Rapport d'évaluation

DISPOSITIF D'INTERPRÉTARIAT MÉDICAL EN GRAND EST

Septembre 2019

Évaluation de l'expérimentation du dispositif d'interprétariat (septembre 2018 – juin 2019)

Étude menée en collaboration
avec l'Union régionale des professionnels de santé – Médecins libéraux (URPS-ML) du Grand Est
à la demande et financée par l'Agence régionale de santé Grand Est.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU GRAND EST (ORS Grand Est)

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1er étage
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex
Tél. : 03 88 11 69 80

Site de Nancy : 2, rue du Doyen Jacques Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 67 68 69

Site internet : www.ors-ge.org - E-mail : contact@ors-ge.org

L'évaluation de l'expérimentation du dispositif d'interprétariat médical en Grand Est s'inscrit dans la réalisation d'une étude portant sur les besoins d'interprétariat médical dans le Grand Est.

Cette étude comprenait deux volets :

- *Un premier volet d'amélioration de la connaissance des besoins sur le territoire, décliné en deux documents*
  - *Les populations non francophones en Grand Est*
  - *L'estimation des besoins en interprétariat en Grand Est*
- *Un second volet d'accompagnement à l'évaluation du dispositif d'interprétariat médical en médecine libérale.*

Ont participé à la réalisation de ce document à l'ORS Grand Est :
Mesdames Marie ANSELM, Cécile JOIE, chargées d'études, le Docteur Nicole SCHAUDER, médecin référent de santé publique, sous la direction de Monsieur Michel BONNEFOY, directeur.

L'ORS a bénéficié de l'expertise de partenaires, réunis en comité de pilotage :

- *Madame Charlotte ARQUILLIERE, chargée de mission, Direction de la Promotion de la Santé, de la Prévention et de la Santé Environnementale, ARS Grand Est*
- *Madame Emilie JUNG, directrice, Migrations Santé Alsace*
- *Docteur Pierre TRYLESKI, médecin généraliste, Responsable de la Commission Accès aux Soins de l'URPS ML Grand Est*

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels qui ont participé à l'expérimentation et contribué à son évaluation.

SOMMAIRE

CONTEXTE 5

I. Interprétariat médical dans le domaine de la santé 5

II. Expérimentation d'un dispositif d'interprétariat médical 6

OBJECTIFS ET METHODE DE L'EVALUATION 9

I. Objectifs de l'évaluation 9

II. Méthode 9

ÉLEMENTS DE DIAGNOSTIC 11

I. Dispositif d'interprétariat présentiel déployé en Alsace 11

II. Connaissance des besoins du territoire 12

RESULTATS 15

I. Organisation du dispositif d'expérimentation 15

II. Éléments quantitatifs de recours au service 16

III. Éléments de satisfaction des médecins expérimentateurs 20

SYNTHESE ET POINTS DE VIGILANCE 27

I. Les raisons de la sollicitation d'un interprète par les médecins 27

II. Un dispositif d'interprétariat professionnel opérationnel 29

III. Synthèse 31

ANNEXES 34

I. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel 34

II. Support pour les médecins expérimentateurs 35

III. Questionnaire flash 37

IV. Guide d'entretien 40

CONTEXTE

La maîtrise de la langue constitue un des principaux déterminants du recours et du non recours aux soins : « Plus une personne est à l'aise en français, moins elle renoncera aux soins et cet effet est plus marqué encore pour les femmes que pour les hommes[1]. »

I. Interprétariat médical dans le domaine de la santé

La loi de modernisation du système de santé (2016) prévoit des dispositions pour pallier ces difficultés, parmi lesquelles l'interprétariat médical et social professionnel :

« La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. » (art. L. 1110-13 du code de la santé publique)

Le recours à l'entourage du patient ou à des solutions non professionnelles dans le parcours de soins comprend des limites pour permettre aux professionnels de santé une prise en charge de qualité et respecter les droits des patients. A ce titre, la loi de modernisation du système de santé a confié à la Haute Autorité de Santé (HAS) la mission d'élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique *[de même pour la médiation]* dans le domaine de la santé.

S'appuyant sur les travaux menés par plusieurs associations[2] œuvrant contre les exclusions et pour un égal accès aux droits et aux soins des personnes allophones, la HAS définit l'interprétariat dans le domaine de la santé (voir encadré ci-contre) et pose les conditions d'un interprétariat professionnel.

Définition de l'interprétariat dans le domaine de la santé

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

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

Bonnes pratiques

« La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. 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. En outre, ce recours constitue une charge lourde pour les aidants. »
(Haute Autorité de Santé (HAS), « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé – Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques », Octobre 2017, p. 21)

[1] COIRIER E. « Le recours aux soins des nouveaux migrants », *Infos migrations*, N°76, juin 2015, 4 p.
[2] « Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France », adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012.

II. Expérimentation d'un dispositif d'interprétariat médical

L'URPS-ML Grand Est a bénéficié du soutien financier de l'ARS dans le cadre du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps 2) pour **expérimenter le déploiement d'un dispositif régional d'interprétariat professionnel en médecine libérale**. Cette expérimentation (2018-2020) s'appuie sur l'expérience du dispositif alsacien[3], porté par le Dr Pierre Tryleski, médecin généraliste, responsable de la commission « Accès aux soins ».

L'expérimentation poursuit les objectifs suivants :

- **OBJECTIF GENERAL**
  Développer un dispositif d'appui territorial au service des médecins libéraux dans le cadre de l'accueil et la prise en soins de patients non francophones.

- **OBJECTIFS STRATEGIQUES**
  1. Permettre aux populations migrantes du Grand Est de bénéficier d'un service d'interprétariat professionnel médical de qualité lors de consultations en médecine de ville.
  2. Apporter un appui aux médecins libéraux lorsqu'ils soignent leurs patients non francophones.
  3. Permettre aux médecins libéraux de s'impliquer dans des actions de réduction des inégalités sociales de santé.

1. Mise en œuvre de l'expérimentation

L'expérimentation se déroule sur trois années, avec une montée en charge progressive : 300 interventions en 2018 (réduites à 150, l'expérimentation ayant été lancée sur le second semestre de l'année), 600 interventions en 2019, 900 interventions en 2020.

Dans le cadre de l'expérimentation en 2018, ISM Interprétariat a été retenu pour proposer un service d'interprétariat téléphonique (soit 150 interventions de 15 minutes).

En parallèle, il a été convenu de réfléchir à une complémentarité de l'offre, pour proposer une intervention téléphonique ou présidentielle, selon les besoins des praticiens.

Sept sites ont, dans un premier temps, été identifiés et sollicités pour participer à l'expérimentation avec pour chacun un « ambassadeur » :

Site	Département	Ambassadeur
MSP Bar-sur-Seine	10 – Aube	Dr Jean Paul MIR, médecin généraliste
CADA Reims	51 – Marne	Dr Pascale BERTON NASCA, psychiatre
MSP Tomblaine	54 – Meurthe-et-Moselle	Dr Sylvie ROSSIGNON, médecin généraliste Dr Violaine BRUNELLI-MAUFFREY, médecin généraliste
Cabinet, Metz	57 – Moselle	Dr Alain PROCHASSON, médecin généraliste
MUS de l'Ill (Strasbourg, QPV)	67 – Bas-Rhin	Dr Pierre TRYLESKI, médecin généraliste
Groupe médical de Munster	68 – Haut-Rhin	Dr Corinne BILDSTEIN, médecin généraliste
Cabinet, Oltinge	68 – Haut-Rhin	Dr Pierre HEITZ, médecin généraliste

Les « ambassadeurs », volontaires et demandeurs, ont pour mission de coordonner le dispositif sur chaque site, puis de le promouvoir et l'optimiser sur son territoire. Chacun des médecins du site peut avoir recours au dispositif ; il peut également l'utiliser dans le cadre du parcours de soins (orientation du patient chez un spécialiste, avec numéro unique d'utilisation).

Fin octobre 2018, 23 médecins sont inclus par l'URPS dans le dispositif d'expérimentation.

[3] Oscars, Fiche Action : « Accès aux soins des populations en difficultés – INTERPRETARIAT – Année 2016 » (Export le 25-07-2018).

Ces différents sites offrent une diversité de critères d'exercice de la médecine, à considérer pour le déploiement du dispositif sur le territoire :

- Implantations ante-régionales sur six des dix départements de la région Grand Est,
- Exercices seul, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluri-professionnelle (MSP),
- Médecins pour certains porteurs de projets de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), dynamique témoignant d'une connaissance de leur territoire,
- Exercice en zone rurale, urbaine, voire en quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV),
- Présence plus ou moins identifiée de populations étrangères sur le territoire ou dans la patientèle, avec la proximité parfois récente d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA),
- Intérêt d'un recours à l'interprétariat, avec pour certains une expérience préalable de recours à l'interprétariat en présentiel, pour d'autres une absence d'expérience et de possibilité locale.

Le choix d'un ambassadeur psychiatre à Reims s'est construit à partir de l'expérience du dispositif présentiel en Alsace, qui montre une activité importante des psychiatres libéraux. Ce choix visait à explorer le recours possible à l'interprétariat téléphonique pour les praticiens de cette spécialité.

2. Accompagnement méthodologique

L'ORS accompagne l'URPS dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation.

Cet accompagnement s'inscrit dans une étude plus large portant sur l'interprétariat médical et l'accès aux soins des populations non francophones Grand Est. Cette dernière vise à fournir des éléments d'aide à la décision à l'Agence régionale de santé (ARS) et à l'Union régionale des professionnels de santé – Médecins libéraux (URPS-ML) pour la généralisation du dispositif d'interprétariat en médecine de ville à l'échelle du Grand Est en se basant sur quatre objectifs spécifiques :

- Participer à l'amélioration de la connaissance des populations non francophones et de leurs besoins d'interprétariat ;
- Participer à l'identification des prestataires locaux pouvant relayer le dispositif d'interprétariat ;
- Accompagner l'ARS et l'URPS-ML dans l'élaboration des modalités de suivi du dispositif dans son fonctionnement élargi au Grand Est ;
- Évaluer la satisfaction des médecins recourant au dispositif et appréhender les freins des médecins n'y recourant pas.

Le comité de pilotage de l'étude est composé de :

- L'Observatoire régional de la santé Grand Est en qualité de prestataire pour l'étude,
- L'Agence régionale de santé Grand Est en qualité de commanditaire et de financeur de l'étude et du dispositif d'expérimentation,
- L'Union régionale des professionnels de santé – Médecins libéraux Grand Est en qualité de porteur de l'expérimentation,
- Migrations Santé Alsace en qualité d'expert sur le sujet.

