

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'interprétariat professionnel médical : connaissances et emploi par les
internes de médecine générale**

Étude observationnelle

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 2023 à 16h00
au Pôle Formation
par Maud DESPRES

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Asseseurs :

Madame le Docteur Nathalie DE POUVOURVILLE

Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur Le Docteur Benoît DRION

Avertissement

“ La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. ”

LISTE DES ABREVIATIONS

HAS Haute Autorité de Santé
IC Intervalle de Confiance
LSF Langue des Signes Française
COVID-19 Coronavirus disease 19
INSEE Institut national de la statistique et des études économiques
AME Aide Médicale d'Etat
EBM Evidence Base Medicine
PUMA Protection Universelle Maladie
ISO International Organization for Standardization
ASAMLA Association Santé Migrants Loire Atlantique
APTIRA Association pour la Promotion et l'Intégration des étrangers dans la région d'Angers
ARS Agence Régionale de Santé
URPS Union Régionale des Professionnels de Santé
CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
URPS-ML Union Régionale des Professionnels de Santé
CPTS Communauté professionnelle territoriale de santé
MSL Médecins Solidarité Lille
MDPH Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
PCH Prestation de compensation du handicap
ISM Inter Service Migrants
UASS-LS Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds - Langue des Signes
CHU Centre Hospitalier Universitaire
SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
GHICL Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
RIMES Réseau de l'interprétariat médical et social
CMP Centre Médico-Psychologique
HTA Hypertension Artérielle
STROBE Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology
AIMGL Association des Internes de Médecine Générale de Lille
DPO Délégué de la Protection des Données
MSA Migrations Santé Alsace
COMEDE Comité pour la santé des exilé-e-s

PREAMBULE

Aucun conflit d'intérêt en rapport avec le travail de thèse n'est à déclarer.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	9
INTRODUCTION	11
CONTEXTE	15
1) L'accès aux soins	15
2) L'histoire de l'interprétariat professionnel médical	17
3) Les principes de l'interprétariat professionnel médical	17
4) Le financement de l'interprétariat professionnel médical	19
5) Étude de la pratique des médecins généralistes à Toulouse	22
6) Contacter un interprète professionnel médical dans la région	22
7) Les dispositifs proposant de l'interprétariat médical en France	24
8) L'intervention d'un interprète : en pratique en consultation	26
9) Les raisons du recours à l'interprétariat professionnel en ville	27
10) Proposition d'une brochure pour l'utilisation de l'interprétariat professionnel médical	28
MATÉRIEL ET MÉTHODES	30
RÉSULTATS	34
1) Analyses univariées descriptives	34
A) Démographie des internes de médecine générale répondeurs	34
B) Caractéristiques des consultations avec des patients allophones	35
C) Les moyens de communication avec les patients allophones	36
D) Connaissances sur l'interprétariat professionnel médical	38
E) Usage en consultation de l'interprétariat professionnel médical	40
2) Analyses univariées inférentielles	41
3) Analyses bivariées	41
DISCUSSION	43
1) Analyses des résultats	43
2) Analyses des questionnaires incomplets	44
3) Atouts et limites de l'étude	45
A) Les atouts	45
B) Les limites	46
4) Perspectives	48
CONCLUSION	51
ANNEXES	52
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64

RÉSUMÉ

L'interprétariat professionnel médical : connaissances et emploi par les internes de médecine générale

Contexte

L'accès aux soins des personnes allophones est limité en partie par la barrière de la langue. Cette population représente un nombre non négligeable de patients à prendre en charge, sans distinction de langue ou d'origine. L'interprétariat professionnel est recommandé par la HAS pour franchir cette barrière de façon déontologique. Il semblerait que les médecins généralistes aient peu connaissance de son existence et ne sachent pas comment y recourir, ce qui limite l'essor de l'interprétariat professionnel en médecine générale.

Méthode

En premier lieu, l'élaboration d'un questionnaire sur les connaissances et l'emploi de l'interprétariat professionnel médical par les internes de médecine générale de Lille.

Ensuite, l'élaboration d'une brochure explicative se basant sur une recherche bibliographique et des entretiens avec des professionnels du milieu de l'interprétariat.

Résultats

Ce questionnaire a mis en évidence un défaut de connaissances et de formation des internes de médecine générale de Lille sur le sujet de l'interprétariat professionnel et de la communication avec les patients allophones chez 48,5% des répondants (IC 95% [36.62;67.25]). Il existe un engouement pour la mise en place d'une formation sur le sujet qui serait considérée comme une plus-value pour la formation de médecin généraliste chez 86,8% des répondants (IC 95% [82.65;90.87]).

Conclusion

Le manque de connaissances et de formation des internes de médecine générale de Lille concernant l'interprétariat professionnel existe et peut être à l'origine d'erreurs dans la prise en charge des patients

allophones. Il peut également freiner l'accès aux soins de cette population déjà démunie par la barrière de la langue. La réalisation d'une brochure et la mise en place d'une formation sur le sujet pourraient être une proposition de réponse à cette problématique, permettant une modification des pratiques actuelles.

INTRODUCTION

La définition d'une personne allophone est une personne dont la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve (1).

Cette entité regroupe différentes catégories de personnes, comme les migrants et la population touristique de passage mais également les personnes locutrices de la Langue des Signes Française (LSF).

En France, les migrants représentent 6,8 millions de personnes vivant sur le territoire, soit 10,2 % de la population totale en 2020. En 2018, on dénombrait 89,4 millions de visiteurs étrangers avant la crise sanitaire de la COVID-19, la France étant la première destination touristique mondiale (2).

Ce total représente donc environ 96 millions de personnes d'origine étrangère en France, dont une partie ne pratique pas ou peu la langue française et que l'on peut donc considérer comme allophone.

Concernant les personnes sourdes, on dénombre 300 000 Sourds en 2020, dont 1/3 pratique couramment la LSF (3).

Concernant les départements du Nord et du Pas de Calais, on dénombre selon les derniers chiffres disponibles de l'INSEE, respectivement 182 105 et 38 471 immigrés, soit un total de 220 576 immigrés en 2018 (4).

Concernant la population sourde, dans ces mêmes départements, on dénombre environ 5000 personnes sourdes locutrices de la LSF.

Toujours en 2018, on dénombre pas moins de 24 millions de visiteurs pour la région Hauts-de-France.

Toutes ces populations représentent donc une part importante de patients potentiellement allophones à prendre en charge sur le plan de la Santé dans la région.

Les populations allophones migrantes sont souvent dans des conditions précaires, de par la situation qui a mené à leur migration mais également de par les conditions dans lesquelles elle s'est effectuée (5). Elles représentent une part non négligeable de la population mais également des dépenses de santé (6), comme

nous le montre la part allouée à l'Aide Médicale de l'Etat (AME) permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins qui est de 990 millions d'euros en 2021 (7).

La situation sanitaire des personnes précaires est un sujet de préoccupation, un enjeu de société. Dans un rapport publié le 20 juin 2017 sous le titre « Précarité, pauvreté et santé », l'Académie de médecine fait un état des lieux et des propositions : les migrants y sont identifiés comme l'une des populations qui, parce qu'elles présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, nécessitent qu' "elles bénéficient d'une attention particulière du point de vue médical" (8)(9).

Les problèmes de langue constituent souvent la principale difficulté de prise en charge pour les migrants non francophones et récemment arrivés en France.

Une prise en charge médicale correcte repose sur une bonne compréhension des patients allophones, mais également par une bonne compréhension par ces patients des soins recommandés pour leur prise en charge. Une communication efficace favorise une approche négociée des problèmes entre le médecin et le patient. Elle permet de faire le lien entre une médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine ou EBM) et une médecine centrée sur l'individu.

Dans le cas des patients allophones, cette bonne communication se retrouve bien souvent bloquée par les barrières de communication.

Les barrières de communication sont à l'origine de nombreux problèmes comme le décrit le rapport final de Sarah Bowen intitulé " Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins " (10) : moins bon accès à l'information de santé présente dans la sphère publique, sous-utilisation des ressources en matière de promotion et de l'éducation à la santé, participations plus faibles aux actes de prévention comme les programmes de dépistages nationaux pour les cancers, augmentation des consultations pour des problèmes médicaux non urgents, limitation de l'accès aux services de santé mentale, augmentation du risque d'erreurs de diagnostic, des problèmes de compréhension et d'observance du traitement, mais également augmentation du risque d'événements indésirables.

Il existe différentes méthodes pour communiquer avec une personne allophone et rompre ces barrières, telles que décrites par le référentiel sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé de la Haute Autorité de Santé (HAS):

- des tiers non formés à l'interprétariat mais maîtrisant, à des niveaux variés, les deux langues impliquées dans la communication : les professionnels de proximité (personnel de l'hôpital ou Interprète Ad Hoc), entourage du patient ou Interprète Informel (accompagnant), parfois même d'autres patients se trouvant à proximité. Bien qu'utile et nécessaire en l'absence d'interprète professionnel, le recours à ces tiers non formés participe à l'émergence de doutes quant à la qualité réelle de la traduction ;
- Le recours à une langue tierce, parlée de façon commune par le professionnel et par le patient ;
- L'utilisation d'outils : des ressources visuelles comme les pictogrammes, des mimes, des sites de traduction en ligne et des applications pour smartphones, des lexiques, des questionnaires et consignes traduits en différentes langues;
- L'interprétariat professionnel (11).

Dans le but de permettre un meilleur accès aux soins, l'interprétariat professionnel est la solution recommandée par la HAS pour la prise en charge des patients allophones. Il favorise l'égalité et la non-discrimination dans l'accès aux soins et contribue à la qualité des soins proposés.

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. Il garantit, d'une part, aux patients les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical (12).

Malgré la recommandation par la HAS de l'emploi de l'interprétariat professionnel, il semble que ce système soit peu utilisé, notamment en ambulatoire. En effet, en milieu hospitalier, la charte du patient hospitalisé (13) recommande son utilisation, alors que le milieu ambulatoire ne dispose pas de texte de référence à ce sujet.

Ce manque d'utilisation viendrait en partie d'une méconnaissance du système selon une étude effectuée auprès des médecins généralistes de Toulouse en 2014 (14).

Qu'en est-il à Lille concernant les internes de Médecine Générale ? Quelle est la pratique des internes de médecine générale sur l'utilisation d'interprètes professionnels à Lille face aux patients allophones ? La formation des médecins généralistes à Lille aborde-t-elle cette question ?

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive transversale déclarative par questionnaire sur l'ensemble de la population des internes de médecine générale de Lille. Nous présenterons dans un premier temps les différentes étapes de l'étude puis les résultats qui seront discutés à partir de la littérature déjà existante.

CONTEXTE

1) L'accès aux soins

L'accès aux soins des individus, indépendamment de leur statut, de leur sexe et de leur origine, ou d'une particularité physique, est un droit fondamental prôné dans toutes les conventions, les chartes, les traités et les normes juridiques au niveau international et au niveau français (15).

Parmi ces conventions on peut citer la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 qui déclare un "droit à la protection de la santé des individus" en lui accordant un caractère universel. Elle énonce également dans son article 22 que "toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale(...)" et dans son article 25 que "toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux (...)" (16).

