modification de la prise en charge après apprentissage du français

Certains patients ont perçu une modification de leur prise en charge une fois qu'ils pouvaient s'exprimer en français.

E9 « *ben bien sûr, beaucoup de changement parce que ... avant je ne pouvais pas vraiment dire, pour expliquer pour maladie ou il demandait quelque chose et toujours j'ai pas vraiment assez pour dire, comprendre. Le médecin il dit "à peu près" comprendre, donc quand j'ai pu parler la langue français c'est déjà mieux, j'ai besoin de tout, ça y est, le maximum pour dire donc tellement différent (sourit).* »

Les patients ont remarqué que la compréhension de la langue facilitait les consultations, permettait plus de précisions et que les traitements étaient plus adaptés.

E12 « *mais comme on précis, le médecin il comprend mieux et nous on reçoit les médicaments plus précis.* »

Au contraire, d'autres patients n'ont remarqué aucune modification dans leur prise en charge après l'apprentissage du français.

E5 « *non je n'ai pas remarqué non. C'était une docteur très, très ... euh ... qui mettait les gens très à l'aise et compréhensif en fait. C'était une docteur qui prenait leur temps, c'était pas un docteur une fois quand vous rentrez, vous sortez tout de suite.* »

E6 « *(coupe) jamais ! [...] toujours attentionné, toujours m'écouter. Comme il voit, j'ai toujours des problèmes avec de français, alors, toujours m'écouter. C'est ça qui est important. »*

4.6. Apport personnel de l'interprétariat informel

Des patients ont souligné l'expérience positive du rôle de traducteur.

E7 « *ça me, ça me fait plaisir, aider quelqu'un qui ne connaît pas. »*

E15 « *non, même aujourd'hui si c'était à refaire je le referai, au contraire »*

Une patiente a souligné le caractère enrichissant d'être interprète.

E9 « *Très intéressant. J'apprends, même à côté, beaucoup de choses, vraiment j'aimais. Partout même le psychiatre, le psychologue, beaucoup de maladie infectieuse, le gastro, le PMI. Partout quoi vraiment partout, maternité et tout. »*

Une autre la fierté de pouvoir être interprète.

E13 « *et moi aujourd'hui c'est moi qui interprète pour quelqu'un, j'étais vraiment très très à l'aise [...] vraiment très à l'aise, j'étais contente, j'étais fière de moi aussi. »*

Certains patients ont insisté sur le fait qu'avoir l'expérience de cette situation permettait de mieux accompagner.

E10 « *oui. Parce que moi aussi j'avais des difficultés, je comprends très bien les gens. »*

5. Les consultations

5.1. Le patient migrant et les consultations médicales

5.1.1. L'accueil médical de la personne migrante

Dans certains cas, la première visite médicale a été organisée et encadrée par les autorités françaises.

E15 « *Y avait des médecins sur place en fait [...] pour nous faire passer les premières examens et tout ça suite à ... à ce qu'on avait vécu, voilà, et tout ça, des examens, des radios de poumons ... »*

Mais pour la plupart des patients interrogés, l'accès à la première consultation médicale n'a pas été simple. Certains ont été confrontés à la saturation des lieux de soins dédiés.

E4 « *Et vous êtes allée plusieurs fois à la PASS ? Euh ... non, parce que on est allés 2 ... ou 3 fois (lève les yeux au ciel) y a, y a trop de monde là-bas ! Salle d'attente c'était très, très, très long [...] compliqué ça* »

D'autres se sont appuyés sur des compatriotes ou des associations dont le personnel attentif a pu les aider pour la prise de rendez-vous ; parfois ils ont été obligés de se déplacer pour fixer le premier rendez-vous.

Enfin, ne parlant pas français, certains ont évoqué le recours spontané au service d'accueil des urgences.

5.1.2. Les caractéristiques propres à ces consultations

La période suivant leur arrivée en France a été instable pour les patients migrants qui changeaient encore régulièrement de lieu de vie. Cela impactait la prise en charge médicale en compliquant le suivi.

E13 « *j'étais à Clermont-Ferrand de 93 à 95. J'ai été Vichy [...] Et du coup j'ai arrivé ici à Nantes 27 janvier 97 [...] Nantes, oui centre, à côté de Gasprom, [...] j'étais là-bas, j'ai déménagé ici le 19 mars 98* ».

Il apparaît que le premier contact avec la médecine a été difficile.

E4 « *mais par contre c'est pas facile [...] Et quand même c'était un peu, (sourit) ouais, un ouais, dur pour nous* »

Il s'agissait rarement d'une consultation pour le suivi d'une pathologie chronique déjà prise en charge dans le pays d'origine

5.1.3. Prise en charge différente par rapport au pays d'origine

Plusieurs patients ont signalé le décalage entre la prise en charge médicale en France et dans leur pays d'origine.

E12 « *parce qu'on a l'habitude de jamais se soigner là-bas donc ça pas comme chez vous où ... tout de suite on a mal à la tête on court chez le médecin [...]. C'est la plus, entre guillemets, traditionnelle. Les gens ils soignent avec des racines de arbres, des feuilles ...* »

Certains s'interrogeaient sur les consultations non justifiées en France.

E1 « *ben chez nous on va pas voir le médecin pour rien quoi, pour une douleur de tête, un petit rhume on va pas le voir quoi [...] on va vraiment parce qu'on a vraiment mal quoi. On va pas parce que ... euh... parce que tiens je sais pas, je suis ... euh ... comme on dit, une maladie imaginaire* »

Il a été précisé que malgré une prise en charge différente, et une mention de prise en charge peu centrée sur le patient, la qualité des soins était assurée en France.

E1 « *mais on est quand même on va dire bien surveillé dans le sens sur l'évolution de quelque chose, on n'hésite pas à venir* »

5.2. Caractéristiques de la relation entre le médecin et le patient migrant

5.2.1. Caractéristiques de la relation médecin-patient en général

La plupart des patients a relevé la nécessité d'une relation de confiance entre eux et le médecin en insistant sur le rôle du médecin traitant et sur l'importance du premier contact.

E2 « *C'est un contact qu'entre la personne et son médecin [...] Même comme ce matin, j'avais envie de parler avec docteur F. elle n'est pas là, j'ai refusé de parler avec un autre médecin, ça y est. Ah ben c'est tout ! [...] c'est comme ça le médecin [...] exactement, si t'aimes pas, t'aimes pas. Moi je suis comme ça, si j'aime pas, j'aime pas. Je bloque, je bloque.* »

E3 « *pour moi c'est le médecin ... tout ... je peux discuter ... je peux raconter tout ... [...] Pour moi c'est très important. D'abord le contact avec le médecin. Car si quelque chose négatif pour tout pareil ça marche pas.* »

Un patient a souligné que les consultations où le médecin ne comprenait pas, étaient quand même très rares.

5.2.2. Particularités de la relation face à un patient allophone

Pour les patients la compréhension approximative de la situation était difficile à vivre aussi bien pour eux que pour les médecins.

E11 « *tu ne peux pas expliquer et ça pour docteur c'est difficile, parce que docteur voulait aider cette personne et il ne pas, comprend pas qu'est-ce qu'il voulait. C'est difficile pour vous [...] des deux côtés c'est difficile (Blanc, rit)* »

De l'agacement voire de l'énervement de la part du médecin ont parfois été ressentis par le patient.

E4 « *Il a posé quelques questions, regarde comme ça (mime regard vide, stoïque). Il comprend rien, mais le monsieur il était un peu énervé.* »

Enfin des patients ont noté l'importance d'un médecin aidant dans leur apprentissage.

E4 « *parce que c'était bien pour parler même langue, mais quand même, la dame elle m'aidait pour apprendre quelques mots. Par exemple, elle me dit « Doliprane » c'est pour la tête, pour le dos, pour le mal (mime diverses douleurs) »*

5.2.3. Attentes du patient migrant vis-à-vis du médecin

Les patients avaient des attentes communes vis-à-vis du médecin qui les recevait : un médecin disponible, à l'écoute et patient.

E6 « *le médecin, comme toujours, le docteur L. est toujours, toujours très patient avec nous [...] comme j'ai dit c'était le médecin qui était patient, qui prend soin de son patient. N'importe qui, n'importe quelle langue il parle. »*

Une patiente a indiqué qu'il était plus facile d'aller consulter chez un médecin habitué aux populations migrantes.

Pour des patientes, un médecin du même sexe les mettait plus à l'aise.

E14 « *pour tous mes médecins, si c'est un homme je préfère une dame ... toujours comme ça oui. »*

Le manque de formation des soignants français à l'anglais a été souligné.

E11 « *parce que, j'ai un petit peu parlé anglais [...] il y a personne qui ... à Médecins du Monde qui comprend. »*

6. Conséquences sur la prise en charge médicale

6.1. Difficultés liées à la migration

6.1.1. Souffrance du patient migrant

Un sentiment de dépendance, d'infantilisation voire de honte était associé à la méconnaissance du français.

E4 « *c'est pour ça, les familles c'est honte vous voyez.*»

E5 « *et puis j'avais honte aussi de parler avec le médecin traitant en fait. [...] parce que des fois le docteur nous demande de faire examen mais il explique pas pourquoi, pour voir quoi, on comprend rien »*

Il ressortait une frustration de n'être pas compris et une souffrance morale en lien avec l'isolement et le handicap qu'engendrait l'impossibilité de communiquer.

E9 « *[...] j'ai envie, beaucoup choses j'ai envie de dire mais à chaque fois je bloquais »*

Enfin, deux patientes ont exprimé le bienfait psychologique d'entendre parler leur langue maternelle dans ces circonstances.

6.1.2. Nécessité de s'adapter

Une grande partie des patients migrants interrogés ont mis en avant la nécessité de se débrouiller au quotidien pour parvenir à s'adapter.