OBJECTIFS ET METHODE DE L'EVALUATION

I. Objectifs de l'évaluation

L'expérimentation doit permettre d'appréhender les déterminants du recours (et du non recours) par les médecins au dispositif et de vérifier sa dimension opérationnelle :

- Mieux comprendre les raisons de la sollicitation d'un interprète par les médecins, et identifier les indices de besoin en interprétariat ;
- Consolider un dispositif professionnel opérationnel :
  - Offrir une réponse de qualité adaptée aux besoins des médecins,
  - Participer à la réduction des inégalités sociales de santé (accès aux soins de premier et second recours),
  - Estimer les besoins d'interprétariat sur le territoire régional.

II. Méthode

1. Indicateurs d'évaluation

Les indicateurs suivants ont été identifiés afin de rendre compte de la première phase d'expérimentation du dispositif (octobre 2018 – juin 2019) :

	INDICATEURS	TYPE	SOURCE
1.	Constitution d'un comité de pilotage de l'expérimentation	*Processus*	URPS
2.	Liste des sites et médecins expérimentateurs	*Processus*	URPS
3.	Communication avec les sites expérimentateurs (réunions, formations, mail…)	*Processus*	URPS
4.	Nombre de consultations avec interprète réalisées	*Résultats*	Prestataire
5.	Nombre de médecins expérimentateurs uniques	*Résultats*	Prestataire
6.	Répartition temporelle des consultations	*Résultats*	Prestataire
7.	Langues sollicitées pour les consultations	*Résultats*	Prestataire
8.	Taux de demandes non abouties	*Résultats*	Prestataire
9.	Typologie des situations nécessitant un interprète	*Résultats*	ORS
10.	Qualité du dispositif (concourant à l'atteinte des objectifs de soins)	*Résultats*	ORS
11.	Expression des besoins des médecins	*Résultats*	ORS
12.	Satisfaction des médecins expérimentateurs	*Résultats*	ORS
13.	Difficultés de recours au dispositif	*Résultats*	ORS

2. Sources

Indicateurs de processus

Les indicateurs de processus permettent de rendre compte des actions réalisées par l'URPS ML en tant que porteur de projet dans le cadre de la mise en œuvre de l'expérimentation.

Indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats portent sur la réalisation de l'expérimentation. Comment les médecins des sites expérimentateurs se sont-ils emparés du recours à l'interprétariat ?

Le prestataire de l'interprétariat médical (ISM Interprétariat pour l'interprétariat téléphonique en 2018) fournit mensuellement à l'URPS l'état de la prestation en précisant, pour chaque appel, les caractéristiques suivantes : numéro d'identifiant du requérant, date et heure, langue, demande non aboutie.

L'URPS est seule détentrice de la table de correspondance entre le numéro d'identifiant attribué aux médecins et leurs coordonnées.

Indicateurs de satisfaction des médecins

Parmi les indicateurs de résultats, les indicateurs de satisfaction doivent permettre d'appréhender dans quelle mesure le dispositif proposé répond aux attentes des médecins. Celles-ci sont recueillies via :

- **un questionnaire « flash »** à renseigner à l'issue de chaque consultation avec interprète (outil en ligne),
- **un entretien téléphonique** portant sur leur ressenti global vis-à-vis du recours au dispositif.

Le questionnaire Flash

Il a été demandé aux médecins de renseigner de manière systématique ce questionnaire en ligne à l'issue de chaque sollicitation d'un interprète, afin de permettre de disposer d'un questionnaire par intervention, sur une période couvrant le dernier trimestre 2018 et le premier semestre 2019.

Objectif

Fournir des données complémentaires aux données d'activités transmises par le prestataire sur les motifs de sollicitations de l'intervention d'un interprète.

Thématiques développées

- expérimentation du dispositif
- date et lieu de la consultation
- motifs de recours à un interprète
- issue de la consultation

Les entretiens auprès des expérimentateurs

Des entretiens ont été menés auprès des médecins des sites expérimentateurs, en avril-mai soit quelques mois après le début de l'expérimentation.

Les médecins ont été sollicités par mail pour fixer un créneau de 20 à 30 minutes pour cet échange.

Objectif

Appréhender les éléments de satisfaction et de plus-value du dispositif dans la prise en charge par les médecins expérimentateurs des patients non francophones.

Thématiques développées

- raison de la participation à l'expérimentation
- pratique professionnelle
- relation patient
- recours au dispositif
- connaissance des ressources sur le territoire

3. Analyse globale

L'ensemble des données recueillies est présenté dans le présent rapport et fait l'objet d'une analyse globale apportant des éléments de réflexion et de vigilance aux axes d'évaluation fixés pour l'expérimentation du dispositif, relatifs aux critères de sollicitation d'un interprète d'une part, à la construction d'un dispositif opérationnel d'autre part.

ÉLEMENTS DE DIAGNOSTIC

L'expérimentation du dispositif d'interprétariat médical en Grand Est s'appuie sur la réussite du projet « Accès aux soins des personnes en difficultés » porté par l'URPS ML en *ante* région Alsace.

I. Dispositif d'interprétariat présentiel déployé en Alsace

Au sein de l'Eurométropole de Strasbourg et de Mulhouse Alsace Agglomération, les médecins libéraux peuvent s'appuyer sur un dispositif tout à fait original[4] d'accompagnement d'un interprète pour assurer une consultation avec une personne ne parlant pas ou difficilement le français. Ce dispositif s'adresse en priorité aux médecins coordinateurs des soins de ville (médecins généralistes, pédiatres) et aux psychiatres.

Initié en 2007 à titre expérimental, ce dispositif constitue une réelle opportunité pour les personnes non francophones puisque, comme le rappelle l'URPS-ML Alsace « les difficultés de communication avec le médecin sont aggravées par les difficultés linguistiques. L'aide des familles et des amis permet parfois de réaliser des consultations médicales pour des sujets courants. Cependant, dès que les problèmes de santé touchent l'intime et le grave (cancers, sida, maladies chroniques, deuil, dépression, sexualité...), il est fondamental qu'un tiers neutre et professionnel puisse intervenir pour permettre une relation médecin-malade de qualité. »[5]

Les demandes initiées par les médecins sont régulées par l'URPS selon trois axes fonctionnels distincts[6].

En 2018, les heures d'interprétariat réalisées se répartissent de la manière suivante :

- les trois quarts des heures d'interprétariat ont été réalisées dans le cadre **des soins coordonnés** : 68 % auprès des médecins généralistes et pédiatres, et 9 % auprès de spécialistes de second recours dans le cadre du parcours de soins coordonné ;
- 22 % ont eu lieu pour des soins de santé mentale (les psychiatres et pédo-psychiatres effectuent une demande de volume horaire, en fonction d'une activité prévisionnelle annuelle) ;
- 1,4 % des heures ont été réalisées auprès de médecins spécialistes **en accès direct** (ophtalmologie, gynécologie).

1 399 heures d'interprétariat ont été attribuées en 2018 aux médecins libéraux de l'Eurométropole et de Mulhouse Alsace Agglomération (M2A) qui en ont fait la demande. Cela représente plus de 1 100 consultations en 24 langues différentes.

Au total, **120 médecins de 24 spécialités** ont pu bénéficier de la présence d'un interprète professionnel pour un ou plusieurs de leurs patients étrangers, soit 1 703 passages d'usagers.

Source : Rapport d'activités 2018 de Migrations Santé Alsace.

L'Eurométropole de Strasbourg concentre 85 % de la demande ; les principales langues sollicitées étant l'albanais (35 % des heures), le géorgien (22 %) et l'arménien (9 %). Les besoins exprimés sont différents pour Mulhouse Alsace Agglomération, puisque les principales langues sollicitées sont : le persan (30 %), le serbo-croate (22 %) et l'albanais (20 %).

[4] Oscars, Fiche Action : « Accès aux soins des populations en difficultés – INTERPRETARIAT » (Export le 05-12-2016).
[5] URML-Alsace, « Guide d'utilisation du dispositif d'interprétariat en médecine de ville de l'URML-Alsace », Janvier 2014, 10 p.
[6] Site de l'URPS ML Grand Est, https://www.urpsmlgrandest.fr/interpretariat-en-medecine-liberale.html [page consultée le 4 juillet 2019]

II. Connaissance des besoins du territoire

L'objectif du premier volet de l'étude relative à l'interprétariat médical en Grand Est a consisté à **décrire quantitativement et géographiquement les populations non francophones présentes** dans le Grand Est.

Plusieurs sources de données ont été mobilisées (Insee, Ofpra, Ministère de l'Intérieur, Ofii, CPAM).

Au recensement de la population en 2014, le Grand Est compte 475 388 personnes immigrées. En 2016, 7 677 personnes résident en Grand Est ont déposé une première demande de protection internationale.[7]

Les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle sont les trois départements du Grand Est ayant la population la plus importante et le nombre d'immigrés et d'étrangers le plus élevé en 2014. Deux tiers des immigrés et étrangers résident dans ces trois départements.

La connaissance du nombre, de la répartition géographique et des caractéristiques sociodémographiques des populations non francophones résidant dans le Grand Est comme en France entière n'est pas chose aisée. D'abord, parce que cette population est constituée de composantes diverses. Il peut s'agir d'immigrés n'ayant pas ou peu appris la langue française, d'étrangers résidant en France depuis peu de temps, d'étrangers en situation irrégulière, de demandeurs d'asile, de migrants en transit vers d'autres territoires, etc. Ensuite, parce que certaines de ces composantes échappent partiellement ou totalement à la statistique publique du fait de la clandestinité (migrants en transit, déboutés du droit d'asile, etc.). Enfin, parce que même pour les populations identifiables, nous n'avons, le plus souvent, aucune information permettant de distinguer les individus qui ne maitrisent pas le français.

Source : ORS Grand Est, Dispositif d'interprétariat médical en Grand Est. Étude préalable au déploiement d'un dispositif d'interprétariat en médecine libérale en Grand Est, avril 2019 (en cours de validation).

Ce sont également ces départements qui enregistrent le plus grand nombre de premières demandes de protection internationale (66 % des premières demandes), de personnes signataires de contrats CAI/CIR (65 % des contrats signés de la région) et de bénéficiaires de l'AME (63 % des bénéficiaires du Grand Est). Ne disposant pas des données d'admission au séjour par département, il peut être envisagé que ces trois départements enregistrent également des nombres d'admissions au séjour les plus importants de la région.