Dans le droit français, notamment dans la constitution de 1958, l'accès aux soins est également évoqué : "La Nation garantit à tous [...] la protection de la santé" (17).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits et obligations des usagers du système de santé quant à elle, a inscrit ce droit à la santé et à l'accès aux soins dans le code de la santé publique et pose également dans le chapitre préliminaire à l'article L1110-3 le principe de non-discrimination dans l'accès aux soins. En effet, l'article dispose qu' "aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins" (18).

Concernant les personnes migrantes, différentes aides financières existent pour faciliter cet accès aux soins avec notamment:

- l'AME : dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins.

- la PUMA : garantit à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie (19).
- La complémentaire santé et solidarité : si le patient bénéficie de l'assurance maladie et que ses revenus ne dépassent la limite maximum de ressources (20).

Concernant l'accès aux soins des personnes handicapées, notamment pour les personnes sourdes ou muettes, locutrices ou non de la LSF, il est régi par la loi handicap du 11 février 2005.

Elle précise que "constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant". Par ailleurs, l'article 41 de cette même loi énonce que l'accessibilité est due "à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique" (21).

La notion d'accès aux soins recouvre classiquement 3 critères que sont :

- L'accessibilité physique, c'est-à-dire un accès de proximité aux différents services de soins de santé. Il s'agit également de veiller au respect des droits du patient : respect de sa dignité, secret professionnel, équité dans l'accès aux soins etc.
- L'accessibilité financière, qui consiste à analyser la capacité des personnes à accéder aux services de santé sans difficulté financière.
- L'acceptabilité, c'est-à-dire la réalité de l'utilisation des services par les personnes qui en ont le besoin et de la manière dont est organisée l'offre de services (22).

2) L'histoire de l'interprétariat professionnel médical

En France, tout a commencé dans les années 70, grâce à des associations à but non lucratif, engagées dans la promotion de la santé des personnes migrantes.

Pour ce faire, elles ont proposé des services d'interprétariat mis à disposition des institutions sanitaires, sociales, administratives et éducatives.

L'interprétariat en milieu médico-social a émergé comme une spécialité à part, comme l'interprétariat de conférence ou l'interprétariat judiciaire, grâce à la dynamique impulsée par le Critical Link International, un réseau international d'interprètes, initié par une association canadienne. Ce réseau a établi l'interprétariat médical comme mesure pour un égal accès aux droits et à la santé.

Les actions de ces associations se sont professionnalisées au fil des années et ont donné naissance à une charte qui régit de nos jours l'interprétariat professionnel médical, “ la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France”.

3) Les principes de l'interprétariat professionnel médical

La définition de l'interprétariat dans le domaine de la santé a été élaborée par la HAS.

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction (23).

L'interprétariat dans le domaine de la santé est une fonction qualifiée, qui se définit par un référentiel de compétences, un domaine et un cadre d'intervention ainsi qu'un cadre déontologique.

Il intervient en comité restreint et, après avoir écouté en direct un des interlocuteurs, prend la parole à intervalles réguliers pour restituer dans une autre langue ce qui vient d'être dit.

Deux textes clés encadrent l'interprétariat dans le domaine de la santé :

- la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012, qui définit la fonction d'interprète et lui impose un cadre déontologique (24);
- la norme internationale ISO 13611:2014(F) "Interprétation - Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social" - décembre 2014, qui établit les principes de base et les pratiques nécessaires pour garantir des services d'interprétation en milieu social de qualité (25).

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical :

- restitue dans la langue cible le discours exprimé dans la langue source, en termes de contenu, de niveau de langage, d'intention, de tonalité, [...] ;
- retranscrit avec exactitude – autant que possible – les nuances et les émotions du discours;
- veille à la compréhension entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits ;
- utilise des compétences non seulement linguistiques, mais aussi interculturelles ainsi que des connaissances spécifiques aux principaux champs d'intervention (11)(26).

Les grands principes déontologiques s'appliquant à l'interprète dans le domaine de la santé sont la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des personnes.

L'interprète dans le milieu de la santé a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au secret professionnel de la même manière que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.

Il exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale aux différents protagonistes et n'a pas pour but d'avantager une partie au détriment de l'autre.

La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la

prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical.

Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible. Le recours à un interprète issu de la famille, et tout particulièrement les enfants, du voisinage ou de l'entourage immédiat, risque de méconnaître le droit du patient au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

4) Le financement de l'interprétariat professionnel médical

Actuellement dans la région du Nord-Pas-de-Calais, il n'existe aucun dispositif de financement pour l'interprétariat professionnel médical pour les patients allophones, exception faite du cas de la personne sourde ou malentendante.

En France, il existe plusieurs associations régionales qui ont été créées pour faciliter l'accès aux soins des personnes allophones, notamment Migration Santé Alsace (MSA) pour la région Grand Est, Mana à Bordeaux et pour les Pays de la Loire, ASAMLA à Nantes et APTIRA à Angers.

Ces associations bénéficient d'accords de financement entre leurs ARS respectives et des URPS des médecins libéraux locaux, via des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Dans la plupart des expériences sus-citées, le recours à l'interprétariat est « gratuit » pour le médecin qui y fait appel. Pour bénéficier du service, le médecin doit faire part de sa demande d'adhésion au dispositif auprès de l'URPS-ML qui lui communique, en retour, le mode d'emploi : prise de rendez-vous par téléphone ou par mail pour les interventions en présentiel et appel au moment du besoin de recours par téléphone avec communication d'un code utilisateur pour l'interprétariat téléphonique. Il est également gratuit pour l'utilisateur.

En pratique, un rapport de 2018 nommé “modèle économique de l’interprétariat linguistique en santé” a évoqué des hypothèses de financement de cet interprétariat, pour une extension au niveau national, en se basant sur des expériences menées dans plusieurs régions de la France (27).

Après avoir évalué les avantages et inconvénients des différents scénarios, la mission considère qu’un financement dédié dans le cadre d’enveloppes fermées est la solution la plus simple, la plus rapide de mise en œuvre et la plus adaptée à l’accompagnement d’un dispositif nouveau à l’échelle nationale et porteur par conséquent de fortes incertitudes.

S’agissant de la médecine de ville, le recours à un fonds associé à une gestion directe des achats de prestations par l’Assurance Maladie apparaît comme la solution la plus adaptée, les URPS n’ayant pas vocation à assurer cette mission et la capacité des futures CPTS à prendre en charge cette mission étant à ce jour incertaine et probablement peu réaliste au regard de leur taille et des missions prioritaires qui seront les leurs en matière de coordination des soins. La gestion directe par l’Assurance maladie permettra en outre de gérer, en tant que de besoin, l’extension aux différentes professions médicales.

A ce jour, aucun projet de financement n’a été établi. C’est une problématique conduisant à une disparité d’accès à ce service et à la précarité des interprètes professionnels.

Il est attendu une amélioration de l’équité dans l’accès aux services d’interprétariat et une plus grande visibilité des enveloppes attribuées à l’interprétariat dans le domaine de la santé.

Il existe des initiatives au niveau régional qui essaient de mettre en place un réseau d’interprétariat, notamment menées par MSL Médecins Solidarités Lille. Des discussions auprès de l’ARS Hauts-de-France et les URPS-ML locales sont en cours.

Concernant les locuteurs de la LSF, chaque sourd peut avoir une reconnaissance de la MDPH pour obtenir la PCH ou prestation de compensation du handicap (28).

Ce n'est pas une allocation au montant fixe. Il s'agit d'une allocation destinée à dédommager les demandeurs d'un certain nombre de frais occasionnés, régulièrement ou ponctuellement, par la situation de handicap et à compenser les surcoûts générés par la perte d'autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne du fait du handicap.

Cette aide est basée sur le degré d'autonomie, les ressources, l'âge et le lieu de résidence de la personne qui en fait la demande.

Si l'accès à la prestation de compensation du handicap n'est pas soumis à conditions de ressources, ces dernières sont pourtant prises en compte pour déterminer le taux de la prise en charge de la PCH. Une participation fonction du niveau de ressources est donc laissée à la charge du bénéficiaire.

En plus des droits à compensation prévus dans l'attribution de la PCH, un forfait d'aide humaine est accordé, sous conditions, aux personnes en situation de handicap auditif.

Il existe un forfait surdité qui s'adresse aux personnes atteintes d'une surdité sévère, profonde ou totale et qui ont recours à un dispositif de communication adapté nécessitant une aide humaine (29). Elles bénéficient, au titre de leurs besoins de communication, d'un forfait d'aides humaines de 30 heures par mois, sur la base du tarif "emploi direct", d'environ 424,32 € par mois. Cette somme peut évoluer.

Pour bénéficier de ce "forfait surdité", il faut remplir les conditions d'accès à la PCH et :

- avoir une perte auditive moyenne supérieure à 70 dB,
- dépendre d'un système de communication adapté nécessitant une aide humaine.

Elle peut ainsi être utilisée pour dédommager un membre de sa famille qui accompagne la personne dans ses démarches, salarier une personne qualifiée par le biais de chèques emploi service, ou encore faire appel à un prestataire de service dont notamment les interprètes en LSF.

En pratique, le montant horaire de ces prestataires oscille entre 60 et 100 euros de l'heure, tarif qui varie en fonction de l'interprète. Cette PCH permet donc en moyenne d'avoir accès à 3 heures d'interprétation par mois, pour la santé mais aussi pour des aides sociales, judiciaires etc.

5) Étude de la pratique des médecins généralistes à Toulouse

Un travail de thèse portant sur l'évaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient allophone à Toulouse (14), par le Docteur Chaaban, fait état d'un manque de connaissance du service d'interprétariat médico-social avec 68% des répondants affirmant n'en avoir jamais entendu parler. 91% des répondants déclaraient n'avoir jamais reçu de formation sur l'utilisation de ce service durant leur cursus initial de médecine générale ou leur formation continue. 71% pensaient qu'une formation leur serait utile.

Ces réponses ont été obtenues par la réalisation d'un questionnaire de thèse qui a été diffusé de janvier à mars 2014.

Qu'en est-il 8 ans plus tard à la faculté de médecine générale de Lille ?

6) Contacter un interprète professionnel médical dans la région

Il existe plusieurs associations d'interprétariat qui proposent des services de traduction dont notamment ISM interprétariat à Paris, qui est la principale association actuellement à pouvoir proposer de l'interprétariat en cabinet de médecine générale au niveau national et pour la région Hauts-de-France. L'interprétariat peut être physique, téléphonique ou télévisuel au niveau national, il reste possible en téléphonique ou télévisuel au niveau régional.

Pour les contacter, il est possible de les joindre par téléphone au 01 53 26 52 50 ou par mail au contact@ism-mail.fr (30).

Concernant la LSF, il existe différents dispositifs au niveau national et régional.

Au niveau national, il existe une série d'Unité d'Accueil et Soins pour Sourds- Langue des Signes ou UASS-LS, réparties sur le territoire, qui offrent un accès aux soins en LSF dans un hôpital local, souvent un CHU, grâce à la circulaire N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à

l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (31).