E6 « *Alors petit par petit, euh ... j'ai pas bougé sans mon dictionnaire anglais-français [...] avec mon petit dictionnaire et avec mon mari je me débrouillais* »

E12 « *j'ai tout débrouillé seul ! Langue français j'ai appris moi-même, j'ai travaillé, j'ai appris la français* »

Plusieurs sont revenus sur le fait que cette migration n'était pas choisie.

E4 « *Nous vous voyez on a pas réfléchi quand on est obligé de quitter, on est obligés, voyez...* ».

Ils ont également exprimé que l'adaptation était difficile à vivre et se sentir démunis dans ces nouvelles circonstances de vie.

E3 « *ça s'est passé très dur, plus pour l'adaptation aussi [...] c'est vraiment très dur le début. Quand on est pas de là, quand il y avait personne*»

6.2. Conséquences de la méconnaissance du français

En l'absence d'interprète et devant les difficultés de la migration, la solidarité communautaire et l'entraide entre patients migrants se sont développées.

E13 « *il y a une collègue à moi, on habitait ensemble ici au S. maintenant il n'est plus là, il comprend pas français et des fois c'est moi qui interprète* »

Souvent les patients migrants ont été obligés de faire confiance aux inconnus surtout quand la présence d'un tiers était nécessaire en permanence.

E11 « *j'ai marché sur la route et j'ai écouté une personne qui parlait russe [...] je demande à cette personne est-ce qu'elle peut aller avec moi chez le docteur. Elle me dit "oui, oui"* ».

Des patients ont aussi remarqué que la méconnaissance du français rendait difficile la recherche d'un emploi et la compréhension du système de soins ; alors que justement, la scolarisation et l'emploi aidaient à l'apprentissage rapide du français.

E13 « *voilà j'ai de l'expérience dans ce domaine [...] mais vu que je parle pas bien français, je lis pas, j'écris pas, les gens ils ont des doutes.* ».

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Il ressort de notre étude que la position des patients migrants face à l'interprétariat est ambivalente.

Ils sont conscients des difficultés de communication qui résultent de la méconnaissance du français et de l'impact de celles-ci sur les consultations médicales.

Leur discours montre qu'ils sont majoritairement demandeurs d'interprètes, professionnels ou non, lors des consultations médicales pour les personnes qu'ils connaissent ou qu'ils sont amenés à aider, particulièrement lors des consultations d'urgence. La barrière de la langue étant à l'origine de difficultés d'accès aux soins, aux informations ou à une prise en charge adaptée, le rôle de traducteur est plébiscité.

Cependant, lorsque nous nous centrons sur leur cas, ils sont beaucoup plus modérés quant à l'intérêt des interprètes et notamment des interprètes professionnels. Seuls les patients migrants ayant eu une arrivée organisée en France (avec la présence permanente d'un interprète professionnel) ont exprimé une réelle satisfaction. .

L'interprétariat professionnel apparaît aux patients migrants comme étant chronophage pour eux comme pour l'interprète et limitant la relation de confiance avec le médecin. Leurs réponses suggèrent qu'ils ne connaissent pas bien les codes et notamment les règles éthiques de ce type d'interprétariat. Ils déplorent le manque de formation des interprètes aux spécificités de la pratique médicale et des termes médicaux.

En revanche, en dehors de certaines situations particulières que sont les consultations d'annonce, de gynécologie ou de psychiatrie, ils sont à l'aise et en confiance avec l'interprétariat informel.

Ce ressenti positif s'amplifie lorsque nous les interrogeons sur leur rôle d'interprète. Ce rôle est apprécié de façon quasi unanime avec un renforcement positif franc. La question de la gêne pour la personne bénéficiant de la traduction ne semble, alors, plus se poser.

Enfin, nos résultats montrent que les attentes des patients migrants vis-à-vis de leur médecin sont proches de celles de tout patient : un médecin à l'écoute, disponible et patient.

2. Validité de l'étude

2.1. Forces

Une des principales forces de notre étude est l'originalité du travail :

- d'une part, en raison du choix de la méthode qualitative, permettant de faire émerger des données peu explorées,
- d'autre part du fait de la population étudiée. Bien que ce soit un sujet d'actualité, peu de travaux de recherche s'attachent à donner la parole aux patients migrants. La plupart des articles ou thèses se concentrent sur le vécu ou ressenti des professionnels de santé.

Nous avons essayé d'avoir un échantillon de population à variance maximale avec des caractéristiques diverses concernant leurs origines, la raison de la migration, leur date d'arrivée en France.

Afin de renforcer la validité interne de notre travail et de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative, nous nous sommes appuyées sur la grille COREQ (21) et nous avons eu recours à la triangulation des terrains, des chercheurs et des sources.

Pour ce sujet, grâce au travail en binôme, la validité interne a pu être optimisée. Il s'agit d'un vaste sujet et le double regard nous a permis d'approfondir le travail de bibliographie. Pendant les entretiens, nous avons pu être observateur et interviewer, ce qui, pour nous, a été très enrichissant, d'autant plus qu'il s'agissait du cœur de notre thèse. Cela nous a aussi permis d'être plus attentives aux attitudes non verbales des patients et nous a permis d'échanger a posteriori sur nos propres ressentis pendant les entretiens. Les patients étaient prévenus que nous serions deux, aucun patient ne nous a fait remarquer que ça le dérangeait. Au moment de l'analyse, cela a permis une triangulation des chercheurs avec un double codage indépendant limitant le biais de subjectivité. Tout au long de l'étude, et notamment lors de la rédaction, nous avons, tour à tour, dû faire certaines concessions ou, au contraire, défendre certaines « étiquettes » ou parties qui nous tenaient à cœur permettant ainsi d'approfondir notre travail.

Enfin, le travail en binôme a permis d'entretenir la motivation et de ne pas s'essouffler avant d'avoir mené l'étude à son terme.

2.2. Faiblesses

Il s'agissait d'une première expérience de recherche qualitative pouvant expliquer certains biais dans la réalisation des entretiens tels qu'une difficulté de relance, des questions parfois trop directives ou « inductrices » des réponses supposées. La question d'introduction de notre première grille d'entretien était ambiguë et trop ouverte, les patients ne sachant pas ce que nous attendions d'eux. Après modification de cette dernière, le début des entretiens s'est finalement fait de façon beaucoup plus spontanée.

Concernant la méthode de recrutement, les patients étaient déjà connus par nous-mêmes, leur médecin ou un professionnel paramédical. Ce lien déjà tissé avec un professionnel de santé a pu biaiser la sélection des patients car ils n'ont peut être pas osé refuser la demande d'entretien. Ainsi par deux fois, des patients ne se sont pas présentés au rendez-vous que nous avions pourtant fixé ensemble et ont ensuite avoué à leur médecin qu'ils n'étaient pas à l'aise à l'idée de parler d'eux. Bien que nous les ayons assurés de l'anonymat des entretiens, nous avons eu l'impression que certains patients avaient peur de froisser leur médecin lorsque nous demandions s'il y avait une différence de prise en charge maintenant qu'ils parlaient français.

Quelques patients sont arrivés en retard ou avaient un emploi du temps chargé (même si nous avions prévu avec eux une interview d'environ une heure) ce qui a pu jouer aussi sur la longueur et le détail de leurs réponses.

Nous avons fait le choix de n'interroger que des patients capables de s'exprimer en français afin de ne pas ajouter le regard d'une tierce personne sur leur ressenti et leur vécu. Toutefois, il s'agit d'une appréciation subjective de leur capacité à s'exprimer en français (de leur part ou de celle du médecin les ayant recrutés) et nous avons parfois eu un doute sur la compréhension de certaines questions.

Pour certains patients, leur immigration remonte à plus de dix ans ce qui peut induire un biais de mémorisation de leurs premières expériences avec la médecine. Pour les patients sur le sol français depuis plus de 30 ans, il n'existait à l'époque pas de réseau d'interprétariat à Nantes et Angers.

Nous avons aussi remarqué que moins d'hommes avaient accepté de répondre à nos questions, de même les deux refus secondaires sont venus de patients masculins. Nous nous sommes demandées si cela était dû aux caractéristiques des chercheurs (deux jeunes femmes médecins), à une moins bonne maîtrise du français ou à une plus grande difficulté à se livrer sur leur vécu et leur ressenti, à parler d'eux à des inconnues à cause d'une certaine timidité ou réserve.

Il existe probablement un biais d'interprétation et d'analyse car c'est la première fois que nous réalisons un codage qui s'est sûrement avéré trop minutieux et parfois paraphrasé. Nous avons aussi constaté que, malgré un enregistrement de bonne qualité, la transcription des entretiens n'était pas aisée, notamment lorsque les patients avaient un fort accent. Enfin, il a parfois été difficile de faire ressortir des étiquettes à partir de phrases mal construites grammaticalement. Nous nous sommes parfois demandées si nous avons toujours bien compris ce que voulait dire le patient.

3. Comparaison avec la littérature

Il a été difficile de trouver dans la littérature des éléments comparables à notre étude de par l'originalité de cette dernière. En effet, contrairement à la majorité des études réalisées ces 20 dernières années, nous n'avons pas interrogé des professionnels de santé sur la bonne pratique en matière de santé, mais des patients sur leur ressenti. De plus, la littérature expose surtout des études réalisées en contexte hospitalier, hors de France, alors que nous avons axé notre étude sur l'ambulatoire en Pays de la Loire.

Nous nous sommes appuyées sur deux études assez récentes qui ont étudié la question de l'intérêt de l'interprétariat professionnel à travers une revue de la littérature.

La première est européenne, réalisée par Partners for Applied Social Science (PASS) et financée par le Fond Européen pour les réfugiés (FER). Le sujet est « Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? ». Il s'agissait d'étudier le sujet sous plusieurs angles : les droits de l'Homme et la déontologie, la qualité des soins, la satisfaction de patients et des établissements et enfin la rentabilité pour les deux parties notamment sur le plan financier (3).