Néanmoins, l'accueil de populations non francophones concerne l'ensemble du territoire. On observe par exemple une tendance à une forte hausse du nombre de demandeurs d'asile dans les départements où la présence de personnes issues de la migration est moins importante : les Ardennes, la Haute-Marne et les Vosges.

Ce constat de territoires plus ou moins impactés en termes de volume de personnes non francophones présentes est également valable à un niveau infra-départemental, avec une présence majoritaire dans les aires urbaines importantes, mais aussi dans des communes plus petites.

La présence de populations ayant vécu une migration ne suffit cependant pas à s'accompagner d'une demande d'interprétariat. Ces constats sont réalisés à partir de l'observation de la situation des deux départements alsaciens bénéficiant d'un dispositif d'interprétariat en présentiel de Migrations Santé Alsace.

En outre, on observe un besoin différent selon les territoires, avec un recours différent entre le Bas-Rhin et le Haut-Rhin pour une même langue, comme le rappelle l'activité du projet porté par l'URPS (voir page précédente).

Certaines langues sont ainsi davantage sollicitées, telles l'albanais, le russe, l'arménien ou le géorgien, alors même que ces populations ne sont pas les plus importantes sur le territoire. À l'inverse, le ratio entre la demande et la présence pour l'arabe et le turc en font des langues moins sollicitées (même si celles-ci figurent parmi les premières demandes).

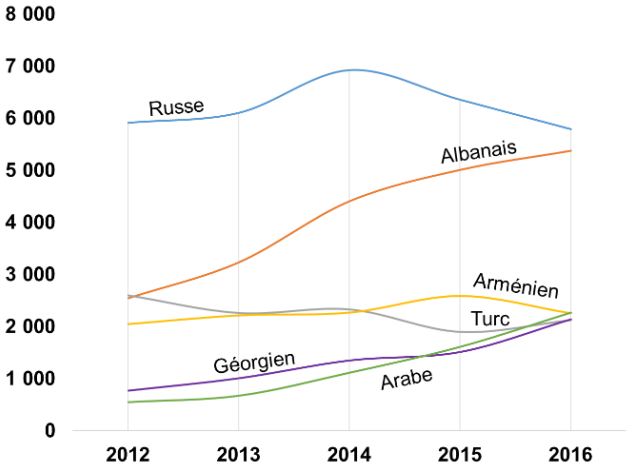
[7] ORS Grand Est, Dispositif d'interprétariat médical en Grand Est. Étude préalable au déploiement d'un dispositif d'interprétariat en médecine libérale en Grand Est, avril 2019 (en cours de validation).

Comme le rappelle l'observation longitudinale de l'offre de Migrations Santé Alsace dans ses rapports d'activités, il convient de rester vigilant sur l'évolution rapide de ces phénomènes. D'où l'intérêt de suivre la demande d'évolution en langues selon les années et de recueillir les besoins de langues émergentes pour lesquels il y aurait matière à former des interprètes (nouveaux besoins).

En 2018, la demande a cru de 16 % sur l'ensemble des services. L'albanais est ainsi passé à la première place des demandes, le russe poursuivant une lente diminution et le géorgien grimpe en 3e position.

Ces sollicitations sont en cohérence avec les données issues de l'activité 2017 et 2018 de l'Ofpra relatives aux premières demandes de protection internationale, le Grand Est figurant en outre parmi les principales régions de résidence des demandeurs d'asile (avec l'Ile de France et l'Auvergne-Rhône-Alpes).

Répartition des langues par nombre d'interventions entre 2012 et 2016 en Alsace (tous secteurs confondus)

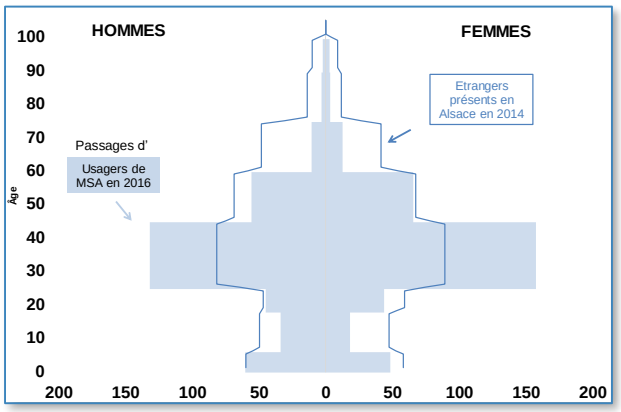


Source : Migrations Santé Alsace, Rapport d'activité 2016. Exploitation : ORS Grand Est

Plus de la moitié des bénéficiaires[8] des services d'interprétariat médical en Alsace sont âgés de 25 à 44 ans (58 %). Dans une moindre mesure, on retrouve des personnes âgées de 45 à 59 ans (18 %). Les personnes de 60 ans ou plus ne concentrent que 5 % des interventions.

Comparée avec la population des étrangers présents en Alsace en 2014, cette répartition par âge des usagers bénéficiaires de l'interprétariat montre que ce dispositif est particulièrement sollicité pour une population plutôt jeune (les 25-44 ans représentant 34 % des étrangers présents en Alsace en 2014) ; ce qui tend à rendre invisibles les besoins de personnes plus âgées, pour lesquelles les solutions envisagées sont peut-être recherchées davantage auprès de l'entourage plutôt que par l'intervention d'interprètes professionnels.

Pyramide des âges des usagers bénéficiaires de services d'interprétariat en Alsace en 2016 et des étrangers présents en Alsace en 2014 (pour 10 000 individus)



Source : Migrations Santé Alsace 2016, Insee RP 2014 – Exploitation : ORS Grand Est

Lecture : En 2014, l'Alsace comptait 82 hommes âgés de 25 à 44 ans pour 10 000 étrangers ; les services d'interprétariat comptent 132 hommes de 25 à 44 ans pour 10 000 bénéficiaires en 2016. Pour rappel, un usager peut bénéficier de plusieurs interventions et compte comme plusieurs bénéficiaires.

D'un point de vue objectif, le seul critère disponible dans les sources statistiques mobilisées porte sur l'ancienneté de présence sur le territoire, considérant qu'une durée de séjour minimum est nécessaire à l'intégration et justifie un besoin d'accompagnement plus important. Il apparaît ainsi qu'un peu plus de 16 000 personnes sont présentes en Grand Est depuis un an ou moins et plus de 50 000 depuis moins de 5 ans.

[8] Nous rappelons que l'offre de Migrations Santé Alsace s'établit en « nombre de passages d'usagers » et non en « usagers » strictement.

S'il n'est pas possible de disposer de données régionales chiffrées relatives à la dimension socio-économique des populations immigrées et étrangères, les données publiées par l'Insee, comme d'autres éléments de la littérature, témoignent d'une population davantage touchée par la précarité.

Les personnes vivant dans les ménages immigrés sont davantage exposées à la pauvreté : leur **taux de pauvreté** est de 38,6 %, de 27,6 points supérieur à celui de la population des ménages non immigrés (11,0 %).

Source : Insee, « Niveau de vie et pauvreté des immigrés », Fiche 1.22, Insee Références, édition 2018 – Fiche – Revenus.

Le dispositif, financé par l'ARS dans le cadre du Praps 2 vise bien à réduire les inégalités sociales de santé en améliorant l'accès aux soins des populations démunies, parmi lesquelles les 12 385 bénéficiaires de l'AME (en 2017), mais également les personnes bénéficiaires de la CMU-c.

RESULTATS

I. Organisation du dispositif d'expérimentation

Le dispositif de l'interprétariat téléphonique, élaboré selon la même intention que le dispositif présentiel, est porté par l'URPS comme un appui aux médecins libéraux accueillant dans leur patientèle des personnes en difficultés linguistiques.

Un Comité de pilotage réunissant des membres de l'URPS, de l'ARS et des structures prestataires de l'interprétariat médical a été constitué. Celui-ci est chargé de réfléchir à une mise en œuvre opérationnelle du dispositif sur le territoire du Grand Est.

1. Identification d'ambassadeurs

Plusieurs sites ont été identifiés pour participer au dispositif d'expérimentation. Ceux-ci répondent à plusieurs critères[9], tels que : intérêt pour l'expérimentation au regard de leur patientèle, répartition sur les différents départements, localisation en quartier prioritaire de la politique de la ville, localisation proche d'un CADA…

Au sein de chaque site, un ambassadeur a été identifié. Celui-ci a été invité à participé à plusieurs réunions de présentation et de suivi du dispositif. Charge à lui de transmettre l'information à l'ensemble des médecins du site expérimentateur.

Huit médecins ont été nommés ambassadeurs du dispositif d'interprétariat sur sept sites répartis sur six départements du Grand Est. Une première liste faisait état de 23 participants au dispositif, celle-ci s'est étoffée au fur et à mesure de l'expérimentation ; au 31 mai 2019, 27 médecins étaient inscrits sur la liste comme expérimentateurs.

2. Supports de communication

Un didacticiel[10] a notamment été créé par l'URPS à l'attention des utilisateurs ; celui-ci a été présenté lors de la réunion de lancement de l'expérimentation (août 2018) auprès des ambassadeurs.

3. Déploiement de l'interprétariat téléphonique

Dans la première phase de l'expérimentation, il a été décidé de déployer un service d'interprétariat téléphonique. Cette modalité, à distance, facilite un déploiement dans l'ensemble du territoire.

L'association ISM Interprétariat a été choisie comme prestataire.

ISM Interprétariat

ISM Interprétariat propose un service d'interprétariat téléphonique, disponible 24h sur 24 : sans rendez-vous, il est possible à un professionnel d'être mis en relation avec un interprète dans 182 langues.

Source : Site internet ISM Interprétariat. http://www.ism-interpretariat.fr/ [page consultée le 4 juillet 2019]

[9] Voir partie « Méthode », section « Mise en œuvre de l'expérimentation », p. 6 et suivante.
[10] Voir en annexe, extraits du support didacticiel créé pour les médecins utilisateurs.

II. Éléments quantitatifs de recours au service

1. Recours au service d'interprétariat téléphonique

Les éléments présentés ci-après sont issus de l'activité d'ISM Interprétariat dans le cadre de la contractualisation avec l'URPS ML Grand Est (période : octobre 2018 – juin 2019).

En octobre 2018, premier mois d'utilisation du dispositif, 12 utilisateurs ont réalisé 18 consultations avec interprètes.