L'UASS-LS prend en charge toute personne sourde pour des soins de santé primaire. L'équipe est pluriprofessionnelle. L'accueil est assuré par un personnel paramédical qui s'exprime en langue des signes française. Toutefois toute personne sourde peut s'adresser à l'unité quelle que soit l'intensité de sa surdité et quel que soit son mode de communication. L'unité prend en charge tout type de symptômes et de pathologies, tout en facilitant les liens avec le médecin traitant selon la volonté du patient.

Toutes les consultations ont lieu en langue des signes française par l'intermédiaire d'un interprète professionnel indépendant. Si nécessaire, l'unité organise les soins au sein du CHU pour des consultations et un suivi spécialisé. L'unité travaille en étroite collaboration avec les structures sanitaires et sociales impliquées dans les soins aux sourds et sert de relais à la formation des professionnels impliqués dans les soins aux personnes sourdes.

Le Nord Pas de Calais dispose de sa propre UASS-LS, mais sa vocation régionale ne pouvant être respectée que moyennant l'implantation d'accès décentralisés, les CH d'Arras, Dunkerque et Valenciennes ont été associés à l'unité lilloise pour ainsi former le Réseau Sourds et Santé (32)(33)(34). L'intégration en réseau de santé s'est imposée, associant le SAVS Sourdmédia et la Fédération Nationale de Sourds de France qui représente les usagers. L'URPS s'est associée, permettant l'accompagnement chez les médecins libéraux, dans le respect strict du libre choix.

Dans la région, les personnes locutrices de la LSF peuvent donc bénéficier d'une aide de la part du réseau, qui prend en charge les frais d'interprétation. Les interprètes du réseau sont soit salariés de l'hôpital, soit leur rémunération est prise en charge via des conventions avec le GHICL (35). Le réseau assure un accompagnement psycho-médico-social, par des professionnels sourds et entendants. Il permet la prévention et les soins de santé pour les sourds, au même titre que pour chaque citoyen. L'ensemble du dispositif se positionne comme une interface, entre le système de soins de droit commun et les patients sourds.

Le réseau dispose de différentes antennes que sont Lille, Valenciennes, Arras et Dunkerque.

SAVS sourdmédia, financé par le Conseil Départemental du Nord, fournit également une aide en LSF (36). Il réalise une évaluation des besoins et des capacités d'autonomie, une identification de l'aide à mettre en oeuvre et la délivrance d'informations et de conseils personnalisés, un suivi et une coordination des actions des différents intervenants et une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale.

7) Les dispositifs proposant de l'interprétariat médical en France

Nous vous proposons un classement de ces associations du Nord au Sud:

- Inter Service Migrant EST (ISM EST) à Metz;
- Inter Service Migrant (ISM), créée en 1970, implantée à Paris;
- Migration Santé Alsace (MSA) à Strasbourg, créée en 1975;
- Réseau Louis Guilloux à Rennes, créé en 2006;
- Association pour la promotion et intégration région Angers (APTIRA) à Angers;
- Santé Migrants Loire Atlantique (ASAMLA) à Nantes, créé en 1984;
- Inter Service Migrant – Centre d'Observation et de Recherche sur l'Urbain et ses mutations (ISM-CORUM), à Lyon;
- Association Dauphinoise Accueil Travailleurs Etrangers (ADATE) à Grenoble, créée en 1974;
- Association MANA à Bordeaux;
- Conseil et Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations (COFRIMI) à Toulouse, créée en 1992;
- Inter Service Migrant Méditerranée (ISM MED) à Marseille;
- Osiris interprétariat à Marseille.

En 2019, un réseau d'interprétariat est né, RIMES, visant à renforcer la qualité des services d'interprétariat professionnel en France dans les domaines médical, social, administratif et éducatif, et à faire reconnaître l'importance de l'interprétariat professionnel pour des parcours d'intégration réussis et pour l'égalité d'accès aux droits (37).

Pour ce qui est de la Langue des Signes Françaises, on trouve du Nord au Sud (38):

- Le Réseau Sourds et Santé, à Lille;
- L'Unité d'Information et de Soins des sourds à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris;
- L'Unité Fonctionnelle Surdité et Souffrance Psychique de Paris;
- l'Unité Thérapeutique Enfance et Surdité du GH Nord-Essonne;
- L'UASS-LS de Rennes, qui dispose également d'une antenne à Brest;
- L'Unité Régionale d'Accueil et de Soins pour Sourds et Malentendants de Nancy;
- L'UASS-LS de Strasbourg;
- L'UASS-LS de Nantes;
- Le Réseau Sourds et Santé Bourgogne de Dijon;
- L'UASS-LS du CHU de Poitiers;
- Le CMP Signes du CH Henri Laborit de Poitiers;
- L'UASS-LS de Clermont-Ferrand;
- L'UASS 74, à l'Hôpital Annecy Genevois;
- L'UASS-LS de Lyon;
- Le Centre de Consultation et d'Orientation Psychiatrie et Surdité   Saint Cyr;
- L'UASS-LS de Chambéry, en Savoie;
- L'UASS-LS 42 de Saint Etienne;
- L'UASS-LS de Grenoble;
- L'UASS-LS de Bordeaux;
- L'UASS-LS de Toulouse;
- L'UASS-LS de Montpellier;

- L'UASS-LS de Nice.
- LsfMed à Marseille;
- L'Unité d'Accueil Somatique et l'Unité Ambulatoire Surdité et santé Mentale Méditerranée de Marseille;

8) L'intervention d'un interprète : en pratique en consultation

Avant l'entretien

En amont de l'entretien, un temps d'échange entre l'interprète et le médecin est essentiel. Ce temps d'échange a pour but d'informer l'interprète sur le motif de la consultation et les objectifs prévus lors de l'entretien. Cela permet à l'interprète de s'approprier le contexte précis, préparer les termes techniques à mobiliser et de gérer ses émotions pour rester stable dans la traduction.

Au début de l'entretien

Les étapes clefs du début de l'entretien sont les suivantes :

- le médecin présente l'interprète au patient et explique brièvement le cadre d'intervention de l'interprète afin de créer un climat de confiance,
- Il invite l'interprète à exposer le cadre déontologique de sa fonction. Cela favorise l'instauration d'un climat de confiance et rassure les parties quant à la confidentialité de l'entretien et le secret professionnel, la fidélité de la traduction, l'impartialité de l'interprète.

Par ailleurs, le patient a le droit de refuser l'intervention de l'interprète, quelles que soient ses raisons. Le consentement du patient est un prérequis à l'intervention de l'interprète.

En pratique, il est recommandé, dans la mesure du possible, d'opter pour une disposition en triangle, en plaquant le patient et le médecin en face-à-face et l'interprète sur le côté pour qu'un contact visuel direct entre les trois intervenants soit possible, tout en respectant l'intimité des personnes ;

Pendant le déroulement de l'entretien, les points suivants sont recommandés :

Le médecin veille à accorder à l'interprète le temps nécessaire pour la restitution de ses propos. La totalité des énoncés est traduite, l'interprète intervient toujours en présence des parties concernées par l'entretien et n'effectue pour aucune des parties des services autres que l'interprétariat.

Le professionnel de santé s'adresse directement au patient, en le regardant.

S'il en ressent le besoin, l'interprète peut demander au médecin et/ou au patient auprès de qui il intervient de préciser leurs propos.

Le professionnel de santé doit laisser à l'interprète la possibilité de s'assurer auprès de l'usager de la compréhension des messages traduits, il doit également éviter au maximum d'utiliser le jargon professionnel ou, le cas échéant, s'assurer de l'expliquer.

Après l'entretien

Un moment d'échange entre le professionnel de santé et l'interprète est recommandé pour :

- discuter du déroulement pratique et technique de l'entretien;
- offrir à l'interprète un temps d'échange, notamment dans le cas d'entretiens émotionnellement difficiles ;
- éviter que l'interprète se retrouve en tête-à-tête avec le patient.

9) Les raisons du recours à l'interprétariat professionnel en ville

La mise en place de financements spécifiques et pérennes pour ce service devrait permettre, selon les parties prenantes, de :

- faciliter l'accès aux soins de façon uniforme et donc réduire les inégalités d'accès mentionnées dans l'état des lieux ;
- réduire des surcoûts liés à la barrière linguistique ;

- inscrire ce type de prise en charge dans un parcours de soins de qualité.

L'interprétariat linguistique médical n'a pas seulement sa place en milieu hospitalier.

Les patients qui consultent en milieu hospitalier nécessitent une poursuite de la prise en charge en ville auprès de généralistes qui doivent pouvoir comprendre la situation et pouvoir interagir avec les patients allophones (39)(40).

Les patients allophones sont aussi sujets aux maladies chroniques nécessitant un suivi rapproché et sur le long terme, qui peut se faire par un médecin généraliste en ville, comme pour la gestion des traitements de l'HTA ou du diabète.

De plus, il est reproché un trop grand nombre de consultations injustifiées ou relevant de la médecine générale aux urgences.

La prévention étant un point phare de la Médecine Générale, si elle était inculquée aux patients allophones, elle pourrait également éviter une présentation aux urgences à un stade tardif de la maladie pour ces patients.

La mise en place en ville de ce genre d'alternatives linguistiques permettrait une meilleure orientation et donc une meilleure prise en charge des patients allophones.

Par ailleurs, le temps de consultation prolongé des professionnels sollicitant un interprète soulève la question de la valorisation de la consultation.

10) Proposition d'une brochure pour l'utilisation de l'interprétariat professionnel médical

Devant l'hypothèse formulée à la réalisation de mon questionnaire de thèse (Annexe n°1) et devant les résultats obtenus à ce questionnaire, nous avons pu réaliser une évaluation des pratiques concernant l'enseignement de l'interprétariat.

Afin de pouvoir condenser les différentes informations au sujet de l'interprétariat linguistique médical professionnel, j'ai créé une brochure dans le but de permettre une compréhension du sujet mais également son emploi rapide grâce à la brochure.

Cette brochure (Annexe n°2) se compose de différentes parties donnant des explications concernant:

- les principes de l'interprétariat professionnel médical;
- les modalités d'emploi en consultation de médecine générale;
- les raisons de son emploi;
- le Réseau Sourds et Santé pour la prise en charge des patients locuteurs de la LSF;
- le coût et les financements de l'interprétariat professionnel médical;
- les moyens de prise de contact avec un interprète professionnel médical.

Cette brochure a été réalisée grâce à une revue de la littérature concernant l'interprétariat professionnel médical dont le Colloque Santé Surdité (41), ainsi qu'à des interviews de plusieurs intervenants clés que sont Emilie JUNG, Directrice de MSA, Alice VONFELT, chargée de développement d'ISM interprétariat, Docteur Marie Laure FRYS, médecin à Médecins Solidarités Lille et Docteur Benoît DRION, médecin coordinateur du Réseau Sourds et Santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive transversale, d'évaluation des connaissances et des pratiques, par questionnaire, réalisée auprès des internes de médecine générale de la faculté de Médecine de Lille Etat.

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les connaissances des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Lille Henri Warembourg sur le principe de l'interprétariat professionnel médical. Les objectifs secondaires de l'étude sont d'identifier un besoin de formation de ces mêmes internes concernant l'interprétariat professionnel médical et la satisfaction lors de l'emploi d'autres techniques de communication auprès des patients allophones.