La deuxième est une étude réalisée en 2012 par la Direction Générale de la Santé (DGS). Elle constate l'absence d'étude d'envergure en France. Il ressort que la très grande majorité des études réalisées sur le sujet sont observationnelles. Leurs résultats sont biaisés par de nombreux facteurs de confusions, les critères de jugements étant souvent subjectifs. Par exemple, aucun essai contrôlé randomisé n'a été réalisé sur une population allophone en comparant un indicateur de morbidité selon le recours ou non à l'interprétariat professionnel (23).

3.1. Que pensent les patients allophones de l'interprétariat professionnel ?

L'interprétariat professionnel semble peu connu des patients : 13 % d'entre eux déclarent le connaître. Une fois informés de son principe ils seraient 48.2 % à le solliciter (23).

La plupart des études hospitalières menées auprès des patients montrent que le niveau de confiance dans les soins est plus élevé et que les problèmes de santé liés à la barrière linguistique diminuent avec l'intervention des interprètes professionnels (24,25). Les patients sont plus satisfaits des soins proposés lorsqu'un interprète professionnel est présent (26,27).

Dans leur étude réalisée en Suède en 2009, E.Hadziabdic *et al.* ont montré que les patients migrants attendent d'un interprète professionnel qu'il soit présent physiquement lors des consultations, qu'il ait une bonne connaissance du domaine médical et qu'il adopte une position neutre (28).

Pour améliorer la prise en charge de la barrière de la langue, il est important de prendre en compte certains facteurs démographiques. Selon leurs origines, les patients sont plus favorables à l'interprétariat professionnel ou informel, présentiel ou téléphonique. La question du sexe de l'interprète se pose également selon l'origine du patient mais aussi selon le motif de consultation (3). Par exemple, aux Etats-Unis, lorsqu'on les interroge sur l'interprétariat informel, plus de 80 % des patients hispaniques sont satisfaits (29).

Différentes études font ressortir le manque de confiance des patients envers les interprètes professionnels par crainte d'une stigmatisation de leurs différences culturelles (30,31). Certains patients ont même jugé « inacceptable » l'attitude des interprètes professionnels (32).

Lorsque les interprètes professionnels ne sont pas présents, les proches des patients jouent souvent ce rôle par défaut. Ils deviennent à la fois traducteur, relais éducatif et personne de confiance ce qui fait peser sur eux une charge importante et modifie les relations entre patient et accompagnant. D'autant plus que les médecins ne prennent pas en compte le poids que cela peut représenter pour l'accompagnant, ni la perte d'autonomie engendrée pour le patient (23,31).

Les accompagnants sont souvent les enfants ou conjoint des patients et ont parfois été eux même confrontés à la barrière de la langue. Il y a un tri de l'information avant la traduction et donc une perte d'information potentielle. Il peut être lié à des omissions ou à la méconnaissance de la langue ou du domaine médical par le traducteur (26,33,34). La rétention de l'information peut aussi être volontaire, pour protéger le patient de l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou se protéger des conséquences de cette annonce (35,38).

Lorsque ce sont les enfants qui jouent le rôle de traducteur, ce tri de l'information est souvent majoré. Très jeune, l'enfant bilingue peut traduire de façon innée mais pas inconsciente. L'enfant retient certaines informations car, par exemple, dans sa communauté il est humiliant pour son parent qu'il en sache plus que lui. Face à un enfant encore plus que face à un adulte, le médecin doit avoir conscience de l'impact de ses propos sur l'enfant lui-même et sur la nature de la relation parent-enfant (38). Si certains patients acceptent bien d'être dépendants de leurs enfants et jouissent d'une grande proximité avec eux, ils ont conscience de s'immiscer dans leur vie et parfois de les freiner (31) et n'osent pas aborder certains sujets en leur présence (35).

Néanmoins, dans certains cas, l'interprète familial peut apporter des éléments importants qui ne pourraient être fournis par un interprète professionnel (39).

Ces constatations nous conduisent à nous interroger : les patients ressentent-ils moins le besoin d'interprète professionnel lorsqu'ils sont avec un médecin de proximité, hors du contexte stressant de l'hôpital ?

En effet, dans le cadre d'une consultation avec son médecin de proximité, la relation médecin-patient est plus intime. Ces consultations sont plus propices à se livrer et l'intervention d'un tiers devient donc plus gênante.

Cette notion ressort bien de notre étude où les patients insistent sur les difficultés engendrées par le regard d'une tierce personne sur les problèmes psychiatriques ou gynécologiques notamment. En revanche, ils sont à l'aise avec leur médecin généraliste avec qui s'est instaurée une relation de confiance malgré la barrière de la langue.

La difficulté, voire la souffrance, pour l'accompagnant de cumuler les rôles de traducteur et de personne de confiance apparaissent bien dans la littérature comme dans notre étude.

La nécessité de traduction est claire dans ces études comme dans la nôtre. Le besoin d'interprétariat professionnel n'est pas toujours exprimé clairement par les patients migrants.

3.2. Que pensent les professionnels de santé de l'interprétariat professionnel ?

L'avis des professionnels de santé sur la présence d'un interprète formel ou informel lors de leurs consultations est, là aussi, ambivalent.

75 % des médecins interrogés dans cette étude connaissent l'interprétariat professionnel mais 2/3 y ont rarement ou jamais eu recours. Ils ne jugent pas que la solution de l'interprétariat professionnel soit meilleure que les autres modalités d'interprétariat (23). L'étude réalisée par M. Gadon *et al.* en 2007 (37) aux Etats-Unis a permis d'interroger en focus groupe des médecins, généralistes ou spécialistes sur leurs perceptions de l'interprétariat. Il ressort, entre autres, que les médecins ont peur de travailler avec des interprètes professionnels et ne sont pas persuadés de leur efficacité. Cette étude propose un tableau regroupant les avantages et inconvénients perçus par les médecins des différents types d'interprétariat (*annexe 7*).

Ainsi, dans l'étude réalisée par la DGS (23), quand on interroge les chefs de service, l'accompagnant du patient, qui joue alors le rôle d'interprète informel, est la modalité d'interprétariat privilégiée : « Pour plusieurs chefs de service, elle présente, du point de vue du médecin, des avantages comparatifs en terme d'organisation immédiate (lourdeur et délai du recours à un interprète tiers) et en terme de renforcement du suivi du patient. ».

Plusieurs études françaises mettent en évidence que les médecins ne se sentent pas en difficulté face à un interprète familial, qui peut même parfois être un atout dans la consultation (personne de confiance du patient). Toutefois les médecins sont conscients du manque de fiabilité de la traduction, de l'attitude passive du patient (1) et du problème de confidentialité (4) engendrés par ce type d'interprétariat. Pour certains médecins le principal problème est l'interprétariat par des enfants de la famille.

Il faut garder à l'esprit que ces études ont été réalisées en France alors que l'interprétariat professionnel y est, encore aujourd'hui, peu connu et peu développé. Cela peut expliquer les réticences de certains professionnels de santé qui ne sont pas formés à cette pratique. Nous avons cependant un exemple d'expérience récente d'interprétariat professionnel en médecine ambulatoire en France : l'Alsace.

L'Alsace étant la troisième région française en termes de population immigrée, les soignants y sont, depuis de nombreuses années, amenés à réfléchir sur les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de migrants. En octobre 2007, une expérimentation a été lancée, financée par la DDASS et mise en place par l'URML. Cent heures d'interprétariat professionnel, présentiel étaient financées, pour un territoire circonscrit aux communautés urbaines de Strasbourg et Mulhouse. Un accès direct au service était proposé à l'ensemble des médecins libéraux quelle que soit leur spécialité. L'évaluation était réalisée par des questionnaires de satisfaction proposés aux patients dans leur langue et aux médecins, en fin de consultation.

L'expérience de 2007 a été concluante avec d'une part un recours par l'ensemble des spécialités au dispositif, principalement la médecine générale et la psychiatrie et d'autre part des taux de satisfaction des médecins « utilisateurs » élevés. Le dispositif a été maintenu et amélioré. Les financements et fonctionnement sont assurés par l'URML-A, l'ARS et l'association d'interprétariat Migration Santé Alsace (MSA).

En raison de son succès, en 2014, une régulation a été mise en place afin de maintenir un financement à long terme. Actuellement, 800 heures sont financées chaque année sur les agglomérations strasbourgeoise et mulhousienne, 35 langues sont proposées. Afin de réguler les demandes, l'accès au service d'interprétariat pour les spécialités autres que la psychiatrie, l'ophtalmologie ou la gynécologie, se fait à la demande des médecins coordonnateurs du parcours de soins : généralistes ou pédiatres.

Des évaluations qualitatives sont régulièrement réalisées auprès des utilisateurs afin d'améliorer le fonctionnement du service.

Lorsque l'on s'intéresse aux médecins, certains points soulevés par nos patients ressortent tels que la facilité d'organisation avec un interprète informel mais aussi le problème de confidentialité ou de fiabilité de la traduction.

Du fait du développement insuffisant des services d'interprétariat et de leur méconnaissance par les médecins, le ressenti de ces derniers est plutôt en faveur de l'interprétariat informel. Les résultats de l'expérience alsacienne sont, quant à eux, en faveur de la mise en place d'un réseau d'interprètes professionnels en médecine de ville.

3.3. Que disent les études de l'interprétariat professionnel ?

Bien qu'il n'existe pas de différence significative sur le nombre d'erreurs de traduction entre interprètes professionnels et informels, les erreurs commises par les interprètes professionnels ont moins de risques d'avoir des conséquences cliniques (40).

La revue de la littérature réalisée en 2003 par A.Bischoff met en avant la nécessité d'interprétariat professionnel via deux points : les symptômes qui sont, dans l'ensemble, mieux signalés avec un interprète professionnel et le risque d'erreur diagnostique ou thérapeutique qui est majoré en l'absence d'interprète (41).

Le recours à des interprètes professionnels améliore l'utilisation des services de santé, notamment dans le domaine de la médecine préventive (42). Une étude a été réalisée par EA. Jacobs *et al.* en 2001 aux Etats-Unis, pour déterminer l'impact des services d'interprétariat sur le recours aux services médicaux par des patients ne parlant pas anglais. Elle a montré une augmentation significative du nombre de consultations suivies chez les médecins des services préventifs lorsque le service existe (43).