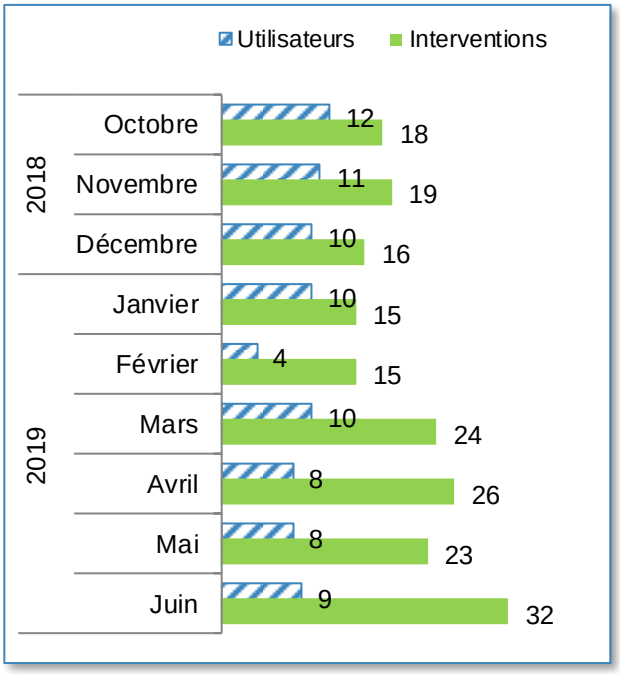
Cette tendance s'est poursuivie sur les 9 mois de l'expérimentation (sauf en février, où seuls 4 médecins ont recouru au dispositif).

Sur le temps de l'expérimentation considérée pour l'évaluation, **21 médecins** ont recouru au moins une fois au service d'un interprète par téléphone, pour un total de **188 interventions**.

Un ambassadeur nommé dans la Marne (51) ne s'est finalement pas emparé du dispositif. Dans les cinq autres départements participants, le dispositif a été sollicité.

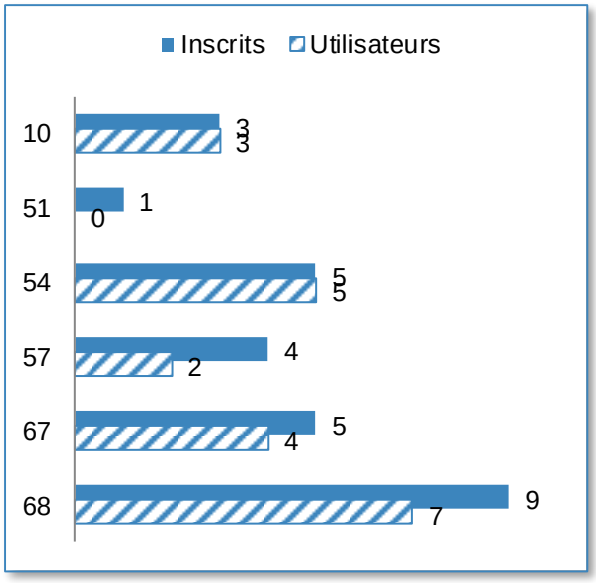
Les départements de l'Aube et du Bas-Rhin se distinguent par une utilisation plus importante que les autres départements (respectivement 55 et 63 interventions).

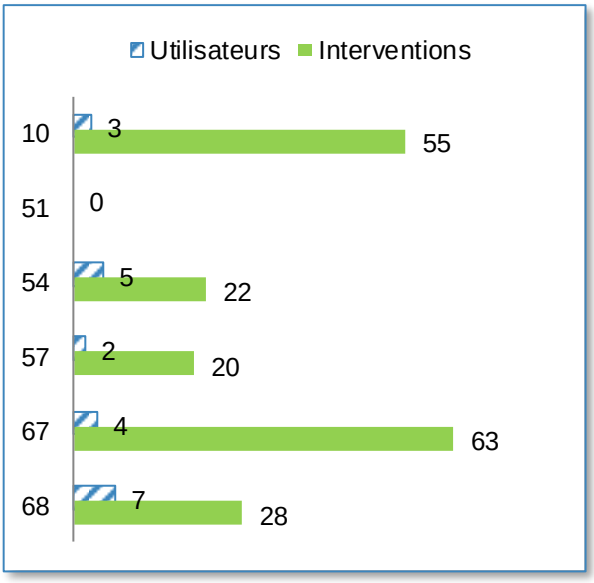
Statistiques de recours à l'interprétariat téléphonique par mois



Source : URPS Grand Est, juillet 2019. Exploitation : ORS Grand Est

Statistiques de recours à l'interprétariat téléphonique par département





Source : URPS Grand Est, juillet 2019. Exploitation : ORS Grand Est

Au niveau individuel, trois médecins expérimentateurs ont recouru de manière importante au dispositif (de 15 à 43 fois), sept sont des utilisateurs réguliers (de 5 à moins de 10 fois), et onze des utilisateurs ponctuels (entre 1 et 4 fois).

La première langue sollicitée est l'albanais et représente trois demandes sur dix. Viennent ensuite le serbo-croate et le russe (près de deux sollicitations sur dix pour ces deux langues).

Les langues couvrant le continent européen représentent 72 % des demandes.

Le recours à des interprètes en pashto est également important (10 %).

Au total, 25 langues différentes ont été sollicitées.

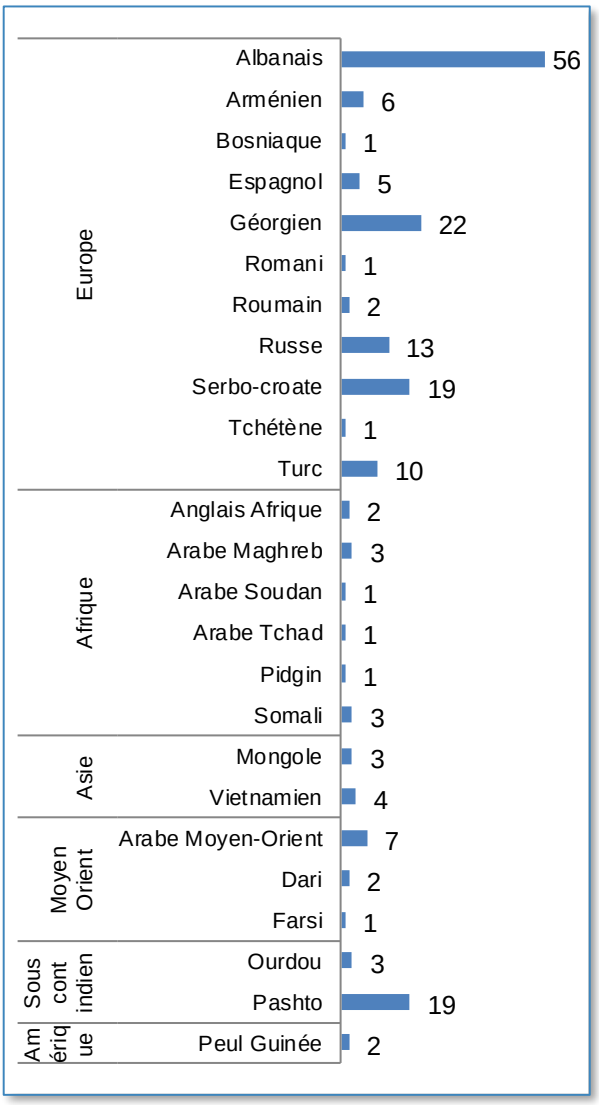
Il est ainsi possible de constater que les langues les plus sollicitées sont les mêmes que dans le cadre du dispositif d'interprétariat en présentiel déployé dans les deux départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.

Les interventions durent en moyenne près de 15 minutes ; cette moyenne était stable à 12 minutes sur les 4 premiers mois et a augmenté les mois suivants.

La médiane des interventions s'établit à 13 minutes (c'est-à-dire que la moitié des interventions dépasse cette durée).

Le recours le plus bref a duré 2 minutes, le plus long 45 minutes. Une intervention est prévue sur un forfait de 15 minutes, au-delà duquel une nouvelle intervention est décomptée. Pour près de quatre interventions sur dix, le forfait de 15 minutes a été dépassé.

Répartition des interventions par langue



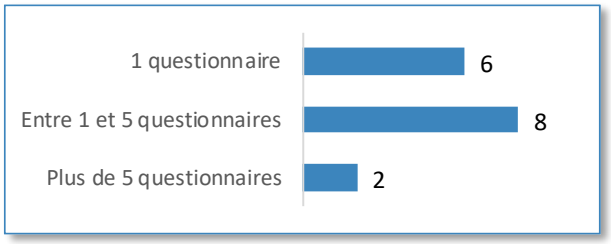
Sources : URPS Grand Est, juillet 2019, ISM Interprétariat, « liste des langues et dialectes ». Exploitation : ORS Grand Est.

2. Motifs du recours

Les éléments présentés ci-après sont issus des questionnaires « flash » renseignés par les médecins expérimentateurs à l'issue de chaque intervention.

À l'issue de la phase de recueil (début juillet 2019), 88 questionnaires ont été renseignés par 16 médecins expérimentateurs (sur les 21 ayant recouru au dispositif, soit trois quarts d'entre eux).

Répartition des médecins suivant le nombre de questionnaires renseignés



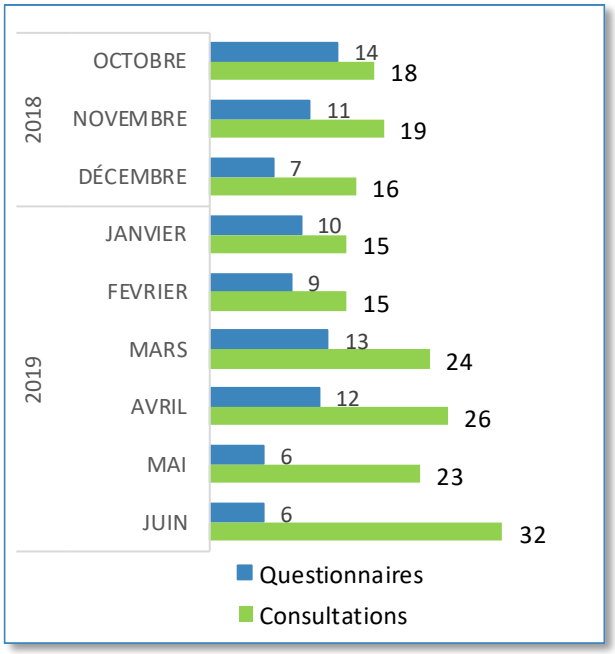
Date et lieu des consultations avec interprètes

Les éléments renseignés par les médecins couvrent la période d'expérimentation évaluée (octobre à juin).

Néanmoins, le questionnaire n'a pas été renseigné de façon exhaustive (tous les médecins utilisateurs n'ont pas renseigné de questionnaires, le questionnaire n'a pas été renseigné pour chaque consultation). On constate une baisse de renseignement après le mois d'avril.