L'étude se base sur un échantillonnage de la population des internes de médecine générale de Lille. Pour cela, il a fallu déterminer la population à observer selon des critères d'inclusions.

Les critères de sélection étaient:

- être interne en médecine générale;
- être interne des facultés de Lille;

Les critères d'exclusion étaient:

- refus de participation au questionnaire;
- avoir répondu partiellement au questionnaire;
- être interne d'une autre spécialité que celle de la médecine générale;
- être interne d'une faculté autre que celles de Lille.

La méthode d'interrogatoire de la population par questionnaire a été privilégiée pour permettre une standardisation des réponses et donc la reproductibilité du questionnaire, ainsi que pour faciliter son administration et l'analyse de ses réponses.

Le questionnaire a été réalisé sur le site Lime Survey. Il est constitué de 12 à 21 questions réparties en 4 rubriques. La première rubrique permet d'évaluer la démographie de la population répondant au questionnaire. La deuxième rubrique permet d'appréhender la confrontation des internes aux consultations avec un patient allophone. La troisième rubrique a pour but de faire un état des lieux des connaissances sur l'interprétariat professionnel et la dernière rubrique permet d'évaluer le sentiment de besoin de formation sur le sujet.

Il est constitué à la fois de questions fermées et de questions ouvertes.

La rédaction s'appuie sur les lignes directrices STROBE relatives aux études observationnelles (Annexe n°3).

De façon plus précise, le questionnaire a abordé les thématiques suivantes :

- Questions descriptives : caractéristiques des internes de médecine générale inclus dans l'étude ;
- Questions sélectives : critères d'inclusion ;
- Caractéristiques des patients reçus par les internes inclus dans l'étude ;
- Statut linguistique des internes ;
- Recours aux interprètes pendant la consultation ou en hospitalisation ;
- Moyens de communication en l'absence d'interprète ;
- Freins à l'utilisation d'interprète professionnel de façon générale ;
- Formation des internes de médecine générale sur la question de l'interprétariat professionnel.

Cette étude s'est déroulée sans financement. Le travail de recherche s'est déroulé d'avril 2021 à avril 2022.

Le questionnaire a été diffusé pour la première fois le 30 janvier 2022.

Pour atteindre le plus d'internes répondants possibles, nous avons utilisé différents moyens de diffusion: diffusion du lien du questionnaire sur les réseaux sociaux de l'Association des Internes de Médecine Générale de Lille (AIMGL) et utilisation de la mailing de ses adhérents.

Nous avons réalisé une relance du questionnaire par le biais des réseaux sociaux pour augmenter le taux de participation au questionnaire.

Le message de diffusion était le suivant : “Bonjour à toutes et à tous, dans le cadre de ma thèse j’aimerais vous partager ce questionnaire sur les connaissances des internes de Lille sur l’interprétariat professionnel. Le questionnaire est court (maximum 21 questions), il ne vous prendra pas plus de 5 minutes et votre participation m’aiderait beaucoup.

lien : <https://interpretariatpro.limesurvey.net/678855?lang=fr> Merci par avance pour votre participation !”

Concernant les aspects légaux et éthiques de cette recherche, une demande de déclaration des traitements des données personnelles a été effectuée auprès du Service de Protection des Données de l’Université de Lille. Celle-ci a été acceptée au regard de la Loi informatique et libertés. Sa référence au niveau registre DPO est 2021-317. De plus, s’agissant d’une évaluation des pratiques professionnelles et pédagogiques, la recherche est hors loi Jardé et l’avis d’un Comité de Protection des Personnes, tout comme l’avis d’un comité d’éthique n’est pas requis.

La récolte des données n’a été effectuée qu’une fois la fiche de thèse validée par le comité de la faculté et après validation par le délégué à la protection des données de la conformité au regard de la loi informatique et libertés.

Nous avons anonymisé les résultats lors de l’exploitation des données grâce au site LimeSurvey. Nous avons informé les internes de médecine générale avant et pendant l’enquête, du respect de l’anonymat, en rapport avec la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, qui stipule que chaque individu a un droit à l’information, un droit d’opposition, un droit d’accès et un droit de rectification.

Aucun conflit d’intérêt n’est à signaler.

Nous avons mis fin au recueil de données le 1er avril 2022. Celui-ci s’est réalisé directement sur le site internet LimeSurvey, par extraction des données en format pdf.

Nous avons procédé à l'analyse statistique descriptive de la population étudiée, notamment lors des questions fermées, ainsi qu'à une analyse statistique bivariée concernant certains facteurs qui nous ont paru intéressants à développer.

Pour les analyses bivariées, nous avons utilisé les tests de Chi 2 et de Fisher à l'aide du site [BIOSTATGV](#) et du logiciel R, spécialisés en statistiques.

Concernant l'analyse des questions ouvertes, celle-ci a été réalisée en relevant les thèmes et idées les plus fréquemment évoqués par les répondeurs et en les classant par ordre de fréquence.

Des intervalles de confiance de proportion ont également été calculés pour déterminer les marges d'erreur concernant l'échantillon choisi.

RÉSULTATS

1) Analyses univariées descriptives

Le questionnaire a recueilli un total de 85 réponses dont 68 complètes. Les questionnaires incomplets ont été retirés de l'analyse des données brutes mais seront analysés par la suite pour essayer de comprendre les raisons qui ont pu pousser les internes à ne pas le terminer.

Il y avait au moment de la diffusion du questionnaire, 2 promotions de 199 étudiants et une promotion de 204 étudiants, qui représentaient la population cible du questionnaire, selon le journal officiel de publication des postes à l'internat, soit un total de 602 internes.

On peut donc dire que le questionnaire a été complété dans son entièreté par 11,3% de la population cible.

A) Démographie des internes de médecine générale répondeurs

La population ayant répondu au questionnaire est composée de 51 femmes (75%).

L'âge médian et l'âge moyen des répondeurs est de 26 ans. Le plus jeune répondant avait 23 ans et le plus âgé avait 35 ans.

Une personne a répondu avoir 227 ans, ce résultat a été retiré n'étant pas réaliste et sûrement issu d'une erreur de frappe.

En terme de cursus étudiant, les répondants étaient au moment de la passation du questionnaire pour 23 personnes en 3e semestre (33,8%), 22 personnes de 1er semestre (32,4%), 18 personnes en 5e semestre (26,5%), 2 personnes en 4e et en 6e semestre (respectivement 2,9%) et une personne en 2e semestre (1,5%).

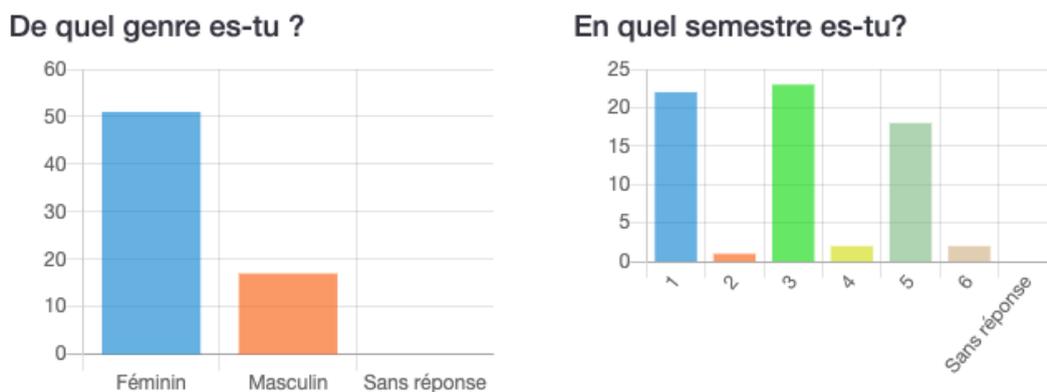


Figure n°1: diagrammes concernant le genre et le semestre des répondeurs

Concernant l'externat, les répondeurs étaient issus de la faculté de Lille état pour 51 d'entre eux (75%). La question étant à réponse ouverte, nous avons rassemblé sous l'étiquette "Lille" les personnes ayant répondu "Lille", "Lille Henri Warembourg", "Lille Public", "Université de Lille" et "Lille Etat". Parmi les autres facultés d'externat représentées, on retrouve également: des externes d'Amiens, de l'université catholique de Lille et de la faculté du Kremlin Bicêtre pour respectivement 2,9%; et des externes de Lyon Est, Nantes, Paris XIII, Paris VI, Paris VII, Rennes, Rouen, Caen, Toulouse et Université de Paris sans précision pour respectivement 1,5%.

B) Caractéristiques des consultations avec des patients allophones

65 répondeurs (95,6%) ont déjà été confrontés à une consultation avec un patient allophone. Seuls 3 internes répondeurs n'ont pas été en contact avec un patient allophone.

62 répondeurs (95,4%) ont rencontré ces patients en milieu hospitalier, 37 répondeurs (56,9%) ont rencontré ces patients en ambulatoire. On constate donc que c'est une situation qui arrive plus fréquemment en milieu hospitalier mais qui peut aussi se rencontrer en ambulatoire, dans une proportion non négligeable.

Les langues les plus fréquemment employées lors des consultations allophones sont par ordre décroissant: L'anglais, l'arabe, le roumain, la langue des signes française et l'espagnol. On retrouve une grande proportion d'anglais avec 56 répondeurs sur 65, d'arabe avec 54 répondeurs sur 65 et de roumain avec 31 répondeurs sur 65.

Quelles étaient les langues employées par les patients lors de ses consultations ?

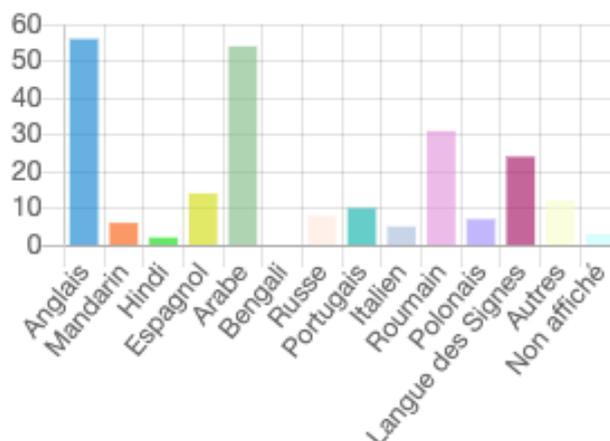


Figure n°2: diagramme représentant la répartition des différentes langues employées

L'item "non affiché" correspond aux personnes qui n'ont pas pu accéder à cette question car ils ont répondu n'avoir jamais été confrontés à une consultation avec une personne allophone.

Les autres langues auxquelles les internes ont été confrontés sont : L'allemand, le néerlandais, le chinois, le cambodgien, le vietnamien, le japonais, un dialecte guinéen, le géorgien, le kurde, le macédonien, l'albanais et le bulgare. Une personne ne connaissait pas le nom de la langue parlée par la personne allophone qu'il a eu en consultation.