L'étude de la PASS (3) souligne qu'en raison de leur formation, les interprètes professionnels sont la meilleure solution pour se conformer à l'éthique médicale. En effet, ils permettent de maximiser la compréhension en vue d'un consentement éclairé et protègent le droit à l'intimité et la confidentialité davantage que les interprètes informels. L'interprétariat professionnel par téléphone semble même être la seule solution pour garantir l'anonymat complet.

Il apparaît, lorsque l'on se penche sur les études réalisées, que l'interprétariat professionnel est plutôt bénéfique pour les patients allophones, que ce soit d'un point de vue médico-légal, éthique ou dans l'accès aux soins. Ces éléments ont aussi été évoqués lors de nos entretiens par les patients eux-mêmes

3.4. Les craintes face à l'utilisation du réseau d'interprétariat sont-elles justifiées ?

Le principal frein décrit par les médecins est le problème de la communication et de la relation avec l'interprète. En effet, travailler avec un interprète nécessite des ajustements car le binôme médecin-patient évolue alors vers un trinôme.

Lorsqu'ils travaillent avec un interprète professionnel, les médecins ont l'impression d'avoir à faire à « une machine à traduire », de ne pas pouvoir établir une relation basée sur le partenariat comme ils le font avec les interprètes familiaux. Peut-être est-ce dû aux différences de convention de langage entre médecins et interprètes (44) ?

Mais en Suisse, lors de l'étude réalisée en 2001 par P. Singy et O. Weber (30), les soignants ont en revanche montré « une tendance marquée à souhaiter travailler avec un tiers dont l'activité se limiterait à une traduction terme à terme plutôt que collaborer avec un intervenant à part entière. » Les auteurs ont avancé l'hypothèse de la perte de contrôle du médecin dans une relation habituellement bipartite pour expliquer ces résultats.

Une large étude a été réalisée par E. Hsieh aux Etats-Unis en 2006 pour examiner le rôle des interprètes médicaux. Ceux-ci se placent souvent en « co-diagnosticiens » (45). Ils vont au-delà de leur fonction de rapprochement de cultures et de langues et chevauchent les fonctions et responsabilités du médecin.

Le coût supposé de l'interprétariat est également un point sensible, limitant le recours aux interprètes.

Il est important de rappeler que les barrières linguistiques en elles-mêmes augmentent les coûts médicaux de deux façons (3): en augmentant le risque d'erreurs médicales et de complications de la maladie et en produisant des coûts inutiles. Par exemple, le médecin prescrit plus d'examens, pour confirmer son diagnostic, que dans une consultation avec une bonne concordance linguistique (24).

L'étude de la PASS de 2008 (3) estime, qu'à partir des données actuelles, il n'est pas possible de confirmer que les services d'interprétariat réduisent les coûts totaux. Toutefois, comparés aux coûts élevés liés à la différence d'accès aux soins entre les patients, les coûts supplémentaires générés par l'utilisation des services d'interprétariat sont relativement modérés et raisonnables en terme de « rentabilité » (3,31).

Deux arguments vont dans ce sens : le recours aux interprètes professionnels permet d'augmenter la qualité des soins tandis que le coût reste faible (46) et il existe « un lien plus fort entre connaissance de base de la langue et l'accès aux soins de santé qu'entre les moyens financiers et l'utilisation des systèmes de santé » (3).

Dans les années 1990 (23), une expérience a contribué à la généralisation du recours à l'interprétariat professionnel dans les services de santé anglais (NHS). Le Bradford Teaching Hospital NHS Foundation Trust montrait qu'il est globalement moins coûteux d'investir dans le salaire d'une unité de médiation/interprétariat de 7 personnes que de ne pas proposer d'interprétariat aux patients allophones et à leurs soignants. Cette étude a aussi permis d'estimer qu'environ 10 % des dépenses en interprétariat relèvent de demandes du secteur de soins primaires.

Enfin, il faut souligner qu'aucune étude n'estime les dépenses et la rentabilité en médecine libérale. M. Schoenel s'interroge dans sa thèse en 2014 (2) : alors que la consultation avec un interprète demande sûrement plus de temps, d'énergie et une certaine préparation en amont, elle n'est payée que 1C (soit 23 euros) ce qui peut décourager certains médecins généralistes à avoir recours à ce service.

Une des notions qui ressort de notre étude et qui apparaît aussi dans la littérature est la notion du temps.

Tout d'abord, le « temps perdu » pour rechercher un interprète est un des freins à l'utilisation des services d'interprétariat (47). Si certaines études montrent que les consultations sont plus longues lorsqu'un interprète professionnel est présent (34, 35), une autre (29), comparant la durée des consultations par type de stratégie d'intervention utilisée, retrouve des durées relativement comparables, même si les professionnels de santé ont l'impression de passer plus de temps avec les patients allophones.

Comme le soulignent les médecins dans la thèse de S. Chaaban (48), les réserves sont aussi liées à la charge administrative que peut représenter un tel service se trouvant à l'extérieur de leur lieu de travail, notamment pour la coordination et l'organisation des consultations.

Enfin, la sous-estimation voire la méconnaissance par les médecins de l'existence de ces services reste un frein important à leur utilisation. L'étude réalisée par la DGS montre qu'un quart des médecins ne connaît pas cette possibilité. Une étude réalisée par C.Heaney et S.Moreham en Australie en 2002 estime qu'il y a une sous-utilisation des interprètes professionnels et une trop grande dépendance vis-à-vis des interprètes informels (49). Même lorsqu'un hôpital dispose d'un service d'interprétariat, les médecins ne l'utilisent pas et préfèrent se servir de leur propre connaissance linguistique, demander de l'aide à un collègue ou à un interprète informel (47).

La plupart de ces freins n'est pas inconnu des patients que nous avons interrogés. Ils font souvent référence à la notion de coût, qu'il s'agisse des dépenses liées aux examens complémentaires parfois inutiles, ou celles du financement d'un interprète pour les consultations médicales.

Nos patients sont conscients de l'aspect chronophage des consultations avec un interprète que ce soit pour eux mais aussi pour les médecins.

Au fur et à mesure de l'étude, nous nous sommes également rendues compte de la méconnaissance par les patients eux-mêmes des réseaux d'interprétariat professionnels. Par facilité ou par méfiance (parce qu'ils n'en connaissent sûrement pas les règles), les patients ont alors plus tendance à avoir recours spontanément à un interprète informel.

4. Pistes et perspectives pour améliorer l'accès à l'interprétariat.

La plupart des études montrent que l'avis des patients sur l'interprétariat professionnel n'est pas univoque et que de nombreux médecins sont réticents à avoir recours aux services d'interprétariat professionnel. La littérature et notre travail permettent de dégager quelques pistes pour améliorer ce recours.

La formation des interprètes apparaît clairement comme un point sensible. Celle-ci reste sans doute à développer et à homogénéiser (23). La mise en place d'une formation au niveau national (comme le diplôme universitaire d'interprète et médiation proposé depuis 2012 par la faculté Paris Diderot) permettrait de lever certaines craintes en garantissant aux patients et aux soignants leur professionnalisme, leurs connaissances de l'éthique et du domaine médical. Elle faciliterait la mise en place d'une relation de confiance (11,20). L'existence de la charte d'interprétariat (50) va dans ce sens mais n'est pas connue des patients (*annexe 5*).

Des temps d'échange entre interprètes permettent d'améliorer leur pratique et de mieux vivre leur profession (40).

Il semble important à ce stade de signaler que les interprètes (en dehors de ceux du secteur privé) sont formés au sein de leurs associations et que le financement de ces diverses formations ne peut être pris en charge par ces seules structures à but non lucratif. Un travail sur le financement serait donc à prévoir.

La notion de médiateur culturel interprète, bien développée par P.Singy et O.Weber, est reprise par la Loi de Modernisation du Système de Santé de 2016 (12,30). Si les médecins expriment souvent ne souhaiter qu'une traduction « pure », les patients se sentent plus à l'aise avec une personne partageant leur référence culturelle. Ces médiateurs pourraient permettre aux médecins de prendre conscience de leur ethnocentrisme naturel et améliorer la prise en charge de leurs patients d'origine étrangère (51).

Certaines équipes se sont demandées si la méfiance vis-à-vis des interprètes professionnels ne provenait pas essentiellement d'un manque de connaissance, d'une « peur de l'étranger » de la part des médecins (40).

Ces suppositions sont appuyées par l'étude menée en 2003 par A. Bischoff en Suisse. Il a étudié le comportement des médecins de premier recours, avant et après formation sur l'interprétariat professionnel. Ils ont été formés à la préparation de l'entretien avec un tiers, à la réalisation de celui-ci, au repérage des interactions potentiellement sources de stress pour l'interprète. Pour finir, des groupes d'échange entre médecins et interprètes ont été organisés.

En fin d'étude, les médecins font beaucoup plus systématiquement appel aux interprètes professionnels et en sont plus satisfaits. A. Bischoff a alors proposé un outil à l'usage des soignants et des interprètes (*annexe 6*). Pour l'auteur, apprendre à travailler avec un interprète devrait faire partie de la formation initiale et continue des médecins (41). En France, certains services hospitaliers ou départements universitaires de médecine générale étudient la possibilité de former tous les jeunes médecins à cette pratique (23).

Simplifier les modalités de recours à l'interprétariat, que ce soit en hospitalier ou en ambulatoire, semble être l'un des points clé comme le suggéraient les médecins dans la thèse de M. Schoenel : « mise en place d'un service souple et instantané avec une simplicité administrative » (2,47). L'expérience alsacienne ne fait que conforter cette idée : détachés des principales formalités administratives, les médecins font volontiers appel aux interprètes professionnels.