Sur les 9 mois d'expérimentation, le taux de renseignement du questionnaire atteint 47 % des consultations réalisées avec interprètes (contre 60 % pour les 6 premiers mois).

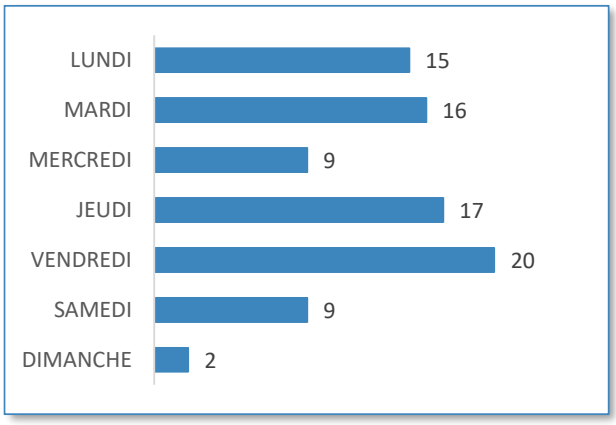
Répartition des questionnaires par mois



Les consultations avec interprètes se répartissent sur l'ensemble des jours de la semaine, avec un nombre sensiblement plus important en début de semaine (lundi, mardi) et les jeudi et vendredi.

Les éléments renseignés par les médecins permettent de confirmer que le service d'interprétariat est également disponible le samedi, jour de consultations, de même que le dimanche lors des gardes des médecins.

Répartition par jour de la semaine



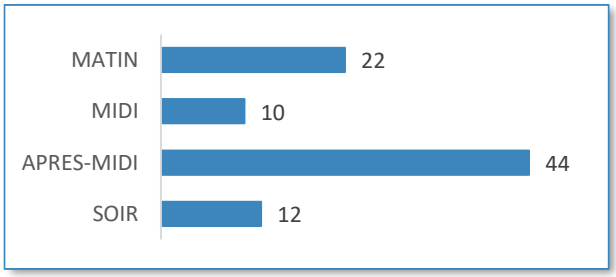
Les médecins ont pu solliciter les interprètes lors de leurs consultations, quel que soit l'heure de la journée. Ainsi, la moitié des sollicitations renseignées ont concerné des consultations dans l'après-midi (entre 14h et 18h).

Plus d'une consultation sur dix s'est déroulée durant la pause méridienne (entre 12h et 14h) et tout autant en fin de journée (après 18h).

Les consultations se sont ainsi réparties sur l'amplitude de 9h à 20h.

Pour 4 des 88 interventions, un interprète a pu être sollicité dans un autre endroit que le cabinet médical : au domicile du patient ou dans un hôtel.

Répartition par période de la journée

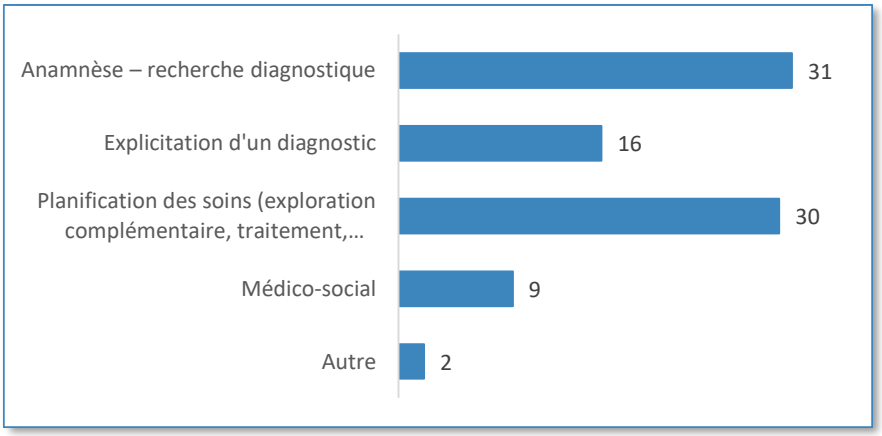


Recours à l'interprète

Pour une seule consultation, un médecin a déclaré qu'il n'a pas été facile d'obtenir un interprète.

Deux motifs sont particulièrement identifiés comme justifiant le recours à un interprète : dans plus d'un tiers des situations, celui-ci est sollicité pour la planification des soins (35 %), tout autant que lors de l'anamnèse (34 %). L'explicitation du diagnostic est citée dans un cas sur cinq (18 %). Plus ponctuellement, un interprète a pu être sollicité à l'occasion d'un motif médico-social ou pour un autre motif.

Principal motif de la consultation expliquant le recours à un interprète



La personne reçue en consultation bénéficiait d'une couverture sociale dans 93 % des cas ; au contraire de 7 % des personnes ayant consulté en médecine de ville en l'absence de couverture sociale[11].

Issue de la consultation

Trois questions de conclusion ont été posées :

- *« Avez-vous atteint vos objectifs de soins ? »*
- *« La présence de l'interprète a-t-elle facilité la consultation ? »*
- *« Pensez-vous recourir à nouveau au service d'interprétariat ? »*

Pour trois situations, les médecins ont jugé ne pas avoir atteint leurs objectifs de soins lors de la consultation avec l'interprète ; ils précisent que ceci est dû à la difficulté de la situation (motif psychiatrique qui dépasse le cadre d'intervention du médecin, difficile de cibler l'interrogatoire en raison de plusieurs plaintes évoquées, situation clinique trop complexe).

[11] Cette information demande à être interprétée avec vigilance, dans la mesure où la CMU est intégrée à la couverture maladie générale depuis le 1er janvier 2016 avec la création de la Protection Universelle Maladie (PUMa). De plus, en l'absence de précision, la formulation de « couverture sociale » a ponctuellement pu être mal comprise des expérimentateurs et biaiser le renseignement.

Sans exception, l'ensemble des médecins a confirmé que l'intervention de l'interprète a facilité la consultation et qu'ils envisagent de recourir à nouveau au dispositif.

Commentaires

Pour près de la moitié des consultations, les médecins ont laissé des commentaires permettant de préciser leurs réponses.

Ces commentaires portent sur :

- l'explicitation du motif de sollicitation
- la satisfaction générale du médecin sur recours au dispositif
- la satisfaction exprimée par le patient
- les éléments portant sur les facilités / difficultés à obtenir un interprète (élément qui vient nuancer le fait que tous confirment la facilité d'obtenir un interprète)

« J'ai l'impression de faire vraiment de la médecine grâce à ce dispositif. À la place d'une prise en charge très approximative, quand il n'y a pas d'interprète »

« La patiente a spontanément évoqué le lien entre ses symptômes multiples et ses angoisses »

« Attente téléphonique assez longue avant d'avoir l'interprète »

« Explication satisfaisante de l'orientation diagnostique et du traitement après plusieurs incompréhensions au décours des consultations précédentes sans interprète. »

III. Éléments de satisfaction des médecins expérimentateurs

Sur les 25 médecins inscrits comme expérimentateurs auprès de l'URPS, 15 ont accepté de nous faire un retour sur leur expérience du dispositif d'interprétariat et 4 ont décliné notre sollicitation car n'avaient pas eu l'occasion d'y avoir recours. Cette analyse repose donc sur les expériences de 15 médecins. Les 7 ambassadeurs ayant recouru au dispositif ont participé aux entretiens. Les échanges ont duré environ 30 minutes avec chacun des médecins.

1. Raisons de leur participation à l'expérimentation

Une des principales raisons de participation des médecins est liée à un besoin de faire face aux difficultés éprouvées lors de la prise en charge de personnes allophones, mais également la récurrence voire l'augmentation de ces situations.

Pour une partie des médecins, la proximité avec une structure d'accueil de personnes migrantes est évoquée (CADA, foyers, etc.), ce qui induit des problématiques thérapeutiques au-delà de la complexité ou l'impossibilité de communication, entre autres :

- Problématique liée aux premières consultations
- Problématique quant au suivi de ces personnes
- Histoire du patient, situations sociales complexes

À noter qu'il peut s'agir d'un besoin émergeant de par l'installation récente d'une structure accueillant des personnes allophones.

Par conséquent, ces éléments conduisent les médecins à s'interroger sur leurs capacités à délivrer des soins de qualité pour ces personnes, leur capacité à communiquer avec leurs patients, de les comprendre et d'être compris ; la communication étant l'un des éléments indispensables dans leur profession.

Afin de compléter les éléments de synthèse des entretiens, nous pourrons utiliser des vignettes présentant des exemples de situations dont nous ont fait part les médecins afin d'illustrer leurs propos.

2. Sollicitation du dispositif

« Quand on cherche à faire correctement son travail, cela peut devenir extrêmement difficile dès lors que l'on n'est pas en capacité de communiquer »

Les moments et les motifs de recours au dispositif peuvent être variables mais dépendent toujours d'un défaut de communication avec un risque de mettre en échec la consultation.

Ces difficultés s'expriment à des degrés variables :

- Est-il possible d'échanger quelques mots ou la barrière est-elle totale ?
- Le motif de consultation est-il « simple » ou semble-t-il complexe ?
- La personne est-elle connue du médecin (suivi) ou d'agit-il d'une première consultation ?

Une famille allophone est venue en consultation pour un problème de gale. La médecin a été en difficulté pour expliquer le traitement à la famille, tenant compte du fait que des éléments précis du traitement doivent être respectés pour que ce dernier soit efficace.
Elle s'est retrouvée extrêmement démunie : la barrière de la langue ne lui a pas permis de les soigner correctement.

Expérience antérieure à l'expérimentation

D'autres éléments peuvent entrer en ligne de compte mais sont plus souvent dépendants de la pratique individuelle, tels que le fait d'être plus ou moins aguerri en langues étrangères (principalement en anglais et en allemand), ou de la situation, comme la présence d'un tiers en capacité de traduire par exemple dans le cadre d'un suivi et de transmettre au médecin des informations qui semblent pertinentes, ou même une information minimale.

« J'ai ciblé, parce qu'il y en a qui viennent systématiquement avec leur famille et a priori, je n'ai pas non plus envie de choquer la famille avec « non vous êtes nuls en interprétariat, je me débrouillerai sans vous ». Quand je vois que la famille a l'air de passer la bonne information, que ça suit, … je laisse comme ça »

« Le papa tient à ce que nous passions via l'amie de sa femme pour accéder à un traducteur par téléphone […] L'interprète prend un peu de liberté, contribue, enrichit les questions et ne traduit que quand je lui demande. Elle pose des questions qui me semblent être l'expression de sa propre curiosité à elle et pas pour eux. Mais la tonalité de l'échange est agréable. […] Cependant, l'interprète non professionnel n'est pas « transparent » dans la transmission des échanges. Dans cette situation le recours à un traducteur non professionnel n'est pas gênant et concourt à la création de liens. Les patients sont contents de valoriser leurs propres ressources »

Tous ces éléments vont impacter le recours au dispositif, mais également le contenu de l'échange avec le patient et ce tiers professionnel.