C) Les moyens de communication avec les patients allophones

Les moyens de communication les plus fréquemment employés lors des consultations avec un patient allophone sont par ordre de fréquence : l'utilisation d'un interprète informel, une langue annexe connue des deux interlocuteurs, l'utilisation d'un logiciel de traduction, des moyens annexes (type dessin,

mimes,...), l'utilisation de la langue du patient quand elle est connue puis en dernier rang l'utilisation d'un interprète professionnel.

On peut donc constater que seulement 30.7% des consultations avec un patient allophone ont pu bénéficier de l'intervention d'un interprète professionnel.

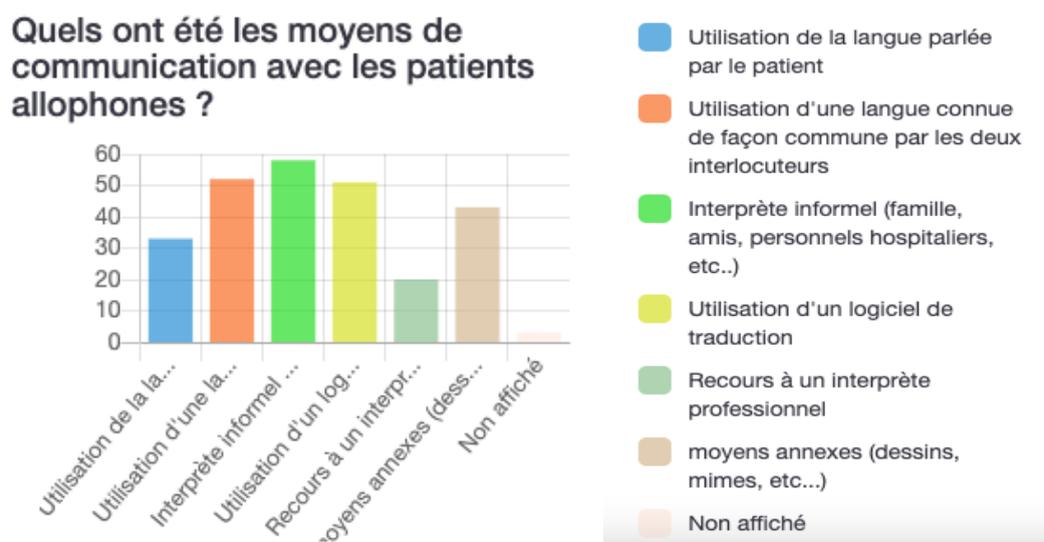


Figure n°3: diagramme représentant les moyens de communication avec les patients allophones

L'usage d'un interprète non professionnel est associé à un risque quel qu'il soit pour 51 répondants (75%).

Selon vous, existe-t-il des risques et des problèmes à l'usage d'un interprète non professionnel ?

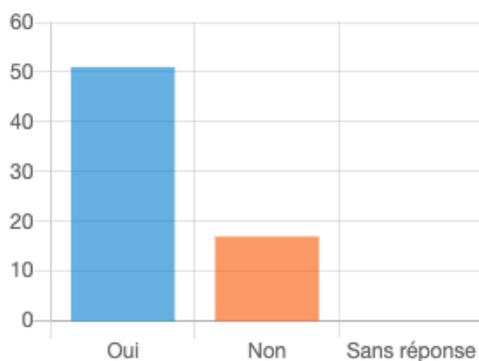


Figure n°4: diagramme représentant l'avis sur l'existence d'un risque à l'usage de l'interprète non professionnel

Les risques qui ont été identifiés de façon libre par les répondeurs sont par ordre de fréquence:

- la rupture de secret médical;
- le risque d'erreur de traduction, de déformation ou de résumé du discours du patient allophone, comme du discours du médecin;
- les conséquences des erreurs de traduction sur la prise en charge du patient;
- la posture délicate pour le patient comme pour le traducteur en cas de sujets tabous;
- l'absence de certitude de la compréhension de la part du patient.

D) Connaissances sur l'interprétariat professionnel médical

Seulement 33 des répondeurs (48.5%) avaient eu connaissance de l'existence et du principe d'interprétariat professionnel avant ce questionnaire.

Parmi les répondeurs ayant connaissance de l'interprétariat professionnel médical, 31 personnes (93.9%) en avaient pris connaissance sur le terrain et 2 personnes (6.1%) par autoformation.

Aucun répondeur n'a donc répondu avoir pris connaissance de l'existence de l'interprétariat ou de son principe lors de sa formation universitaire lors de l'internat ou de l'externat.

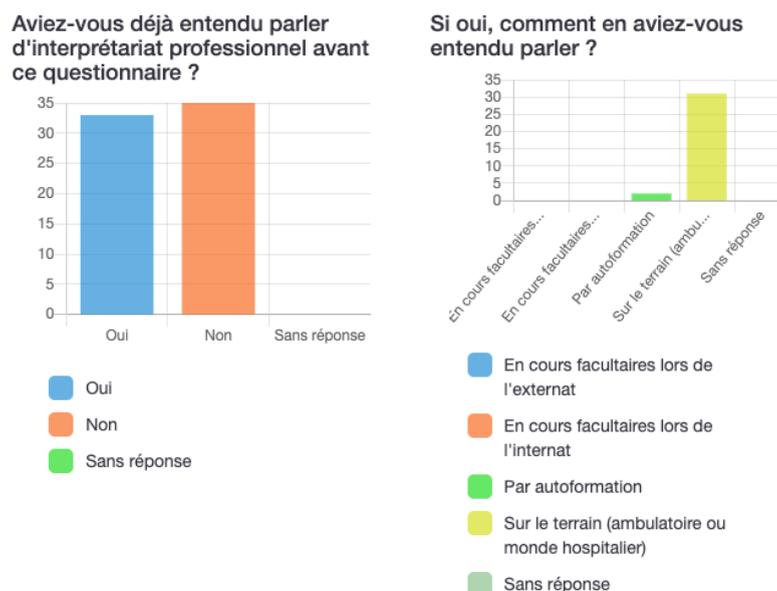


Figure n°5: Diagramme représentant la connaissance antérieure de l'interprétariat professionnel antérieure

45 répondants (66.2%) estiment ne pas connaître les fonctions d'un interprète professionnel médical. Seulement un des répondants (1.5%) estime être en capacité de contacter un interprète professionnel médical pour satisfaire à la relation patient-médecin lors d'une consultation avec un patient allophone.



Figure n°6: Diagramme représentant la connaissance des fonctions et de la prise de contact avec l'interprète professionnel

Les principales attentes concernant les aptitudes de l'interprète professionnel médical selon les répondants sont par ordre de fréquence:

- réaliser l'interprétation des propos des interlocuteurs;
- permettre une bonne compréhension mutuelle des interlocuteurs;
- obtenir une traduction en temps réel permettant un discours fluide et une certaine rapidité dans l'échange;
- permettre une bonne relation médecin-patient;
- maintenir le secret professionnel médical;
- avoir une certitude sur la qualité de la traduction;
- donner des explications au patient ou au médecin;
- ne pas être intrusif dans la relation patient-médecin;
- permettre une meilleure prise en charge et une éducation thérapeutique;
- réaliser l'interrogatoire du patient;
- pouvoir mener une consultation avec les mêmes attentes que pour un patient francophone;

- avoir des connaissances en médecine et sur le déroulé d'une consultation;
- avoir un faible coût;
- se considérer soignant;
- pouvoir approfondir certains sujets avec le patient;
- diminuer les risques liés à une mauvaise compréhension lors de l'échange;
- permettre au patient de se sentir à l'aise comparativement à une traduction via un interprète informel.

59 répondants (86.8%) estiment qu'une formation sur les principes de l'interprétariat professionnel médical et son fonctionnement serait une plus-value pour leur formation médicale.

E) Usage en consultation de l'interprétariat professionnel médical

23 répondants (33.8%) déclarent avoir pu bénéficier d'un interprète professionnel lors d'une consultation avec un patient allophone.

Parmi cette sous population, 22 répondants (95.7%) ont une bonne satisfaction de leur utilisation de l'interprétariat professionnel médical.

Seulement 4 répondants (17.4%) disent avoir été gênés par la présence de l'interprète lors de la consultation.



Figure n°7: Diagramme concernant l'usage de l'interprète professionnel

44 personnes (67.7%) ayant pratiqué des consultations avec des patients allophones sans l'intervention d'un interprète professionnel médical estiment que l'emploi des moyens de communication alternatifs n'était pas satisfaisant pour répondre à la demande du praticien.

2) Analyses univariées inférentielles

Concernant les intervalles de confiance:

- pour le paramètre "avoir entendu parler de l'interprétariat professionnel avant le questionnaire", 48,5% des répondeurs estiment en avoir entendu parler, l'IC à 95% est [36.62;67.25];
- pour le paramètre "connaître les fonctions de l'interprète professionnel", 33,8% des répondeurs estiment connaître ses fonctions, l'IC à 95% est [22.58;45.06];
- pour le paramètre "estimer qu'une formation sur l'interprétariat professionnel serait une plus-value pour la pratique professionnelle", 86,8% des répondeurs estiment qu'une formation serait une plus-value pour leur pratique, l'IC à 95% est [82.65;90.87];
- pour le paramètre "exprimer une satisfaction aux autres moyens de communication que l'interprétariat professionnel", 67,7% des répondeurs estiment ne pas être satisfaits par les autres moyens de communication en l'absence d'interprète professionnel, l'IC à 95% est [56.32;79.06].

3) Analyses bivariées

Concernant les analyses bivariées, nous avons réalisé des tests de Fisher et de Chi 2 (Annexe n°4).

D'après nos tests, il semble qu'il existe une corrélation entre:

- la faculté d'externat et le fait d'avoir entendu parler d'interprétariat professionnel: les internes issus de la faculté de Lille Henri Warembourg ont moins souvent entendu parler d'interprétariat professionnel, $p = 0,02$.

- la faculté d'externat et le fait de penser connaître les fonctions de l'interprète professionnel : les internes de la faculté de Lille Henri Warembourg pensent ne pas connaître les fonctions de l'interprète professionnel, $p = 0,05$.
- l'ancienneté de semestre et le fait d'avoir entendu parler de l'interprétariat professionnel: les plus jeunes semestres ont moins souvent entendu parler de l'interprétariat professionnel, $p = 0,0044$.

DISCUSSION

1) Analyses des résultats

L'analyse des pratiques courantes en stage des internes de médecine générale de Lille confirme qu'il existe un besoin de formation sur les principes et l'usage de l'interprétariat professionnel. Les situations de consultation avec des patients allophones sont fréquentes au cours des études médicales, comme nous avons pu le constater avec 65 internes sur 68 ayant répondu avoir été en contact avec ces patients en consultation.

Ces situations n'ont pas seulement lieu en milieu hospitalier mais le sont également en ambulatoire, et ce pour une part non négligeable. Elles concernent donc bien la médecine générale de ville.

Malgré la recommandation par la Haute Autorité de Santé de reconnaître l'interprétariat professionnel comme le moyen le plus sûr et efficace pour l'interprétation lors des consultations avec les patients allophones, celui-ci reste peu connu des internes, avec seulement la moitié des internes interrogés reconnaissant avoir entendu parler du principe d'interprétariat professionnel au cours de leurs études.