Faire la promotion de l'interprétariat professionnel auprès des patients semble également primordial. Il faudrait mettre en avant les notions d'éthique, de confidentialité et de connaissances des termes médicaux. Il serait alors intéressant que les patients puissent eux-mêmes faire appel à un interprète professionnel lorsqu'ils viennent consulter et qu'ils en ressentent le besoin (nécessité d'explication d'un traitement compliqué, motif de consultation intime et/ou tabou pour lesquels ils ne seraient pas à l'aise avec un proche, etc ...).

Faute de financement, nous n'avons pas pu développer une expérience semblable à celle mise en place en Alsace. Afin de développer ce service et de faire connaître l'interprétariat aussi bien aux médecins qu'aux patients, elle serait pourtant intéressante.

Fin novembre 2016, nous apprenons que la convention qui lie l'ARS et l'URPS comprendra un volet interprétariat pour 2017 et 2018. L'accès à l'interprétariat en médecine de proximité est envisagé au travers des associations locales d'interprétariat et des plateformes téléphoniques, sur des territoires bien identifiés (Nantes, Angers, Le Mans, Laval, Cholet). De plus, l'ARS soutient la construction et la diffusion d'un guide à l'usage des professionnels de santé pour la prise en charge des patients en situation de précarité, intégrant ainsi l'interprétariat.

Parallèlement le développement de la médiation sanitaire est en cours sur l'agglomération nantaise grâce aux échanges et partenariats entre les associations et les mairies, et le soutien de l'ARS.

Un projet de mise en place d'un réseau d'interprètes professionnels en ville devrait débuter en 2017 sur l'agglomération nantaise. Des travaux de thèses pourraient permettre de tester la validité de ce projet, si possible sur des critères de morbidimortalité.

CONCLUSION

De nos jours, l'immigration est au cœur de problématiques humaine, économique, politique, législative, sociale et médicale.

La communication avec un patient migrant allophone est un enjeu primordial de la consultation médicale pour optimiser la prise en charge.

A travers ce travail, nous avons interrogé des patients parlant maintenant français sur leur ressenti lors de leurs premières consultations médicales. Deux points ressortent : d'une part, les patients migrants allophones sont conscients des difficultés liées à la barrière de la langue et de leurs conséquences en particulier cliniques ; d'autre part il existe une certaine ambivalence des patients par rapport à l'interprétariat. Bien qu'ils reconnaissent l'intérêt de l'interprétariat pour les autres, ils sont plus réticents quand il s'agit d'eux-mêmes, notamment en ce qui concerne l'interprétariat professionnel.

Cette même ambivalence est mise en évidence dans la littérature et semble être liée à la méconnaissance de ce service aussi bien par les patients migrants que par les médecins potentiellement utilisateurs du service. Pourtant, le recours à un interprète professionnel permet de diminuer le nombre d'erreurs de traduction ayant des conséquences cliniques, d'augmenter le nombre de symptômes signalés au médecin, de se conformer à l'éthique médicale et de promouvoir la médecine préventive.

Les principaux freins à l'utilisation du service d'interprétariat professionnel sont les problèmes de communication entre le médecin et l'interprète, le coût supposé du service et la perte de temps engendrée par la recherche d'un interprète et par les consultations en elles-mêmes.

Afin de développer ce service, la formation aussi bien des interprètes que des médecins doit être envisagée et la promotion de l'interprétariat professionnel auprès des patients migrants doit être mise en place. La nécessité de proposer un service simple d'utilisation, sans charge administrative ou dépenses supplémentaires pour le médecin est aussi un point à prendre en compte.

REFERENCES

1. Lordier N. De la PASS au droit commun : état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011 [Internet] Thèse d'exercice en médecine générale. Nantes: Université de Nantes; 2013. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/1c994346-9b49-4b86-aa16-f35ff8b6b1f6>

2. Schoenel M. Effets de l'interprète professionnel sur la pratique du médecin généraliste: entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes utilisateurs de l'interprétariat professionnel Thèse d'exercice en médecine générale. Strasbourg: Université de Strasbourg; 2014.

3. Muela Ribera J, Toomer E, Hausmann Muela S, et al. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié? [Internet]. PASS international v.z.w.; 2008. Disponible sur: http://www.appartenances.ch/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf

4. Guillou AY. Patients immigrés dans la région rennaise : le regard des médecins généralistes [Internet]. Région rennaise: ODRIS; 2007. Disponible sur: http://www.odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf

5. RTS Info. Plus de 1,6 million de demandes d'asile déposées dans l'OCDE en 2015 [Internet]. rts.ch. 2016. Disponible sur: <http://www.rts.ch/info/monde/8027560-plus-de-1-6-million-de-demandes-d-asile-deposees-dans-l-ocde-en-2015.html>

6. Baumard M. Demandes d'asile : les modestes records de la France. Le Monde.fr [Internet]. 8 juin 2016; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/immigration-et-diversite/article/2016/06/08/asile-les-modestes-records-de-la-france_4942871_1654200.html

7. Brutel C. Population française, étrangère et immigrée en France depuis 2006 [Internet]. 2015. (Insee - Population). Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=if38

8. Brutel C. Les immigrés récemment arrivés en France - Une immigration de plus en plus européenne [Internet]. 2014. (Insee - Population). Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1524

9. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Code de la santé publique [Internet]. janv 26, 2016. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F3F5D8500C9575CCBC575DFF5EDFFF15.tpdila10v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160905
10. Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
11. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Charte de la personne hospitalisée. [Internet]. 2006. Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
12. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 90. 2016-41 janv 26, 2016.
13. Besnard S, Manceau C. Situation récente des immigrés dans la région [Internet]. 2015 févr. (Insee - Population). Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=22193
14. ASAMLA. Rapport annuel Asamla 2015 [Internet]. Nantes; 2016 juin. Disponible sur: <http://www.asamla.fr/wp-content/uploads/2016/01/RA-2015final.pdf>
15. CHU Nantes. Rapport d'activité PASS 2014. 2014 p. 39.
16. CNGE. Référentiel métier et compétences en Médecine Générale [Internet]. 2009. Disponible sur:
http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compences_MG.pdf
17. Dourgnon P, Justot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Quest Déconomie Santé*. sept 2009;(146):1-6.
18. Strauss A, Colbin J. Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.liens-socio.org/Les-fondements-de-la-recherche>

19. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale : étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants [Internet] Thèse d'exercice en médecine générale. Lille: Université de Lille 2; 2011. Disponible sur:
http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20Alice%20Mathieu_0.pdf
20. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;(87):74-9.
21. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev. 2015;15(157):50-4.
22. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck. 2014. 152 p. (Méthodes en sciences humaines).
23. Direction générale de la santé. Evaluation médico-économique des dispositifs d'interprétariat professionnel [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2012 déc p. 139. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf
24. Flores G, Ku L. Pay Now Or Pay Later: Providing Interpreter Services In Health Care. Health Aff (Millwood). 3 janv 2005;24(2):435-44.
25. Bischoff A, Grossmann F. Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren? Bulletin des médecins suisses. EMH. 2007;4.
26. Flores G. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. Med Care Res Rev. 6 janv 2005;62(3):255-99.
27. Lee TS, Lansbury G, Sullivan G. Health care interpreters: A physiotherapy perspective. Aust J Physiother. 1 janv 2005;51(3):161-5.
28. Hadziabdic E, Heikkil K, Albin B, et al. Migrants' perceptions of using interpreters in health care. Int Nurs Rev. déc 2009;56(4):461-9.
29. Kuo D, Fagan MJ. Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. J Gen Intern Med. sept 1999;14(9):547-50.
30. Singy P, Weber O. L'interprète dans la relation médecin-patient migrant : une présence discutée. Rev Med Suisse [Internet]. 2001;(2333). Disponible sur:
<http://www.revmed.ch/rms/2001/RMS-2333/21127>

31. Seffo N, Krupic F, Grbic K, et al. From Immigrant to Patient: Experiences of Bosnian Immigrants in the Swedish Healthcare System. *Mater Socio-Medica*. avr 2014;26(2):84-9.
32. Brooks, Magee, Bhatti, et al. Asian patients' perspective on the communication facilities provided in a large inner city hospital. *J Clin Nurs*. 1 sept 2000;9(5):706-12.
33. Traverso V. Analyse de consultations médicales en présence d'un intermédiaire linguistique non professionnel [Internet]. Université de Lyon 2: CNRS; 2001 p. 11. Disponible sur: <http://www.unifr.ch/ipg/aric/assets/files/ARICManifestations/2001Actes8eCongres/TraversoV.pdf>
34. Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. *Hommes Migr*. 1 déc 2009;n° 1282(6):102.
35. Vissandjee B, Dupere S. La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat. *Rev Can Rech En Sci Infirm*. 2000;32(1):99-113.
36. Proebe S, Sandhu S, Dias S, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 25 mars 2011;11:187.
37. Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. Caring for Patients with Limited English Proficiency: The Perspectives of Small Group Practitioners. *J Gen Intern Med*. 24 oct 2007;22(2):341-6.
38. Roux A. L'enfant interprète de son parent dans la consultation médicale. Thèse d'exercice en médecine général]. Strasbourg: Université de Strasbourg; 2010.
39. Tremblay L, Brouillet M-I, Rheaume J, et al. La communication avec interprète dans l'intervention à domicile [Internet]. centre de santé et de services sociaux de la Montagne; 2006 nov p. 96. Report No.: 12. Disponible sur: http://www.sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2013/10/communication_interpr%C3%A8te_intervention.pdf
40. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, et al. Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *Pediatrics*. 1 janv 2003;111(1):6-14.

41. Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals - a review of effective interventions [Internet]. Suisse: Swiss Forum for migration and populations studies; 2003 p. 1-141. Disponible sur: http://mfh-eu.univie.ac.at/public/files/mfh_literature_review.pdf
42. Jacobs E, Chen AHM, Karliner LS, et al. The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q.* 2006;84(1):111-33.
43. Jacobs EA, Lauderdale DS, Meltzer D, et al. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *J Gen Intern Med.* juill 2001;16(7):468-74.
44. Hsieh E. Provider-Interpreter Collaboration in Bilingual Health Care: Competitions of Control over Interpreter-Mediated Interactions. *Patient Educ Couns.* févr 2010;78(2):154.
45. Hsieh E. Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Soc Sci Med.* févr 2007;64(4):924-37.
46. Bernstein J, Bernstein E, Dave A, et al. Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up. *J Immigr Health.* oct 2002;4(4):171-6.
47. Burbano o'Leary S, Federico S, Hampers L. The truth about language barriers. *Pediatrics.* 2003;111(5):569-73.
48. Chaaban S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. Thèse d'exercice en médecine générale. Toulouse: Université de Toulouse; 2014.
49. Heaney C, Moreham S. Use of interpreter services in a metropolitan healthcare system. *Aust Health Rev.* 2002;25(3):38.
50. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France [Internet]. Strasbourg; 2012 nov. Disponible sur: <http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>
51. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R. Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Educ Couns.* aout 2007;67(3):286-92.

ANNEXES

1. Les guides d'entretien

1.1. La première version

Bonjour, merci d'avoir accepté cet entretien. Nous sommes deux médecins généralistes et nous réalisons notre thèse sur le thème de l'interprétariat lors des consultations médicales. Cet entretien est strictement confidentiel et est enregistré pour nous permettre d'être plus attentives à vos réponses.

1/ Pour commencer, pouvez-vous me parler de vous ?

Age, sexe, pays d'origine, langue maternelle, apprentissage du français, profession actuelle.

2/ Racontez-moi vos premiers contacts avec la médecine en France.

- Cadre : urgences, PASS, Médecins du Monde, Médecin généraliste ou spécialiste ?
- Urgences ou pathologies préexistantes ? Déjà suivi dans son pays d'origine pour cette pathologie ?
- Si la notion d'interprète non évoquée spontanément par le patient : étiez-vous accompagné lors de ces premières consultations ?

3/

a- Si pas d'interprète : **En quoi la présence d'un interprète professionnel aurait pu changer votre prise en charge ? Quelles attentes particulières auriez-vous par rapport à cet interprète ?** (sexe, origine, téléphone ou présence physique, culture similaire, attitude pendant l'entretien, ...)

b- Si interprète informel : **Pouvez-vous me raconter les consultations avec la personne qui traduisait pour vous ?** (relations patient/tiers et tiers/médecin, motif de la consultation, niveau de français du tiers) **En quoi la consultation médicale aurait été différente sans la présence de cette personne ?** (positif : barrière de la langue, négatif : certains tabous, problématique traumatique ou psychologique difficile à aborder avec un tiers) **ou avec un interprète professionnel ?**

c- Si présence d'un interprète professionnel : **Pouvez-vous me raconter cette consultation ?** (description de l'interprète : âge, sexe, origine, culture similaire ? si interprète présent dans la pièce, s'est-il senti gêné, mis à l'écart ?) **En quoi la consultation aurait été différente sans l'interprète ?**

4/ (question subsidiaire si patient évoque consultations avec et sans interprète) : **En quoi vous êtes-vous sentis pris en charge différemment dans l'une ou l'autre de ces consultations ?**

5/ **Personnellement, avez-vous déjà été amené à être interprète (informel) lors d'une consultation médicale ? Comment avez-vous vécu cette consultation ?**

Merci beaucoup d'avoir pris de votre temps pour nous répondre.

1.2. La deuxième version

Bonjour, merci d'avoir accepté cet entretien. Nous sommes deux **médecins généralistes** et nous réalisons notre thèse sur le thème de **l'interprétariat** lors des consultations médicales. Cet entretien est strictement **confidentiel** et est **enregistré** pour nous permettre d'être plus attentives à vos réponses.

1/ Pour commencer, pouvez-vous me parler de vous ?

Age, sexe, pays d'origine, langue maternelle, apprentissage du français, profession actuelle.

2/ Racontez-moi vos premiers contacts avec la médecine en France ?

- Cadre : urgences, PASS, Médecins du Monde, Médecin généraliste ou spécialiste ?
- Urgences ou pathologies préexistantes ? Déjà suivi dans son pays d'origine pour cette pathologie ?
- (*Si la notion d'interprète non évoquée spontanément par le patient*) étiez-vous accompagné lors de ces premières consultations ?

3/

a- Si pas d'interprète : En quoi la présence d'un interprète professionnel aurait pu changer votre prise en charge ? Quelles attentes particulières auriez-vous par rapport à cet interprète ? (sexe, origine, téléphone ou présence physique, culture similaire, attitude pendant l'entretien, ...)

b- Si interprète informel : Pouvez-vous me raconter les consultations avec la personne qui traduisait pour vous ? (relations patient/tiers et tiers/médecin, motif de la consultation, niveau de français du tiers) **En quoi la consultation médicale aurait été différente sans la présence de cette personne ?** (positif : barrière de la langue, négatif : certains tabous, problématique traumatique ou psychologique difficile à aborder avec un tiers) **ou avec un interprète professionnel ?**

c- Si présence d'un interprète professionnel : Pouvez-vous me raconter cette consultation ? (description de l'interprète : âge, sexe, origine, culture similaire ? si interprète présent dans la pièce, s'est-il senti gêné, mis à l'écart ?) **En quoi la consultation aurait été différente sans l'interprète ?**

3/ (*question subsidiaire si patient évoque consultations avec et sans interprète*) :
En quoi vous êtes-vous sentis pris en charge différemment dans l'une ou l'autre de ces consultations ?

4/ Quelles différences avez-vous remarquées lors des consultations médicales à partir du moment où vous avez parlé / compris le français ?

5/ Personnellement, avez-vous déjà été amené à être interprète (informel) lors d'une consultation médicale ? Comment avez-vous vécu cette consultation ?

1.3. La version finale

Bonjour, merci d'avoir accepté cet entretien. Nous sommes deux **médecins généralistes** et nous réalisons notre thèse sur le thème de **l'interprétariat** lors des consultations médicales. Cet entretien est strictement **confidentiel** et est **enregistré** pour nous permettre d'être plus attentives à vos réponses.

1/ Pour commencer, racontez-moi dans quel contexte vous êtes arrivés en France.

2/ Racontez-moi vos premiers contacts avec la médecine en France ?

- Cadre : urgences, PASS, Médecins du Monde, Médecin généraliste ou spécialiste ?
- Urgences ou pathologies préexistantes ? Déjà suivi dans son pays d'origine pour cette pathologie ?
- (*Si la notion d'interprète non évoquée spontanément par le patient*) étiez-vous accompagné lors de ces premières consultations ?

3/

a- Si pas d'interprète : En quoi la présence d'un interprète professionnel aurait pu changer votre prise en charge ? Quelles attentes particulières auriez-vous par rapport à cet interprète ? (sexe, origine, téléphone ou présence physique, culture similaire, attitude pendant l'entretien ...)

b- Si interprète informel : Pouvez-vous me raconter les consultations avec la personne qui traduisait pour vous ? (relations patient/tiers et tiers/médecin, motif de la consultation, niveau de français du tiers) **En quoi la consultation médicale aurait été différente sans la présence de cette personne ?** (positif : barrière de la langue, négatif : certains tabous, problématique traumatique ou psychologique difficile à aborder avec un tiers) **ou avec un interprète professionnel ?**

c- Si présence d'un interprète professionnel : Pouvez-vous me raconter cette consultation ? (description de l'interprète : âge, sexe, origine, culture similaire ? si interprète présent dans la pièce, s'est-il senti gêné, mis à l'écart ?) **En quoi la consultation aurait été différente sans l'interprète ?**

3/ (*question subsidiaire si patient évoque consultations avec et sans interprète*) : En quoi vous êtes-vous sentis pris en charge différemment dans l'une ou l'autre de ces consultations ?

4/ Quelles différences avez-vous remarquées lors des consultations médicales à partir du moment où vous avez parlé / compris le français ?

5/ Personnellement, avez-vous déjà été amené à être interprète (informel) lors d'une consultation médicale ? Comment avez-vous vécu cette consultation ?

6/ (*suivant les informations qu'on a obtenues pendant l'entretien*) Pour finir pouvez-vous me parler un peu de vous ? (âge, sexe, pays d'origine, langue maternelle, apprentissage du français, profession actuelle)

7/ Avez-vous quelque chose à rajouter ?

2. Lettre d'information adressée aux patients

Bonjour,

Nous sommes deux jeunes médecins généralistes et nous effectuons actuellement notre thèse sur les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français. C'est dans ce cadre que votre médecin a pensé à vous.

Nous proposons de vous rencontrer pour un entretien (durée 30 min à une heure environ) pour vous poser quelques questions.

Pour ne pas influencer vos réponses nous ne pouvons pas vous donner exactement le sujet de l'étude avant l'entretien.

L'entretien sera enregistré pour nous permettre d'être plus attentives à vos réponses pendant l'entretien mais l'ensemble de vos réponses sera anonyme.

Merci beaucoup d'avoir accepté de nous répondre.

Anne-Charlotte GALLON (*anne.charlotte.gallon@gmail.com*)

Florence LE QUERE (*flolq@hotmail.fr*)

3. Recueil du consentement

CONSENTEMENT

Merci d'avoir accepté cet entretien effectué dans le cadre de notre thèse de médecine générale

L'entretien sera enregistré pour nous permettre d'être plus attentives à vos réponses pendant l'entretien. L'ensemble de vos réponses restera anonyme.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment de l'étude.