Même si le recours pour l'ensemble des motifs est envisagé par les médecins, deux motifs sont principalement évoqués et semblent être les plus déterminants pour les suites de la consultation, mais également dans la mise en place des soins.

L'explicitation du motif de la consultation

Il est également lié à l'interrogatoire, que les médecins vont pouvoir orienter selon les informations qui lui seront transmises en amont. L'accès à ces informations essentielles vont permettre aux médecins de mener à bien leur consultation dans sa dimension thérapeutique.

L'explicitation du traitement

Dans les cas décrits comme complexes, l'explication de la prescription (traitements ou encore examen complémentaires) peut être critique. Une transmission

Consultation auprès d'une femme atteinte d'un cancer stade terminal.
Il fallait lui expliquer son diagnostic et l'importance de la chimiothérapie.
Son mari n'en était pas capable (émotionnellement, mais aussi en termes de traduction).
Il fallait la convaincre. Il y a eu plusieurs rdv avec elle.

adéquate des informations permettra une compréhension et meilleure observance des soins et minimisera la « perte de chances » pour le patient.

Le recours à un interprète est également un soutien indispensable en cas d'annonce difficile de diagnostic.

> « Je vais d'ailleurs y faire appel cet après-midi, pour une annonce de VIH. Dans ce cas il est indispensable de pouvoir échanger avec le patient et d'être sûre d'être bien comprise »

Les éléments exposés lors des échanges avec les médecins sont cohérents avec les « besoins prioritaires » mis en évidence dans le référentiel de la HAS.

3. Quels effets sur les consultations ?

Le premier effet mis en avant par les médecins, est un temps de consultation plus long, « de l'ordre de + 20 % de temps de consultation »[12]. Il est quantifié différemment par chacun, et reste dépendant du temps qu'ils accordent à une consultation de manière courante et de leur sensibilité à la problématique. Certains médecins, plus confrontés à la prise en charge de publics vulnérables et de situations complexes (proximité d'un CADA, ou installation en zone urbaine dite « prioritaire ») ont probablement une appréhension différente du temps « moyen » de consultation.

Dans le cadre du recours à un interprète, plusieurs éléments concrets peuvent expliquer en partie ce temps supplémentaire :

- les difficultés d'échange avec le patient en amont du recours,
- la mise en relation avec la plateforme,
- la recherche de l'interprète pour la langue demandée (de l'ordre de 4-5 minutes),
- et enfin, le temps de traduction des échanges entre les médecins et leurs patients par un tiers.

Néanmoins, cet investissement est considéré comme un gain de temps à moyen terme : la consultation avec l'appui d'un interprète permet aux médecins d'être plus efficaces et d'apporter une prise en charge qualitative, qui évitera des consultations supplémentaires pour le même motif de consultation.

> Une patiente issue d'un CADA revenait régulièrement car les solutions envisagées n'étaient pas concluantes. L'appel au dispositif a permis au médecin de comprendre les raisons de son retour, mais lui a également fait changer de point de vue sur le discours de sa patiente.
> Ils sont tombés d'accord sur l'interprétation de ses symptômes ainsi que sur le traitement à mettre en place, alors que le médecin pensait a priori que sa patiente ne serait pas d'accord avec son interprétation qui était que ses symptômes étaient dus à une souffrance psychologique.

Il est également vécu positivement car « cela permet une réciprocité des échanges. La consultation est plus longue, mais cela permet d'être plus efficace, de prodiguer des soins de qualité. Cela permet aussi d'éviter d'autres consultations parce-ce que la première a pu être menée correctement. »

Un autre médecin met en évidence, le fait que si la consultation est plus longue quand la plateforme d'interprétariat est sollicitée, celle-ci reste tout de même moins longue que si l'impossibilité d'échange avait perduré.

La grande majorité des médecins interrogés déclare de prime abord ne pas prévoir en amont d'aménagement particulier.

Néanmoins, le recours au dispositif d'interprétariat téléphonique semble induire quelques modifications dans leur manière d'appréhender la consultation en comparaison à celles menées auprès de patients francophones, même si elles ne sont pas identifiées comme telles.

Pour exemple, le temps limité d'accès à un interprète va impacter leur approche du dialogue avec leurs patients. Dans un premier temps, ils peuvent favoriser une recherche d'informations en amont, si une forme de dialogue est possible afin d'avoir des pistes. Ces éléments sont destinés à préciser, préparer le contenu de l'échange afin de « pouvoir aller droit au but ».

[12] Nous rappelons ici que dans le cadre de l'expérimentation, l'intervention d'un interprète est basée sur un forfait de 15 min. Celle-ci ne couvre pas nécessairement l'ensemble de la consultation, et peut au besoin dépasser le forfait prévu

Lors des entretiens, la nécessité de faire preuve de synthèse a aussi été mise en exergue par les médecins interrogés :

- D'aucuns parlent de « temps de préparation », de « préparation mentale » de l'échange à venir, avec une attention particulière à faire des phrases courtes, à poser des questions simples, à parfois privilégier des « questions dirigées » afin de rester centré sur l'essentiel lors de ce temps d'échange.
- D'autres peuvent mettre à profit le temps de mise en relation avec la plateforme pour formaliser succinctement par écrit les questions ou les informations qu'ils veulent transmettre à leurs patients. Ce temps a également été mis à profit par une médecin pour revoir le dossier de son patient ; temps qu'elle a généralement du mal à dégager lors de consultations moins spécifiques.

On parlera dans ces situations plus volontiers d'adaptations aux particularités engagées par ce type de consultation que d'aménagements.

Néanmoins, trois médecins évoquent une organisation particulière de leurs consultations :

Pour exemple, le fait de « structurer des espaces » où la parole est présente et des espaces où la parole sera moins présente, ce qui déterminera également le moment de l'examen médical.

« Le temps de l'examen clinique n'est pas le temps de l'interprétariat : je sollicite l'interprète soit avant, soit après l'examen clinique »

Un autre médecin fait part des difficultés qu'il a rencontrées à la suite de ses premiers recours au dispositif. À l'issue du temps d'interprétariat et de l'examen, il se retrouvait sans interlocuteur afin d'expliquer le traitement aux patients. Il a donc organisé sa consultation différemment : il examine le patient en même temps qu'il a l'interprète au téléphone. Il essaie de préciser rapidement le motif et les symptômes en même temps que l'examen afin de pouvoir expliquer le traitement et la prescription au patient.

Une fois le temps d'interprétariat terminé, il retourne au bureau avec son patient pour faire la prescription et essaie de reprendre les éléments préalablement expliqué. « Cela demande d'être très synthétique et de tout faire en même temps. »

Un autre, évoque une vigilance particulière dans l'aménagement de la suite du parcours de soins. Il essaie d'être mesuré dans les demandes d'examens pour ne pas engager de difficultés supplémentaires pour les personnes. Il essaie aussi autant que possible de mettre en place une coordination avec l'hôpital de secteur. Malgré ces précautions, cela reste pour lui une prise en charge dégradée.

4. Bénéfices de l'interprétariat dans la relation de soins

D'un point de vue du soin, le dispositif permet entre autres :

- d'être sûr que le patient ait compris ;
- de comprendre le/les motifs de la consultation ;
- de permettre une réciprocité des échanges ;
- de poser un diagnostic correct ;
- d'approcher la dimension médico-sociale lors de la consultation ;
- d'éviter la communication en langue par un tiers non professionnel.

« Cela permet de soigner correctement des personnes que l'on soignait mal auparavant parce qu'on n'avait pas accès à la langue ».

Au-delà de l'atteinte des objectifs de soins, l'appui de l'interprète leur permet de nouer une relation avec le patient, élément essentiel de leur pratique, mais surtout de les comprendre « dans leur individualité », « de créer du lien humain, de rendre le contact plus humain ».

« […] pour dire les mots qui soignent, pour entendre les plaintes des patients, pour entrer dans une relation empathique, construire une vraie relation d'aide qui permet d'avancer et d'appliquer les soins qui sont nécessaires. »

« […] c'est un métier de relation humaine, donc le fait de ne pas se comprendre est handicapant. Si on n'arrive pas à se comprendre, on devient des vétérinaires, on est plus des médecins ».

Cette dichotomie entre l'impossibilité de communication qui induit pour les médecins le sentiment d'une « médecine vétérinaire » et les échanges qui permettent de retrouver une dimension humaine dans la relation de soins est très présente dans les entretiens.

L'intervention d'un interprète modifie positivement le rapport entre médecin et patient, mais également leur posture : ils sont plus « sereins », « ont l'impression de pouvoir mieux travailler », de pouvoir échanger « d'égal à égal », retrouvant ainsi leur statut de « sujets autonomes ».

De manière générale, cette intervention semble bien accueillie par les patients. Différents éléments viennent appuyer ce sentiment : certains médecins parlent de changement d'attitude du patient qui s'ouvre alors qu'il semblait auparavant « introverti, fuyant », d'une réassurance, d'un sentiment de confiance en entendant leur langue maternelle.

« … il y a un truc merveilleux quand il y a l'interprète sur le patient, c'est de voir que le médecin leur parle dans leur langue. Ouah, c'est magique. Ils ont les yeux qui s'écarquillent. Il y a un soulagement, un confort, c'est particulier. J'adore ces moments-là […] »

« J'ai l'impression d'avoir à nouveau un patient en entier devant moi. »

Le fait est que l'initiative du recours au dispositif d'interprétariat agit positivement dans les échanges et leur sentiment d'être mieux pris en charge.

« Ce qui est très difficile à faire dans une consultation sans interprète et que l'intervention d'un interprète permet d'obtenir, c'est les représentations, les peurs que peut avoir le patient. Cela permet d'aller au-delà de la simple plainte, du symptôme. L'interprète peut avoir un vrai rôle de médiation : la question sera ressentie moins durement quand elle est interfacée, et ça peut libérer la parole. »

Les médecins de leur côté engagent ces consultations plus sereinement. Le fait de savoir qu'ils peuvent avoir recours au dispositif en cas de difficultés est un élément rassurant : il permet entre autres d'éviter les échecs de consultation quand la communication est impossible.