Parmi les répondants ayant connaissance de l'existence de l'interprétariat professionnel, aucun ne l'a été grâce à une formation facultative.

Avoir connaissance de l'existence de l'interprétariat professionnel ne signifie pas avoir des connaissances sur son rôle et ses fonctions, comme nous le montrent les 2/3 des répondants estimant ne pas connaître les fonctions de l'interprète professionnel. Par ailleurs, la mise en pratique en consultation ne semble pas innée car seulement un interne répondant se disait en capacité de contacter un interprète professionnel pour une consultation avec un patient allophone

Ils reconnaissent également un manque d'accès à la formation sur ce sujet, alors qu'ils la verraient comme une plus value à leur formation. Cette étude a mis en évidence que ce manque de connaissance peut être

en lien avec la faculté d'externat d'origine. Ce manque de connaissance a tendance à s'estomper avec l'ancienneté de semestre au cours de l'internat.

L'interprétariat professionnel reste peu utilisé, au profit majoritairement de l'interprétariat de proximité et de l'usage de langues annexes. Cependant, les internes répondants reconnaissent que les moyens de communication annexes restent insuffisants pour satisfaire à la relation patient-médecin et présentent de plus des limites: la rupture du secret professionnel, le risque d'erreurs de traduction et leurs conséquences médicales ainsi que l'absence de certitude de compréhension du discours médical par le patient allophone.

Ce manque de connaissances et de formation sur le sujet semble être un frein à l'utilisation de l'interprétariat professionnel par les internes de médecine générale de Lille.

2) Analyses des questionnaires incomplets

18 questionnaires sont revenus incomplètement remplis.

Le temps moyen au bout duquel les répondants ont arrêté de répondre est de 47,67 secondes. Le temps médian correspondant est de 20 secondes.

Le temps minimal au bout duquel les répondants ont arrêté de répondre est de 0 seconde et le temps maximal est de 5 min et 20 secondes.

On peut donc en conclure que la majorité des personnes ayant commencé à remplir le questionnaire et qui ne sont pas allés jusqu'au bout ont pris l'initiative d'y mettre un terme de façon précoce.

La question après laquelle les répondants ont principalement arrêté de répondre est la question "Dans quelle faculté étais-tu lors de ton externat?", ce qui correspond à la dernière question de la première partie du questionnaire, pour 38,89% des questionnaires incomplets.

4 répondants, soit 22,22% des questionnaires incomplets, se sont arrêtés après la question “Selon vous, existe-t-il des risques et des problèmes à l'usage d'un interprète non professionnel ?”. Cette question correspond à la dernière question de la partie 2.

Seul un répondant est allé jusqu'à la 4e partie sans valider son questionnaire, en s'arrêtant à la question “Si vous avez été confronté à une consultation avec un patient allophone sans interprète professionnel, les moyens employés pour communiquer avec le patient étaient-ils suffisants pour satisfaire la relation patient-médecin ?”.

3 répondants ont passé 0 seconde sur le questionnaire.

3) Atouts et limites de l'étude

A) Les atouts

Le questionnaire a été réalisé de façon conjointe avec le Docteur Drion et d'autres membres du milieu de l'interprétariat professionnel, dont des membres de MSA et MSL, afin de cibler de façon plus précise les éléments importants pour répondre à la question de recherche, mais aussi pour limiter l'influence de la connaissance sur l'interprétariat professionnel qui aurait pu influencer la conception du questionnaire.

Il était disponible sur internet de façon permanente pendant la période de diffusion, ce qui a permis aux personnes souhaitant y répondre de le faire sur leur temps libre, sans que celui-ci lui soit imposé.

Le questionnaire était rempli de façon autonome par le participant via internet, ce qui a permis une reproductibilité indépendante de l'enquêtrice, de part l'absence de possibilité d'influence au cours de la passation du questionnaire.

La présence de questions à réponses ouvertes a permis aux participants de répondre de façon plus libre et d'apporter des points de vue différents et authentiques sur un même sujet. De nouvelles perspectives ont pu émerger de ces discours libres.

C'est la première étude quantitative qui concerne à la fois l'interprétariat professionnel en langue des signes française et l'interprétariat professionnel pour les autres langues. C'est également la première étude quantitative sur le sujet pour les internes de médecine générale, notamment à Lille.

Cette étude concerne un sujet de plus en plus présent dans notre quotidien, comme le montre le nombre d'internes exposés aux patients allophones. Elle permet d'évoquer des problématiques de terrain et de proposer la solution parfois méconnue qu'est l'interprétariat professionnel.

L'élaboration et la passation de ce questionnaire a été à l'origine de la rédaction d'une brochure explicative, validée par plusieurs membres de la communauté de l'interprétariat professionnel.

B) Les limites

Un biais de sélection est possible : Les personnes interrogées l'ont été grâce à l'utilisation des réseaux sociaux et de la mailing de l'Association des Internes de Médecine Générale de Lille (AIMGL), ceci a pu limiter l'accès au questionnaire aux internes de médecine générale n'étant pas inscrits sur ces plateformes ou ne les fréquentant que très peu. De plus, la population étudiée se limitait aux internes de médecine générale de Lille, ce qui a fortement limité le nombre de personnes interrogeables.

Le calcul de la population interrogeable est basé sur une estimation faite à partir des publications au Journal Officiel de l'Internat pour les promotions 2019, 2020 et 2021. Cette méthode de calcul n'a pas pu prendre en compte les variations liées aux changements de filière des internes, à la démission du cursus en cours de formation ou aux possibles décès ayant pu intervenir.

Le nombre approximatif de répondants est de 11,3%, ce qui est correct compte tenu du peu de connaissances des internes de médecine générale de Lille sur le sujet. Cependant, il n'en reste pas moins qu'approximativement 88,7% de la population n'a pas répondu au questionnaire, ce qui représente un biais de sélection. Ceci est en grande partie la raison du manque de puissance de l'étude, qui n'a donc pas pu toujours permettre de mettre en évidence une différence statistiquement significative.

Les données recueillies au cours de l'étude sont basées sur un mode déclaratif. Un biais de sélection de non réponse est probable, les personnes étant intéressées par la question de l'interprétariat professionnel ou de la prise en charge des personnes allophones ont pu répondre en plus grand nombre que ceux qui ne l'étaient pas, du fait de leur plus forte motivation pour le sujet.

Un biais de déclaration est également possible, les répondants ayant pu omettre certains détails de façon consciente ou non, ou parfois répondre au hasard. De plus, l'appréciation du répondant sur ses connaissances et pratiques n'est pas toujours en rapport avec la réalité des faits.

Un certain nombre de questionnaires n'a pas été rempli entièrement, ceux-ci n'ont pas été utilisés pour les calculs statistiques. Un biais d'exclusion est donc possible. Le design du questionnaire en partie sur des pages distinctes a pu être un frein pour les répondants qui craignaient la longueur du questionnaire.

Un biais d'interprétation des résultats est également possible, l'enquêtrice ayant été la seule analyste et interprète des résultats.

Concernant l'usage en consultation de l'interprétariat professionnel, des réponses discordantes ont été retrouvées: 30,7% ont répondu avoir utilisé l'interprétariat professionnel comme moyen de communication avec les patients allophones (question 9), quand 33,8% ont répondu avoir pu assister à une consultation avec un interprète professionnel (question 14).

Après étude des questionnaires discordants, on constate que 3 personnes ont répondu positivement à la question 9 mais négativement à la question 14, et que 6 personnes ont répondu négativement à la question

9 mais positivement à la question 14. Cette incohérence vient peut-être d'un manque de clarté dans la question posée. Certains ont pu assister à une consultation avec leur maître de stage et un interprète sans directement utiliser l'interprète professionnel en consultation en autonomie.

Le questionnaire étant basé sur un mode déclaratif, nous n'avons cependant aucune certitude que les interprètes employés en consultation étaient des interprètes professionnels et non des accompagnants pratiquant les deux langues.

4) Perspectives

Plusieurs travaux précédents dont les thèses des Docteur S. Chaaban et C. Richard font état de la nécessité de la mise en place d'une formation des médecins généralistes au sujet de l'interprétariat professionnel.

Nous avons pu mettre en évidence que les internes de médecine générale de Lille éprouvent également un besoin de formation à ce sujet.

Il serait intéressant d'étendre cette étude aux internes des autres facultés de France, le ressenti sur le sujet n'étant pas forcément universel et uniforme, et les formations dans certaines facultés comportent peut-être déjà des formations à ce sujet.

La préparation au travail de thèse a permis la réalisation d'une brochure sur l'interprétariat validée par plusieurs membres de la communauté de l'interprétariat. Celle-ci pourrait être diffusée aux internes de Médecine Générale pour leur permettre de découvrir de façon rapide et autonome les grands principes de l'interprétariat.

Dans certaines villes de France comme Toulouse, tel qu'il est décrit par S. Chaaban dans sa thèse, un module de formation traitant de l'interprétariat professionnel avait été proposé dans la formation initiale des internes de médecine générale et avait été apprécié, mais ne semble plus d'actualité depuis 2014.

Notre brochure pourrait être un point de départ pour une journée de formation aux internes sur l'accès aux soins qui est un droit principal pour tout être humain. Elle pourrait également être diffusée dans un kit de rentrée aux externes et aux internes de la faculté, pour leur permettre d'être le plus rapidement possible à l'aise dans la communication avec les patients allophones. Une diffusion aux médecins généralistes installés pourrait être envisagée, le sujet de la prise en charge des patients allophones ne se limitant pas aux stages hospitaliers.

Faire intervenir l'interprétariat professionnel et son fonctionnement en milieu universitaire pourrait également être un moyen d'augmenter sa visibilité et par la même occasion, d'augmenter son utilisation. Cette formation permettrait de lever le voile sur les inconvénients et les risques de l'interprétation non professionnelle sur la prise en charge des patients allophones. Cette formation pourrait faire intervenir des interprètes professionnels diplômés pour mettre en relation ces deux mondes professionnels.

Un travail de recherche pourrait également être réalisé dans le but de rechercher l'impact de cette brochure sur la satisfaction des internes concernant leur prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale et rechercher si elle a permis de faire intervenir davantage l'interprétariat professionnel dans ces consultations.

Un gain d'intérêt pour le sujet de l'interprétariat professionnel pourrait être le moteur d'une accélération à son développement et permettre la reprise des discussions concernant son financement auprès du gouvernement et des instances nationales comme régionales, frein majeur à sa démocratisation, comme il en était question avant la pandémie COVID-19 dans le rapport sur le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé d'avril 2019. Le projet d'étendre l'accès à l'interprétariat professionnel au niveau national est notamment porté par le réseau RIMES.

Actuellement dans les hôpitaux, devant l'absence de plan de financement national de l'interprétariat professionnel, des listes de professionnels médicaux et non médicaux s'établissent pour répertorier les

personnes parlant d'autres langues. Ces professionnels sont des "roues de secours" pour l'interprétariat mais ne sont soumis à aucune formation sur les fonctions d'un interprète, aucun secret professionnel et leur niveau de langue n'est également pas vérifié. Ces personnes ne sont également pas rémunérées pour l'aide apportée.