Date

Signature du participant

Signature de l'investigateur

4. Tableaux récapitulatifs de l'analyse thématique

THEME	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIE	ETIQUETTES															nb occurrences		
L A C O M M U N I C A T I O N	DIFFICULTES LIES A LA COMMUNICATION	Le français est une langue difficile à apprendre	apprentissage efficace nécessite investissement permanent	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	3	
			progression lente en français			E22	E4							E32						3
			français langue difficile				E10	E4												6
						E25	E18	E2	E26		E17		E12							6
			cours de français inadaptés												E21					1
			arrivée précoce facilite apprentissage									E1			E19				E8	3
			doute sur capacité à s'exprimer en français										E1	E7	E18			E32		4
			aide des enfants pour apprendre le français										E27					E19		2
			acquisition rapide d'un français de base pour se faire comprendre											E5				E18		2
			problèmes administratifs complexifient l'apprentissage												E21					1
		Les autres moyens de communication mis en œuvre	apprentissage français impératif pour s'en sortir											E9		E21			2	
			compréhension fine impossible même à distance de l'apprentissage					E17										E21		1
			communication dans une même langue peut être compliquée				E5													1
			communication possible même sans partage de langue				E24													1
			communication peut avoir des formes diverses				E25		E17											2
			communication ne passe pas que par la parole				E27	E3	E16						E16					4
			communication dans une tierce langue				E1		E36					E2	E4	E20	E4	E26		6
		aide du dictionnaire	communication non verbale			E11	E11	E3	E19		E5	E4	E2		E6	E4	E14		10	
			contact humain prime sur parole				E21													1
			facilité de communication avec enfants				E29													1
			aide du dessin					E17												1
									E20		E6					E16		3		

THEME	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIE	ETIQUETTES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	nb occurrences
L A C O M M U N I C A T I O N	CONSEQUENCES DE LA BARRIERE DE LA LANGUE LORS DES CONSULTATIONS	Difficultés à décrire ses symptômes	Incertitude face aux symptômes	E13	E4	E8				E7						E6			1
			symptômes impossibles à exprimer	E18	E12		E10												5
			paroles peuvent être mal interprétées		E7		E2				E14			E30			E20		2
			spécificité des termes médicaux																5
			traduction approximative		E16	E15		E18					E1						4
			explications détournées				E15			E9									2
			gestuelle insuffisante pour prise en charge médicale												E27				1
			Incompréhension à l'origine de souffrances physiques					E11											1
		Source d'erreur médicale	doute sur la compréhension de sa pathologie									E10	E5			E14	E7		4
			compréhension minimale pour traitements			E20	E37									E5			3
			retard diagnostic engendré par incompréhension	E15				E9											2
			problème de posologie								E7								1
			perception erronée évolution de la maladie								E8								1
		Ethique et conséquences médico- légales	information médico-légale incomplète	E23													E8		2
			informations moindres sur prise en charge pour allophones					E14									E6		2
		Autres conséquences sur le système de soins	multiplication des examens complémentaires	E19															1
			cout interprètes ad hoc pour patients				E30												1
			cout absence d'interprète pour la société					E22											1
			absence de prise en charge psychiatrique en raison de la barrière de la langue								E25			E13					2

THEME	CATEGORIES	ETIQUETTES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	nb occurrences
L I N T E R P R E T A R I A T	Un besoin d'interprétariat	consultation difficile sans interprète					E2	E6								E6	E8	3
		interprète essentiel pour le contact et mise en route relation						E10				E7				E12	E4	4
		avis positif sur interprétariat						E16	E15									2
		absence d'interprète retarde la prise en charge								E9								1
		transmission information facilitée avec interprète		E9				E3						E10	E22	E3	E5	5
	Lien entre le patient migrant et l'interprète	rapport bénéfico-négatif en faveur de l'interprétation												E19				1
		prise en charge médicale nécessite précision												E22				1
		consultation seule vécue difficilement	E14			E12												2
		problème d'intimité quand parent ou enfant interprète																
		enfant interprète modifie les liens familiaux							E4									1
C A R A C T E R I S T I Q U E S D E L' I N T E R P R E T A R I A T	Caractéristiques de l'interprète	interprétariat à l'adolescence fait grandir trop vite							E15									1
		manque d'interprétariat pallié par interprétation transgénérationnelle								E18								1
		interprète ad hoc s'adapte au type de consult						E8	E19									2
		interprétariat ad hoc dépendant de la relation patient / interprète						E7	E11						E3			3
		difficulté de cumuler le rôle d'interprète et de patient							E12									1
	Difficultés liées à l'interprétariat	interprète ad hoc impossible pour certaines consultations				E19	E8											2
		interprète ad hoc s'adapte au patient							E17									1
		pays d'origine peu important si langue partagée																
		langue partagée à l'origine d'une culture proche	E25						E5					E11	E25			3
		culture peu importante tant que langue partagée		E8	E14	E16												1
D I F F I C I L T E S L I E E S A L' I N T E R P R E T A R I A T	Caractéristiques de l'interprète	interprète du même sexe permet des échanges plus faciles			E9											E24		2
		existence de freins à un interprète de sexe opposé en fonction religion / culture							E4									1
		pas de gêne si interprète partage le même vécu																1
		interprète présentiel gênant																
		gêne vis-à-vis de l'interprétariat personne dépendante					E15	E5										2
	Difficultés liées à l'interprétariat	interprète présentiel et téléphonique gênant pour consultations psy										E24				E10		2
		pas de gêne/absence de l'interprétariat pour somatique et situation d'urgence										E3	E15					1
		interprétariat ad hoc peut-être à l'origine d'une gêne	E26															2
		pas de sentiment de gêne vis-à-vis du traducteur									E8					E23	E5	4
		traduction pour sexe opposé gênante														E33		2
D I F F I C I L T E S L I E E S A L' I N T E R P R E T A R I A T	Difficultés liées à l'interprétariat	traduire pour les autres n'est pas source de gêne		E18								E4				E9		3
		pas de gêne en fonction du sexe du patient									E20			E17				2
		présence tiers traducteur ressentie comme inutile		E23														1
		absence de spontanéité entraîne une frustration		E28														1
		sentiment d'être spectatrice			E7													1
	Difficultés liées à l'interprétariat	dépendance et vérification impossible			E17					E21								2
		regard d'une tierce personne difficile											E29					1
		difficulté de passer par un tiers pour pouvoir s'exprimer			E16													1
		interprète biaise le travail d'adaptation		E20														1
		interprète empêche apprentissage français											E8					1

THEME	CATEGORIES	ETIQUETTES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	nb occurrences
L I N T E R P R E T A R I A T	Difficultés liées à l'interprétariat (suite)	doute sur formation interprètes professionnel											E25					1
		doute sur qualité de l'interprète/confiance											E14					1
		qualité et implication de l'interprète modifie le vécu du patient				E14					E14							2
		Formation médicale nécessaire au traducteur		E6														1
		interprète professionnel débordé					E21											1
		interprète professionnel aide bénévolement chez les médecins généralistes par manque de moyen									E29							1
		difficulté de formation des interprètes									E28							1
		analyse de pratiques améliore le vécu des interprètes									E31							1
		être interprète professionnel engendre du stress par peur d'erreur médicale									E21							1
		apport des interprètes professionnel			E13						E23							2
		expression plus libre avec interprète professionnel									E24							1
		interprète professionnel neutre																1
		difficulté d'être celui qui comprend ce qui se passe								E13								1
		difficulté du rôle d'annonce et d'accompagner des maladies graves								E16								1
		rôle tampon de l'interprète ad hoc								E22								1
		histoire semblable à l'origine de difficulté pour l'interprète									E30			E11				2
		positionnement difficile en tant qu'interprète ad hoc				E23												1
		traduction est chronophage			E21													1
		interprétariat est une perte de temps		E30														1
		lenteur de la progression qui allonge les consultations		E11														1
		consultations avec allophones chronophages pour médecins				E27								E26				1
		savoir prendre son temps																1
		médecin doit s'adapter lors des consultations avec interprète pro									E22							1
		timing serré	E9															1
	Modification de la prise en charge après apprentissage du français	modification des consultations après apprentissage du français												E8	E27			3
		compréhension langue facilite les consultations				E17					E12			E13	E7	E28	E7	6
		compréhension langue tranquilisant				E18												1
		apprentissage français permet la précision			E10	E12								E14		E29		4
	Apport personnel de l'interprétariat informel	parler français permet traitements adaptés												E15				1
		prise en charge non modifiée avec apprentissage langue					E6	E12	E11									3
		expérience d'une situation permet d'accompagner au mieux	E29	E15												E31		7
	Apport personnel de l'interprétariat informel	expérience positive du rôle de traducteur		E26		E20					E15	E6		E18	E15	E30	E11	8
		travail interprète enrichissant									E19							1
		fierté de pouvoir interpréter pour quelqu'un d'autre													E10			1

THEMES	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	nb occurrences
LES C O N S U L T A T I O N S	LE PATIENT MIGRANT ET LES CONSULTATIONS MEDICALES	Accueil médical de la personne migrante	lieux de soins migrants saturés			E4					E32							2
			lieux de soins dédiés			E35												1
			aide associative pour l'accès aux consultations			E34					E3							2
			1ère visite médicale organisée					E1					E9		E13	E2		4
			personnel associatif à l'écoute									E2						1
		Les caractéristiques propres à ces consultations	difficulté accès aux soins quand langue non partagée									E31						1
			recours service d'urgences en 1ère intention			E31												1
			nécessité intervention tiers pour prise de rendez-vous			E5								E12				1
			déplacement nécessaire pour prise de rendez-vous															1
		Prise en charge différente par rapport au pays d'origine	consultation plus simple si motif connu du médecin				E15											1
			1er contact avec la médecine difficile			E3												1
			suivi d'une prise en charge médicale débutée dans pays d'origine									E28						1
			soulagement d'entendre sa langue dans la prise en charge médicale										E1	E17	E9			4
			multiples changements de lieu de vie (tendent suivi difficile)															
		Caractéristiques de la relation médecin patient en général	pas de prise en charge centrée patient			E8												1
			même si prise en charge différente, qualité de soins assurée			E10									E35			2
			consultations pas toujours justifiées			E11								E25				2
			couverture sociale non aidante			E12												1
			décalage entre prise en charge française et pays d'origine								E25	E3	E8		E34			4
LES C O N S U L T A T I O N S	CARACTERISTIQUES DE LA RELATION ENTRE LE MEDECIN ET LE PATIENT MIGRANT	Particularités de la relation face à un patient allophone	relation de confiance entre patient et médecin															6
			rôle de médecin traitant prépondérant			E13	E5	E28	E12				E12					1
			rareté des consultations où le médecin ne comprend pas			E14												1
			importance du 1er contact pour suite prise en charge			E21												1
							E2											
		Attentes du patient migrant vis-à-vis du médecin	importance médecin aidant dans apprentissage															2
			agacement a priori et énervement du soignant				E9		E11									1
			ressources du soignant pour aider les migrants				E7											1
			adaptation consultation par médecin						E13									1
			médecin tente de s'adapter			E29												1
			compréhension approximative de la situation								E11							1
			incompréhension difficile à vivre pour les deux partis									E28						1
			risque d'erreur diagnostic en cas de traduction infidèle			E27	E19				E16	E6			E15			5
			médecin du même sexe met plus à l'aise				E10								E5			2
			disponibilité "temporelle" du médecin					E7										1
			médecin doit être patient															1
			médecin a l'écoute facilitant															2
			absence de formation des soignants français à la "langue universelle"									E5		E2				1
			médecin "spécialisé" migrants															1