Cas d'un patient russophone suivi pour de l'hypertension. En Russie, la prise en charge pour l'hypertension est différente et la relation à la prise médicamenteuse, au traitement également (prise unique, ponctuelle). Ainsi le patient ne comprenait pas la nécessité du « traitement de fond ».
L'intervention de l'interprète a permis de mettre en lumière cette différence culturelle et permis au médecin de reprendre cet élément avec son patient.

Un patient a fait appel à un médecin pour un certificat de plausibilité (personne ayant subi des tortures).
Cette personne était accompagnée d'un homme dont le médecin savait que lui-même avait été victime de faits similaires. Il a pris la décision de refuser que cet homme face office d'interprète pour cette situation.
Le médecin a cherché un interprète, mais il n'en a pas trouvé (langue rare). Il a donc organisé une nouvelle consultation, mais avec une autre personne de l'entourage, mais le niveau de traduction était mauvais et il se retrouve dans l'obligation d'organiser une nouvelle consultation.
Dans ce cas, le besoin d'interprétariat était impérieux.

« J'aborde beaucoup plus sereinement ces consultations, car je sais que je dispose d'une solution pour comprendre et me faire comprendre. Avant j'aurais pu me retrouver en situation d'échec. »

Au-delà du gain indéniable sur la qualité des soins qu'il leur était difficile de mettre en œuvre sans communication avec leur patient, cela redonne la possibilité aux médecins d'être attentif à la bonne compréhension du patient, de comprendre et/ou tenir compte des différences culturelles dans la réception des soins, du traitement.

Cela permet également d'éviter la communication par un tiers non professionnel. Les patients eux-mêmes peuvent anticiper ces difficultés de dialogue avec leur médecin en étant accompagnés ou encore en ayant à disposition des contacts téléphoniques de personnes pouvant faire office de traducteur. Néanmoins cette démarche, si elle est un levier pour des consultations dites « simples », pose un certain nombre de questions voire de difficultés pour d'autres types de consultations.

En effet, l'identité du tiers non professionnel (*enfant, adolescent, proche, ou encore personne de l'entourage dont le lien avec le patient n'est pas connu du médecin*) peut induire une forme de « censure » pour le médecin, devant restreindre son interrogatoire médical afin d'éviter des questions plus personnelles, plus « sensibles ». D'autre part, cela pose des difficultés dans la garantie du secret médical, ou encore au moment de l'examen clinique.

« Et puis, la personne ne se sent pas forcément à l'aise pour dire tout ce qu'elle a à dire quand c'est sa famille qui traduit. »

5. Échanges autour du dispositif

Les besoins exprimés par les médecins expérimentateurs

Les médecins exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle ou encore en cabinet de groupe peuvent plus facilement et de manière plus formalisée échanger sur cette problématique, entre médecins mais également avec les autres professionnels de santé présents, confrontés aux mêmes difficultés de communication avec leurs patients.

L'intérêt de permettre à d'autres professionnels de santé d'accéder au dispositif d'interprétariat est évoqué à plusieurs reprises, notamment en lien avec des besoins d'accès aux soins spécifiques tels que les suivis de grossesse, ou encore de personnes avec de jeunes enfants. La question de l'accès au dispositif d'interprétariat est également abordée dans le cadre du parcours de soins et la difficulté d'orienter ces personnes vers des spécialistes libéraux tenant compte des problématiques de communication observées.

A la question *« Comment faisiez-vous avant ? »,* outre les accompagnants faisant fonction de traducteurs, les médecins ont évoqué :

- L'utilisation de l'anglais et/ou de l'allemand : mais tous ne se sentent pas à l'aise ou en capacité de mener une consultation en langue étrangère.
  Une des médecins met en avant cette difficulté de consultation en langue anglaise face à des patients qui par ailleurs ont une bonne maitrise de cette langue. Elle évoque en parallèle l'opportunité de proposer des formations à l'anglais médical pour les médecins.
- L'utilisation de signes, d'images, de dessins.
- L'utilisation d'outils informatiques tels que Google Traduction ou encore Traducmed.
  Le premier est plus souvent cité, et utilisé pour la traduction de mots ou encore de phrases simples et courtes. Cependant, il reste utilisé avec précaution en raison de traductions approximatives voire non pertinentes.

Ces éléments sont jugés peu satisfaisants en l'état avec un risque élevé de mise en échec de la consultation. Cependant, avant la mise en place de l'expérimentation, ces « bricolages[13] » – pratiques reconnues par les professionnels tantôt dans sa connotation péjorative, tantôt dans sa dimension épistémologique – représentaient les seuls soutiens mobilisables face aux besoins immédiats de la consultation.

Seules les médecins installés en ante-région Alsace, bénéficient à ce jour d'une ressource professionnelle d'interprétariat via le dispositif d'interprétariat médical en présentiel mis en place par Migrations Santé Alsace.

Interprétariat téléphonique et interprétariat en présentiel

Les médecins interrogés et exerçant en ante-région Alsace au sein de l'Eurométropole de Strasbourg disposent d'une ressource d'interprétariat en présentiel[14] préexistante à l'expérimentation de l'interprétariat téléphonique.

Pour les médecins ayant l'expérience de l'interprétariat en présentiel, les deux modalités sont complémentaires, car elles répondent à des besoins d'accompagnement différents.

Globalement, l'interprétariat présentiel permet au médecin de disposer de l'information ayant trait au langage non verbal, de plus facilement recentrer les échanges, ou encore bénéficier de l'aide de l'interprète de par sa manière de formuler, expliciter certains éléments de la conversation. Ces

[13] « Le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâches diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'elles à l'obtention de matières premières et d'outils, conçus et procurés à la mesure de son projet : son univers instrumental est clos, et la règle de son enjeu est de toujours s'arranger avec les « moyens du bord », […] ». Claude Lévi-Straus, *La Pensée sauvage*, Paris, Ed. Plon, 1960, p. 27

[14] D'autres travaux, menés notamment par Migrations Santé Alsace, permettent d'aller plus loin dans la présentation des apports d'un interprète professionnel en présentiel ; se reporter aussi au Référentiel de la HAS.

consultations pourront être optimisées et dédiées à l'exploration de plusieurs thèmes voire de consultations plus complexes, car « cela permet de prendre plus de temps, d'aller plus en profondeur ».

« c'est différent quand il s'agit d'un interprète en présentiel, il peut y avoir une « hypertrophie de la phase anamnestique qui peut induire une deuxième consultation dédiée à l'examen clinique »

L'interprétariat téléphonique quant à lui, permet de répondre à un besoin de soins non programmé, d'être réactif face à une difficulté immédiate, quels que soit l'heure et le lieu (exemple : visites à domicile). Néanmoins la limite de temps impose aux médecins de se concentrer sur le besoin immédiat. « Pour l'interprétariat téléphonique, je ne travaillerai que sur un thème. »

Un autre avantage de l'interprétariat téléphonique abordé par l'un des médecins interrogés, est l'anonymat. Cela peut rassurer les patients de ne pas recroiser les mêmes interprètes dans d'autres domaines de leur vie.

6. Conclusion

De manière générale, les médecins ont une expérience positive du dispositif. En dehors de quelques recours rendus plus difficiles par une saturation du service, les recours ont été qualifiés de « faciles », avec « un service réactif », des interprètes « disponibles rapidement » et une « bonne réponse aux besoins ».

« C'est un atout lors de la consultation. »,

« Cela permet de soigner les patients de manière plus confortable, d'arriver à quelque chose de satisfaisant, même si cela ne résout pas tous les problèmes. »

« Cela permet d'apporter une réponse appropriée, de ne pas prescrire des examens complémentaires parce qu'on ne comprend pas et qu'on ne sait pas quoi répondre. »

Le niveau de traduction est également apprécié : « On a l'impression qu'ils prennent vraiment le temps de bien écouter ce que je dis, […] on a l'impression que le texte (à la voix) correspond à ce que j'ai dit. Et du coup, les personnes font des réponses pertinentes. Il y a vraiment une cohérence de l'interprétariat […] »

« Interprète très impliquée. […] Elle s'adapte avec des mots très simples à la compréhension de la patiente. Sans interprète, cette consultation aurait été impossible. »

« Elle m'apparaît très impliquée, elle fait mieux que traduire : elle me demande de préciser pour bien comprendre ce que je dis et explique de la même façon au patient. Elle fait le travail de mise à la portée, de mise à niveau que j'ai moi-même du mal à faire. »

En cela, les professionnels reconnaissent les domaines de compétences[15] de l'interprète mobilisées au bénéfice de la prise en charge des patients.

En conclusion, le soutien de l'interprétariat téléphonique lors des consultations permet aux médecins, outre de répondre aux objectifs de soins par une compréhension mutuelle, d'être réactif face à un besoin immédiat limitant ainsi une réponse inadéquate, ou encore une mise en échec, une impossibilité de prendre en charge le patient.

De plus il permet au médecin d'avoir une réelle relation de soins avec les patients, de les considérer dans leur individualité.

On notera enfin que les médecins expérimentateurs ont eu recours raisonné du dispositif, et l'explicitent comme tel : aucun des médecins expérimentateurs n'y a eu recours par automatisme, ils ont « ciblé », chacun évaluant dans les échanges avec leurs patients la pertinence de faire appel à un interprète.

[15] Les quatre domaines de compétences identifiés dans le référentiel de la HAS sont : le cadre professionnel, l'interprétation de liaison, la distanciation et l'attention interculturelle. HAS, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé – Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques », Octobre 2017, pp. 25-26.

SYNTHESE ET POINTS DE VIGILANCE

Avant d'aborder les deux objectifs de l'évaluation, il convient de poser les limites de celles-ci pour apporter les réponses attendues.

La période d'évaluation considérée s'avère en effet courte au regard de la montée en charge très progressive du recours au dispositif, ce qui peut limiter le recul des médecins utilisateurs et la portée des éléments avancés. Aussi, l'évaluation n'apporte pas tant de « recommandations » que de « points de vigilance » pour la poursuite de la réflexion.

De plus, il est dommage de n'avoir pu obtenir d'entretiens auprès de médecins inscrits dans le dispositif d'expérimentation, mais ne l'ayant pas investi à ce jour. Leur pratique et les raisons de non recours (pas de besoins, appréhension quant à l'utilisation d'un nouveau dispositif pouvant induire des modifications de pratiques…) auraient pu apporter un éclairage sur la manière de communiquer et d'accompagner les médecins dans le cadre de la généralisation du dispositif.