Pour pallier ce manque, des associations locales font également preuve d'imagination pour permettre de maintenir l'accès aux soins, comme notamment le comité COMEDE qui a élaboré des livrets de santé bilingues pour mettre à disposition un support de communication entre migrants et professionnels de santé, en 15 langues différentes (42).

Dans les villes, les médecins généralistes ont tendance à se regrouper en maison pluridisciplinaire mais la faisabilité d'une liste semblable à celle du milieu hospitalier semble compromise. Le temps supplémentaire alloué à la prise en charge des patients allophones et à leur compréhension n'est actuellement pas valorisé par la tarification à la consultation de 25 euros, peu importe la durée de celle-ci. Le coût de l'interprétariat professionnel reviendrait au patient ou au médecin devant l'absence de financement par l'État et les collectivités pour le moment, ce qui peut en freiner plus d'un à la prise en charge des patients allophones, limitant ainsi leur accès aux soins.

CONCLUSION

La prise en charge des patients allophones en médecine générale est courante, notamment dans la région du Nord-Pas-de-Calais. Cette population doit faire face à la barrière de la langue qui est un frein majeur à son accès aux soins, qui est pourtant un droit.

L'interprétariat professionnel médical est un des points clés permettant cet égal accès aux soins des patients allophones et permettant aux professionnels de santé les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du patient et du secret médical.

Au niveau régional, il semble que les sourds soient les personnes allophones les mieux prises en charge et les moins limitées à l'accès aux soins, grâce notamment à la PCH et au Réseau Sourds Santé. Cependant, pour les allophones entendants, il n'existe à l'heure actuelle que trop peu d'options dans la région.

Il a été confirmé au cours de notre étude que les internes de médecine générale de Lille présentent un manque de formation sur le sujet de l'interprétariat professionnel médical. Un besoin de formation sur le sujet a été exprimé par une majorité des internes, notamment de par le manque de satisfaction à l'emploi d'autres techniques de communication lors de la consultation avec un patient allophone.

La brochure sur l'interprétariat professionnel médical pourrait être le point de départ d'une formation. Dans le futur, il serait intéressant d'évaluer son usage auprès des internes de médecine générale de Lille, afin d'évaluer son apport à la formation et à la pratique de la médecine générale auprès des patients allophones, et pourquoi pas y apporter des améliorations.

ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire “l’interprétariat professionnel: connaissances et emploi par les internes de médecine générale”



Bonjour, je suis Maud Desprès, interne de Médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire de recherche scientifique sur les connaissances des internes de médecine générale concernant l’interprétariat professionnel. Il s’agit d’une recherche qualitative ayant pour but d’étudier si un besoin de formation sur ce domaine existe à Lille notamment.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l’étude en répondant au questionnaire. Pour y participer, il faut être interne en médecine générale à la faculté de Lille.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et ne demande que quelques minutes d’attention !

Ce questionnaire n’étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d’exercer ses droits d’accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Aussi, pour assurer une sécurité optimale, les réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Partie A: Qui es-tu ?

Cette partie sert à définir qui tu es.

A1. De quel genre es-tu ?

Féminin

Masculin

A2. Quel âge as-tu?

--	--	--

A3. En quel semestre es-tu?

1

2

3

4

5

6



A4. Dans quelle faculté étais-tu lors de ton externat ?

Partie B: Consultation avec des patients Allophones

Dans une population dont la mixité ne fait que croître, le médecin généraliste est de plus en plus confronté à des consultations avec des patients allophones, c'est-à-dire qui parlent une langue différente de celle du médecin. Ce terme englobe également les patients employant la Langue des Signes Françaises, inconnue d'une grande majorité des médecins généralistes.

Ces consultations peuvent être compliquées à gérer pour le médecin généraliste, et l'interprète professionnel peut être d'une aide précieuse. Selon des études récentes, l'interprétariat professionnel est peu employé, principalement par manque de connaissance sur ses fonctions et ses modalités d'emploi. Qu'en est-il pour vous ?

B1. As-tu déjà été confronté à une consultation avec un patient allophone ?

Oui

Non

B2. Dans quel cadre a eu lieu cette consultation avec un patient allophone ?

Milieu hospitalier

Ambulatoire

B3. Quelles étaient les langues employées par les patients lors de ses consultations ?

Les langues proposées sont un mélange entre les 10 langues les plus parlées au monde et les populations migrantes les plus représentées dans la région.

Anglais

Mandarin

Hindi

Espagnol

Arabe

Bengali

Russe

Portugais

Italien

Roumain

Polonais



Langue des Signes

Autres

B4. S'ils parlaient une autre langue, quelle langue était-ce ?

B5. Quels ont été les moyens de communication avec les patients allophones ?

Utilisation de la langue parlée par le patient

Utilisation d'une langue comme de façon commune par les deux interlocuteurs

Interprète informel (famille, amis, personnels hospitaliers, etc...)

Utilisation d'un logiciel de traduction

Recours à un interprète professionnel

moyens annexes (dessins, mimes, etc...)

B6. Selon vous, existe-t-il des risques et des problèmes à l'usage d'un interprète non professionnel ?

Oui

Non

B7. Si oui, quels sont ces risques ?

Partie C: Connaissances sur l'interprétariat professionnel

Cette partie consiste à mettre en évidence vos connaissances et vos a priori au sujet du rôle de l'interprète professionnel, pour rechercher l'intérêt d'une formation universitaire dans ce domaine.

C1. Aviez-vous déjà entendu parler d'interprétariat professionnel avant ce questionnaire ?

Oui

Non



C2. Si oui, comment en avez-vous entendu parler ?

En cours facultaires lors de l'externat

En cours facultaires lors de l'internat

Par autoformation

Sur le terrain (ambulatoire ou monde hospitalier)

C3. Avez-vous pu assister à une consultation avec un patient allophone accompagné d'un interprète professionnel ?

Oui

Non

C4. Si oui, avez-vous trouvé l'intervention de l'interprète professionnel utile et pratique ?

Oui

Non

C5. Si oui, avez-vous été gêné dans votre pratique par la présence de l'interprète professionnel ?

La présence de l'interprète professionnel a-t-elle été un frein à la relation médecin-patient ?

Oui

Non

C6. Quelles sont vos attentes de l'apport d'un interprète professionnel lors d'une consultation avec un patient allophone ?

C7. Si vous avez été confronté à une consultation avec un patient allophone sans interprète professionnel, les moyens employés pour communiquer avec le patient étaient-ils suffisants pour satisfaire la relation patient-médecin ?

Oui

Non



Partie D: Besoin de formation sur l'interprétariat professionnel

Ma thèse porte sur le besoin en formation sur l'interprétariat professionnel

D1. Pensez-vous connaître les principales fonctions d'un interprète professionnel ?

Oui

Non

D2. Savez-vous comment prendre contact avec un interprète professionnel notamment en ambulatoire ?

Oui

Non

D3. Estimez-vous qu'une formation sur l'interprétation professionnel pourrait être une plus value pour votre pratique professionnelle ?

Sous forme de brochure, de cours ou de vidéos par exemple

Oui

Non

Merci d'avoir participé au questionnaire, votre participation m'est essentielle !

Les résultats seront communiqués dans ma thèse et s'ils t'intéressent, je t'invite à me contacter par mail : maud.despres.etu@univ-lille.fr

Bonne journée

L'interprétariat professionnel médical

L'interprète professionnel exerce en conformité avec une Charte qui l'astreint à :

Fidélité de la traduction

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

Confidentialité et secret professionnel

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

Impartialité

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

Respect de l'autonomie des personnes

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

En pratique, lors d'une consultation

L'interprète professionnel intervient toujours en présence d'un professionnel de la santé ou du social et d'une personne non francophone.

L'interprète médical et social professionnel :

- **traduit** tous les propos énoncés par chacune des parties et les informe de cette règle au préalable,
- **restitue** le sens des propos au plus près des nuances exprimées grâce à l'utilisation de techniques d'interprétariat,
- **respecte** dans sa traduction les différents registres de discours (culturel, social, technique, ...),
- contribue à la **fluidité** de l'entretien en ayant le souci du rythme des échanges,

- Veille à la **compréhension** mutuelle des interlocuteurs.

L'interprète est un professionnel de la traduction orale et non un expert de la culture des personnes migrantes. Il exerce ses fonctions dans une attention « *inter* » culturelle qui lui permet de repérer d'éventuels incompréhensions et malentendus des propos traduits.

Il n'est pas habilité à exercer des fonctions de médiateur social : il n'entre pas dans une quelconque régulation ou conciliation, il garde une posture distanciée.

Pourquoi y recourir ?

L'interprétariat est un **outil d'accès aux droits et aux soins**

Les populations immigrées sont particulièrement exposées à des difficultés de santé ; la précarité de leurs statuts administratifs, les stigmatisations vécues, leur méconnaissance des ressources disponibles, leur difficulté d'expression et de compréhension de la langue française, des craintes et représentations culturelles, ... freinent leur accès aux soins, à la prévention et à la santé.

Pouvoir s'exprimer et comprendre les informations est un prérequis fondamental de l'accès aux droits, et - par ce biais - de l'intégration. Nombreuses études démontrent que les problèmes de communication ont comme conséquences

fréquentes :

- un retard dans l'écoute des personnes et dans la mise en œuvre de procédures d'accompagnement et d'aide,
- un retard dans les soins,
- une prise en charge pouvant être totalement inadéquate (du fait de malentendus qui se prolongent)
- une prise en charge de pathologies plus évoluées, aggravées,
- une survenue d'erreurs médicales plus fréquentes.

La Langue des Signes Françaises (LSF)

Le **Réseau Sourds et Santé** propose un service d'accessibilité aux soins et à la santé pour les personnes sourdes ou malentendantes.

Il propose des **consultations en LSF** pour personnes sourdes, par un médecin généraliste pratiquant la LSF, mais également des consultations avec des spécialistes accompagnés d'un interprète français-LSF. Ce dispositif peut se faire chez tout professionnel de santé de la région (que ce soit dans un cadre libéral, public ou privé).

Le réseau permet la prévention et les soins de santé pour les sourds, au même titre que pour chaque citoyen, de façon **autonome** et dans le **respect** de son intimité.

Des **permanences** médico-sociales et psychologiques sont organisées **chaque**

semaine, sur rendez-vous, par le Réseau dans les centres hospitaliers :

- Saint-Philibert, Rue du Grand But, 59160
- Saint Vincent de Paul, Boulevard de Belfort, 59000
- Arras, Boulevard Besnier, 62000
- Dunkerque, Avenue Louis Herbeaux, 59140
- Valenciennes, Avenue Desandrouin, 59300

Autres lieux de consultations et plannings des permanences sur www.sourds-sante.fr

Coûts et financements

L'interprétariat est totalement **gratuit** pour l'utilisateur.

Des financements publics ou privés assurent le coût des interventions. Ceux-ci sont encore en cours de réflexion dans la région Hauts-de-France.

Pour les sourds, c'est soit la PCH (prestation de compensation du handicap) qui permet de recourir à ce genre de service, soit le réseau qui prend en charge les frais d'interprétation en cas de recours.

Qui contacter ?