THEMES	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES	ETIQUETTES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	nb occurrences
C O N S E Q U E N C E S	DIFFICULTES LIEES A LA MIGRATION	Souffrance du patient migrant	incompréhension frustrante	E3							E6	E7							3
			handicapant de n'être pas comprise	E4													E2		2
			peur de déranger	E5															1
			être en souffrance face aux différences culturelles	E6													E3		2
			souffrance psychologique	E17			E26												2
			méconnaissance de la langue à l'origine d'un isolement	E20															1
			entendre sa langue pour soutenir moralement	E21				E9											2
			présence permanente du français vécu comme une persécution	E22															1
			impossibilité à obtenir de l'aide à l'origine d'une souffrance morale	E24					E5							E1			2
			infantilisée car ne parle pas langue, dépendance			E6	E33 E20	E1											5
S U B J E C T I V E S	CONSEQUENCES DE LA MECONNAISSANCE DU Français	Nécessité de s'adapter	sentiment de honte secondaire méconnaissance français			E32	E13							E22			E4		2
			vécu difficile de l'isolement																2
			sentiment d'être démunie	E1											E7				2
			adaptation difficile à vivre			E1	E6								E2				3
			se débrouiller dans la vie quotidienne	E2	E2			E19	E3	E8					E3		E17		7
			la technologie aide à s'adapter		E22														1
			être en capacité de s'adapter	E16															1
			l'évolution naturelle tend vers l'adaptation		E3														1
			adaptation personne dépendante			E13													1
E N C O U R A G E			migration non choisie			E40				E14				E27	E24		E1	E1	6
			méconnaissance français empêche emploi													E16			1
			emploi aide à l'apprentissage rapide du français											E23	E20				2
			déscolarisation obstacle à l'apprentissage								E3								1
			présence tiers nécessaire en permanence													E13			1
			entraide entre migrants									E13		E4		E9	E10		4
			obligation de faire confiance aux inconnus											E33	E5		E11		3
			solidarité communautaire prépondérante	E28															1
C O N S E Q U E N C E S			difficulté à comprendre le système de soins				E1												1

5. La charte de l'interprétariat médical et social en France (extrait)

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France

adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les associations signataires de la présente charte s'engagent

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

6. Le guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes (extrait)

A MOTS OUVERTS

Comment travailler avec un interprète?

Les points-clés de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes*

1. Avant l'entretien

Préparation.	Préparez chaque entretien bilingue avec l'interprète avant de voir le patient.
Contenu.	Informez l'interprète de l'objectif de la consultation, de ce que vous désirez en tirer et des sujets à soulever.
Rapports.	Précisez quel genre de collaboration vous désirez avoir avec l'interprète.
Traduction.	Expliquez ce que vous attendez de l'interprète en termes de traduction: Traduire au plus près ce que dit le patient. Traduire au plus près ce que vous dites au patient. Demander à l'interprète de relever le poids affectif des mots choisis tant par le patient que par vous-même.
Culture.	Renseignez-vous auprès de l'interprète au sujet des aspects culturels à respecter dans le contexte de la consultation.
Confidentialité.	Informez l'interprète qu'il est soumis au secret de fonction.
Temps.	Prévoyez suffisamment de temps. Indiquez à l'interprète la durée prévue de la consultation.
Administration.	Clarifiez les questions administratives.

2. Début de l'entretien

Présentation.	Présentez-vous et présentez l'interprète au patient. Expliquez son rôle et dites qu'il est soumis au secret de fonction.
---------------	--

* Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes A mots ouverts édité par Alexandre Bischoff et Louis Loutan, Genève, 1998. Pour l'obtenir, contacter l'Unité de médecine des voyages et des migrations, tél. 022 372 96 10, fax 022 372 96 26.

Accord.	Demandez l'accord du patient quant au choix de l'interprète.
Regard.	Regardez le patient et non l'interprète.
Disposition.	L'arrangement des sièges en triangle aide à clarifier les rapports: médecin et patient peuvent se regarder directement. Adressez-vous directement au patient, à la deuxième personne: «Avez-vous mal?» et non «A-t-il mal?».

3. Pendant l'entretien

Patience.	Soyez patient. Une traduction précise oblige parfois l'interprète à utiliser quelques phrases explicatives supplémentaires.
Simplicité.	Utilisez un langage simple. Posez des questions courtes et faites des commentaires brefs. Evitez le jargon professionnel. Assurez-vous que l'interprète connaisse les termes cliniques et médicaux que vous utilisez.
Compréhension.	Assurez-vous régulièrement que le patient a bien compris et que vous aussi vous avez bien compris! Gardez le contrôle de la conduite de l'entretien. Encouragez le patient à poser des questions et à prendre la parole.
Observation.	Profitez des instants où vous ne parlez pas pour observer le patient, être attentif à ses émotions, à ses gestes ou à sa posture.

4. Après l'entretien

Résumé.	Passez brièvement en revue la consultation, enquêtez-vous des impressions de l'interprète.
Echange.	Prévoyez un moment d'échange avec l'interprète après l'entretien. Si l'entretien a porté sur un sujet sensible ou douloureux, soyez attentif à l'effet produit sur l'interprète. Proposez-lui d'en parler s'il le désire. Inscrivez dans le dossier médical que vous avez eu recours à un interprète. Notez aussi son nom, téléphone, adresse.

7. Tableau extrait de Gadon et al/ représentant les avantages et inconvénients des différents types d'interprétariat vus par les médecins

Table 2. Perceptions of Language Access Services Most Frequently Used in Small Physician Practices

Type of Interpretation/translation	Perceived advantages	Perceived disadvantages
Family/friends (ad hoc)	Most readily available	Breaches confidentiality, privacy
	Cost-free	Do not interpret all information
	Familiar with patient, language, culture	May not be accurate
Nonclinical bilingual staff		Some are inappropriate for some health issues (e.g., child)
		Increase liability, especially for informed consent
	Available in some communities	Not available in some communities
	No relationship to patient	Conflicts with their other work
	Can interpret some administrative functions	Not always available
		Not medically trained
Clinical bilingual staff		May not be accurate in interpreting
		Only one non-English language
	Available in some communities	Not available in some communities
	No relationship to patient	Conflicts with their other work
	Medically trained and familiar with doctor's process	Not always available
	Can be cost-efficient	May not be accurate in interpreting
Bilingual physicians		Only one non-English language
	Most effective and efficient	Few available
	Best if physician is also bicultural	Load can overwhelm the bilingual physician
Professional interpreters (in person)	Can build a specialized business	Can create load imbalance with colleague practitioners
	More complete than family/friends	Cost
	More accurate than family/friends	Pay for time beyond actual visit (travel, waiting)
Telephonic interpreting	Different languages available	Interpreter may not be reliable
		No check on quality, accuracy
		Know medical terms? HIPAA compliant? Provider unaware of it
	Many languages available	
	May know medical terms	Provider unfamiliar with it
	Fast to access interpreter	Cost
	Objective/professional	Lengthens visit
		Rooms lack phone jack, multiple phones
		Inconvenient: passing phone between physician and patient
		No patient body language
		May not know dialect

Vu, le Président du Jury,

Vu, les Directrices de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté

« Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales : entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français »

RESUME

Introduction : La prise en charge des patients migrants et/ou des patients non francophones est un sujet peu abordé lors de la formation initiale des médecins généralistes. L'intérêt de l'interprétariat professionnel lors de consultations médicales a été démontré, à la fois sur des critères éthiques, qualitatifs et économiques. L'objectif de l'étude était d'évaluer le ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales en soins premiers et d'en tirer les pistes pour la mise en place d'un réseau d'interprétariat en médecine ambulatoire.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée entre février et juillet 2016 auprès de 16 patients migrants allophones parlant désormais français. Analyse inductive des verbatim obtenus par chacune des deux chercheuses pour permettre la triangulation des données.

Résultats : Si les patients migrants sont conscients des difficultés de communication qui résultent de la méconnaissance du français et de l'impact de celles-ci sur les consultations médicales, ils ne plébiscitent pas spontanément les interprètes professionnels pour les aider dans leur parcours de soins. En dehors de certaines consultations particulières, ils se sentent plus en confiance avec des interprètes informels qu'avec un service d'interprétariat professionnel qu'ils connaissent mal.

Conclusion : Pour améliorer la prise en charge des patients allophones en soins premiers, il faut faire connaître et rendre accessible l'interprétariat professionnel auprès des patients ainsi que développer la formation des interprètes et des professionnels de santé. Un réseau d'interprète devrait être développé prochainement sur l'agglomération nantaise. Un travail de thèse pourrait permettre de tester la validité de ce projet.

MOTS – CLES

Patients – Allophones – Soins premiers – Interprétariat – Médecine générale – Migrants - Communication