- **ISM interprétariat** : 01 53 26 52 62
- Intérprétariat téléphonique (résultats sans rdv, en moins de 2 minutes, 7j/7 et 24h/24, dans plus de 185 langues).
- En visioconférence (sur rdv en semaine, nécessite une connexion Internet et un équipement standard, délai de 24h).
- En physique (Pour les interventions ponctuelles, un délai de 24-48h est nécessaire, selon les langues, pour planifier le rendez-vous).

- [téléphone@ism-mail.fr](mailto:telephone@ism-mail.fr)

• Pour la LSF, le Réseau Sourds et Santé :

- SMS au 06 22 38 85 01 / Appel au 03 20 22 38 03

- Accueil.sourds@ghicl.net

- <https://sante-proximite.ghicl.fr/reseau-sourds-sante/prendre-rendez-vous.html>

Bibliographie

- [Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, du 14 novembre 2012](#)
- <https://www.migrationsante.org/axes-d-intervention/interpretariat/le-metier-de-l-interprete-medical-et-social/>
- <https://sante-proximite.ghicl.fr/reseau-sourds-sante>
- <https://ism-interpretariat.fr/>

Notes

Annexe n°3: Grille STROBE

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Continued on next page

Results

Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion

Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results

Other information

Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based
---------	----	---

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Annexe n°4: Tableau regroupant les différents tests de Fisher et de Chi 2 réalisés pour l'étude

Variables	Test	valeur p
"Âge" et "avoir été confronté à une consultation avec un patient allophone"	Fisher	0,12
"Âge" et "moyens de communication suffisants pour satisfaire à la relation patient-médecin"	Fisher	0,17
"Âge" et "trouver qu'une formation sur l'interprétariat professionnel est une plus-value pour la formation professionnelle"	Fisher	0,05049
"Âge" et "trouver que l'usage d'un interprète non professionnel présente un risque"	Fisher	0,85
"Genre" et "avoir déjà entendu parler de l'interprétariat professionnel"	Chi 2	0,89
"Genre" et "trouver que l'usage d'un interprète non professionnel présente un risque"	Chi 2	0,26
"Genre" et "moyens de communication suffisants pour satisfaire à la relation patient-médecin"	Chi 2	0,92

“Genre” et “trouver qu’une formation sur l’interprétariat professionnel est une plus-value pour la formation professionnelle”	Fisher	0,68
“Faculté d’externat” et “avoir entendu parler de l’interprétariat professionnel”	Chi 2	0,02
“Faculté d’externat” et “avoir été confronté à une consultation avec un patient allophone”	Fisher	0,57
“ Faculté d’externat” et “trouver que l’usage d’un interprète non professionnel présente un risque”	Fisher	0,20
“Faculté d’externat” et “penser connaître les fonctions d’un interprète professionnel”	Chi 2	0,05
“Faculté d’externat” et “moyens de communication suffisants pour satisfaire à la relation patient-médecin”	Fisher	0,38
“Faculté d’externat” et “trouver qu’une formation sur l’interprétariat professionnel est une plus-value pour la formation professionnelle”	Fisher	0,21
“Semestre” et “avoir été confronté à une consultation avec un patient allophone”	Fisher	0,63
“Semestre” et “trouver que l’usage	Fisher	0,99

d'un interprète non professionnel présente un risque"		
"Semestre" et "moyens de communication suffisants pour satisfaire à la relation patient-médecin"	Fisher	0,77
"Semestre" et "trouver qu'une formation sur l'interprétariat professionnel est une plus-value pour la formation professionnelle"	Fisher	0,25
"Semestre" et "avoir entendu parler de l'interprétariat professionnel"	Fisher	0,0044

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Allophone - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/allophone>
2. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 21 dec 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
3. "Accueil." FNSF - Fédération Nationale des Sourds de France, [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fnsf.org/>
4. Immigrés En Nord-Pas-de-Calais : Une Implantation Liée à l'histoire Économique - Pages de Profils | Insee. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292524>
5. François Bourdillon. Éclairages sur l'état de santé des populations migrantes en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 5 Septembre 2017; N°19-20: p 373. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_0.html
6. Multicultural Health and Community Services. "Literature Review: Costs of Not Providing Interpretation in Health Care". 2009.
7. En situation irrégulière - AME [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
8. Académie Nationale de Médecine. Rapport Précarité, pauvreté et santé. En 2017.
9. La santé et l'accès aux soins des migrants: un enjeu de santé publique | Comede [Internet]. 2017 . [cité 14 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.comede.org/la-sante-et-lacces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique/>
10. Bowen S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins, Société Santé en français, août 2015. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur : <https://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-%C3%89tude-Barri%C3%A8res-linguistiques.pdf>
11. HAS - Service évaluation économique et santé publique. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé - Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. En 2017. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf

12. La Santé en action. L'interprétariat médico-social : une exigence éthique. 2017 décembre; Interculturalité, médiation, interprétariat et santé (442): page 15.
13. La charte de la personne hospitalisée. Avril 2006. [cité 15 dec 2021]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
14. Chaaban S., Évaluation 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. Faculté de Médecine de Toulouse; 2014. [cité 15 dec 2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1634/1/2014TOU31041.pdf>
15. Dupont L., L'accès aux soins des migrants en France. 2018. Mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 Droit et Politique de santé. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/208592273-L-acces-aux-soins-des-migrants-en-france.html>
16. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 , article 22 et 25 [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
17. Texte intégral de la Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur | Conseil constitutionnel [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur>
18. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) Article L1110-3. 2002-303 Mar 4, 2002.
19. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
20. Complémentaire santé solidaire : qui peut en bénéficier et comment ? [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment>
21. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

22. Chambaud, Laurent. “Accès aux soins : éléments de cadrage.” Regards, vol. 53, no. 1, 2018, pp. 19–28. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>
23. Article D1110-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034618355
24. Charte de l’interprétariat médical et social professionnel en France. 2012.
25. Norme internationale ISO 13611:2014 “Interprétation - Lignes directrices pour l’interprétation en milieu social.” 2014.
26. Le métier de l’interprète médical et social | Migrations Santé Alsace [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.migrationssante.org/axes-dintervention/interpretariat/le-metier-de-linterprete-medical-et-social/>
27. Burnel P, Calmette P. Le modèle économique de l’interprétariat linguistique en santé. Inspection générale des affaires sociales; 2019 Avril. Rapport No.: 2018-128R.
28. Prestation de compensation du handicap (PCH) [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>
29. La Prestation de compensation du handicap (PCH) [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.surdi.info/prestations-et-financements-mdph/prestation-de-compensation-du-handicap-pch/>
30. Interprétariat ISM. L’interprétariat en milieu social - ISM Interprétariat [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://ism-interpretariat.fr/interpretariat-en-milieu-social/>
31. Ministère de la Santé et des Solidarités. CIRCULAIRE N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à l’organisation et au fonctionnement des unités d’accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (LS). En 2007. [cité 14 sept 2022]. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_163_200407.pdf
32. Permettre l’accès aux sourds aux soins en santé, en langue des signes - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/hauts-de-france/article/permouvoir-l-access-aux-sourds-aux-soins-en-sante-en-langue-des-signes>

33. Biet J., Évaluation de la satisfaction des médecins et des patients ayant bénéficié du Réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais [Internet]. Faculté de Médecine Henri Warembourg; octobre 2019. [cité 21 dec 2021]. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8bf5dbcb-481e-4598-b8cd-4babf3c4075e>
34. Benzernadji S., Accès aux soins des personnes sourdes dans le Nord-Pas-de-Calais : le Réseau Sourds et Santé [Internet]. Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2018. [cité 21 dec 2021]. Disponible sur: <https://sfsls.org/theses-memoires/these-acces-aux-soins-des-personnes-sourdes-dans-le-nord-pas-de-calais-le-reseau-sourds-et-sante/>
35. Accueil des personnes sourdes, section missions et activités médicales [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.ghicl.fr/lille-lomme/accueil-personnes-sourdes.html>
36. Sourdmédia | L’historique [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <http://www.sourdmedia.fr/objethistorique.php>
37. Création de RIMES – Réseau de l’interprétariat médical et social | Migrations Santé Alsace [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.migrationssante.org/2019/04/29/rimes-reseau-de-linterpretariat-medical-et-social/>
38. Les UASS en régions - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/sourds-et-malentendants/article/les-uass-en-regions>
39. Richard C., Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale : place de l’interprétariat professionnel. Faculté de Médecine de Rennes, 2016. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01745512/document>
40. J Muela Ribera, « Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? », mars 2008. [cité 15 dec 2021] Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Joan-Muela-Ribera/publication/236630864_PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale/links/00b495188e26e8bb1b000000/PASS-COFETIS-Recours-aux-interpretes-consultations-medicale.pdf
41. Association Les Mains pour le Dire. Colloque Santé Surdité. Novembre 2010. 159 pages

42. Comede. Interprétariat professionnel. Dans: Guide Comede 2015. 2015. p. 16–20. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.comede.org/guide-comede/>

AUTEURE : Nom : DESPRES

Prénom : MAUD

Date de soutenance : 29 juin 2023

Titre de la thèse : L'interprétariat professionnel médical : connaissances et emploi par les internes de médecine générale

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Doctorat en Médecine

DES : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Accès aux soins / Patients allophones / Evaluation des pratiques / Médecine Générale / Interprétariat professionnel médical

Résumé :

Contexte: L'accès aux soins des personnes allophones est limité en partie par la barrière de la langue. Cette population représente un nombre non négligeable de patients à prendre en charge, sans distinction de langue ou d'origine. L'interprétariat professionnel est recommandé par la HAS pour franchir cette barrière de façon déontologique. Il semblerait que les médecins généralistes aient peu connaissance de son existence et ne sachent pas comment y recourir, ce qui limite l'essor de l'interprétariat professionnel en médecine générale.

Méthode: En premier lieu, l'élaboration d'un questionnaire sur les connaissances et l'emploi de l'interprétariat professionnel médical par les internes de médecine générale de Lille. Ensuite, l'élaboration d'une brochure explicative se basant sur une recherche bibliographique et des entretiens avec des professionnels du milieu de l'interprétariat.

Résultats: Ce questionnaire a mis en évidence un défaut de connaissances et de formation des internes de médecine générale de Lille sur le sujet de l'interprétariat professionnel et de la communication avec les patients allophones chez 48,5% des réponders (IC 95% [36.62;67.25]). Il existe un engouement pour la mise en place d'une formation sur le sujet qui serait considérée comme une plus-value pour la formation de médecin généraliste chez 86,8% des réponders (IC 95% [82.65;90.87]).

Conclusion: Le manque de connaissances et de formation des internes de médecine générale de Lille concernant l'interprétariat professionnel existe et peut être à l'origine d'erreurs dans la prise en charge des patients allophones. Il peut également freiner l'accès aux soins de cette population déjà démunie par la barrière de la langue. La réalisation d'une brochure et la mise en place d'une formation sur le sujet pourraient être une proposition de réponse à cette problématique, permettant une modification des pratiques actuelles.

Composition du Jury :

Président : Professeur Emmanuel Chazard

Assesseurs : Docteur Denis Deleplanque et Docteur Nathalie De Pourville

Directeur de thèse : Docteur Benoît Drion