Une autre limite tient à l'absence d'évaluation par les bénéficiaires reçus en consultation avec un interprète. Il nous est à ce titre possible d'indiquer la thèse en cours d'une interne, qui a pu découvrir le dispositif dans le cadre de son stage auprès d'un des médecins expérimentateurs.

Enfin, parmi les outils développés pour mesurer les résultats de l'évaluation, le recueil d'informations à l'issue de chaque consultation à l'aide d'un questionnaire peut s'avérer opérant, à condition que celui-ci reste concis et limité à une période courte : on observe une baisse du nombre de réponse dans le temps lors de l'expérimentation.

I. Les raisons de la sollicitation d'un interprète par les médecins

Objectif de l'évaluation

- Mieux comprendre les raisons de la sollicitation d'un interprète par les médecins, et identifier les indices de besoin en interprétariat.

Les raisons de la sollicitation du dispositif sont dans un premier temps liées aux raisons de leur participation :

- Le fait d'avoir des **personnes allophones dans leur patientèle** de manière récurrente ou croissante et d'avoir expérimenté les difficultés liées à un défaut de communication dans leur capacité à mettre en œuvre des soins de qualité.
  Ce besoin peut être accentué par la présence de structures d'accueil de personnes allophones (demandeurs d'asile, migrants) qu'elles soient implantées de longue date ou récentes.
- De fait, les médecins font appel au dispositif d'interprétariat lors de consultations où ils se trouvaient **auparavant en « échec »**. Cette notion d'« échec » peut être graduée allant de l'impossibilité totale de mener la consultation, à des incompréhensions, des incertitudes lors de la consultation.

Cependant, dans le cas de personnes déjà suivies, le dispositif ne va pas interrompre les solutions mises en place en amont de l'expérimentation, et cela même si ce ne sont pas des solutions professionnelles.

La mise à disposition de ce service d'interprétariat téléphonique n'a pas induit de recours systématique ni massif : au regard des éléments quantitatifs à disposition, quelques médecins enregistrent un recours plus important, sans pour autant connaître les caractéristiques des patients reçus en consultation sur cette période, ni identifier de besoins plus prégnants dans l'expérience relatée.

Le recours au service téléphonique amène au même constat dans les **langues sollicitées** que celui observé pour le dispositif d'interprétariat présentiel alsacien, avec un fort recours pour l'albanais, le serbo-croate et le russe. Les médecins sollicitent l'aide d'un tiers dans les situations où ils n'ont pas

ou peu de possibilités d'échanges dans une autre langue et où le patient est moins entouré (pas de famille ou de proche pouvant traduire).

De plus, l'anglais – même limité (si l'anglais du patient est également limité) – n'est pas mobilisable pour les personnes issues de ces bassins de langue (personnes monolingues). Sur ce registre, quelques médecins évoquent leurs limites linguistiques liées à leur formation initiale comme continue.

Le premier motif de sollicitation pour les médecins, est de retrouver la possibilité de **pratiquer une médecine de qualité**, qui engage de fait un échange entre le médecin et son patient rendu plus autonome et permet une relation de soins. Cet élément apparaît comme un réel atout pour le déploiement du dispositif.

Les critères de recours au dispositif ne sont pas explicités précisément au regard de l'ensemble des consultations, ce qui ne permet pas de construire un « processus type » : ils sont évolutifs en fonction du patient et de la consultation et peut-être même de la pratique du médecin.

Néanmoins, les médecins parviennent à identifier ces critères pour chacune des situations. Ils en rendent compte lors des entretiens à partir de cas cliniques qu'ils ont pu énoncer pour illustrer leurs propos. Ils confirment un **principe d'« autorégulation »** dans le recours au dispositif, se concentrant sur les situations qui le justifient le plus[16].

Un seul site a eu l'occasion de solliciter deux modalités d'interprétariat : **téléphonique et physique**. Pour ces trois médecins, les solutions apparaissent comme complémentaires et non concurrentielles.

En l'absence d'expérience et devant la satisfaction ressentie par le recours à l'interprétariat téléphonique, les médecins interrogent peu la plus-value de la présence physique de l'interprète. Ils reconnaissent tout de même l'apport possible du non verbal et de l'empathie. Un médecin nous a même relaté une consultation d'annonce de cancer, où l'interprétariat téléphonique a été jugé tout à fait opérationnel et où l'interprétariat physique n'aurait, selon lui, peut-être rien apporté de supplémentaire (pourtant jugé plus adéquat par le référentiel HAS[17]), car la relation de confiance était bien installée avec cette patiente.

L'interprétariat téléphonique, très opérationnel, peut trouver ses limites dans la mise en place d'éducation thérapeutique du patient (ETP) par exemple, élément qui pourrait venir compléter une consultation de médecine générale pour des patients malades chroniques (évoqué lors d'un entretien).

POINTS DE VIGILANCE

- **Une formation / information des médecins sur le recours au dispositif**
  Plusieurs médecins ont évoqué quelques difficultés dans le déroulé de leur consultation : l'interprète ayant été sollicité pour expliciter les motifs de la consultation, le médecin n'a pas su s'il pouvait à nouveau recourir au dispositif pour l'explicitation du traitement.
  Cet élément doit confirmer l'intérêt d'une formation / information adaptée et en plusieurs temps aux médecins, pour leur permettre de s'approprier l'outil.

- **Une complémentarité de dispositifs d'interprétariat professionnels à développer**
  Pour les médecins découvrant l'accompagnement possible par un interprète professionnel, la plus-value d'un interprète en présentiel est entendue mais reste à être explorée pour mieux en appréhender la complémentarité avec le dispositif téléphonique, peut-être pas encore suffisamment éprouvé. identifier à quelle occasion solliciter quel dispositif.

[16] Un besoin exprimé par le patient lui-même n'a jamais été remonté comme un motif de sollicitation.
[17] HAS, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé – Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques », Octobre 2017.

II. Un dispositif d'interprétariat professionnel opérationnel

Objectif de l'évaluation

- Consolider un dispositif professionnel opérationnel :
  - Offrir une réponse de qualité adaptée aux besoins des médecins,
  - Participer à la réduction des inégalités sociales de santé (accès aux soins de premier et second recours),
  - Estimer les besoins d'interprétariat sur le territoire régional.

L'ensemble des professionnels entendus dans le cadre de l'évaluation confirme la **qualité de la prestation assurée** par le service d'interprétariat téléphonique.

Le dispositif est accessible (toute la semaine, week-end compris) et simple d'utilisation. Le temps de mise en relation avec un interprète semble incompressible et donc acceptable pour les professionnels. Enfin la traduction est jugée de qualité au regard des réponses pertinentes apportées par les patients.

Parmi toutes les consultations évaluées individuellement, seules trois n'ont pas permis d'atteindre les objectifs de soins (qui dépassait le cadre d'une consultation de médecine générale par un sujet trop complexe) ; et dans tous les cas, l'interprète a facilité la consultation et l'expérience donne envie aux médecins d'y recourir à nouveau.

Bien que cet élément ne soit pas évoqué comme un frein, le recours semble allonger sensiblement **le temps de consultation** : un temps perdu à court terme mais un gain de temps à moyen terme. L'on peut croire que dans le cadre de sa généralisation, auprès de médecins moins sensibilisés à la prise en charge de patients allophones, ce temps pourra limiter le recours au dispositif. Il convient donc de rester conscient de ce paramètre dans la communication sur le dispositif, dans un contexte de temps médical déjà contraint.

Forts des bénéfices acquis, aucun des médecins entretenus n'a évoqué de gêne ou de difficulté de positionnement dans une consultation avec un tiers[18]. Qu'il s'agisse du travail avec un interprète, de la barrière de la langue dans le parcours de soins ou de la diversité des publics accueillis, nombreux sont les sujets sur lesquels il est possible d'inviter de manière attentive et proactive les professionnels à **s'interroger sur leurs pratiques et se former**.

Quoique que ne couvrant pas l'ensemble du recours au dispositif, les éléments renseignés par les médecins dans le questionnaire indiquent qu'une majorité de patients pris en charge avec le recours d'un interprète bénéficie d'une couverture sociale.

Si le dispositif participe à la réduction des inégalités sociales de santé par une amélioration de l'accès aux soins de premier recours, l'objectif d'**accès aux soins de second recours** n'a pas pu être vérifié dans le temps imparti à cette expérimentation. Alors que l'expérimentation prévoyait initialement la possibilité d'orientation par le médecin généraliste vers un spécialiste (avec numéro unique d'accès à la plateforme d'interprétariat), celle-ci n'a finalement pu être mise en œuvre pour des raisons techniques. Elle a en revanche été évoquée par les médecins lors des entretiens comme un souhait dans le cadre du parcours de soins de leurs patients.

À ce titre, il convient alors de vérifier que les médecins ont bien connaissance de la possibilité d'orientation accompagnée et d'insister sur cette modalité dans les futures communications autour de l'utilisation du dispositif.

Plus encore, les médecins en exercice coordonné évoquent l'intérêt d'un **dispositif pour l'ensemble du parcours de soins du patient**, lors de l'orientation vers un médecin spécialiste, mais aussi dans

[18] Santé publique France, « Interculturalité, médiation, interprétariat et santé », *La Santé en Action*, n°442, décembre 2017. Éléments également identifiés dans les attentes des acteurs de l'interprétariat (référentiel HAS, p.17)

le cadre du premier recours pour des soins réalisés par les paramédicaux. Cette réflexion s'inscrit dans une réflexion plus large sur l'accès aux soins des personnes allophones et l'inscription de solutions dans le droit commun (cotation des consultations, portage d'un dispositif d'interprétariat à destination de tous les professionnels de santé).

L'utilisation du service sur **l'ensemble des sites expérimentateurs** par les médecins généralistes confirme les besoins du territoire. Ceux-ci ne sont pas forcément homogènes (certains en ayant eu une utilisation modérée, d'autres une plus importante), mais les modalités proposées permettent à chacun des médecins de s'en saisir selon ses besoins. Il n'apparaît ainsi pas de différences de recours pour les sites situés en QPV par exemple. Par ailleurs, les sites retenus dans les départements les plus concernés par une présence importante de personnes immigrées ne sont pas davantage utilisateurs que des sites dans d'autres départements, répondant à des **besoins très locaux**.

En cela, le dispositif peut répondre aux différents besoins du territoire tels qu'observés par la première phase de l'étude liée au cadrage quantitatif, avec certains départements fortement concernés par la présence de personnes non francophones, et d'autres plus ponctuellement ou récemment touchés.

De plus, il convient également sur ce point de noter que la montée en charge du dispositif étant très progressive, avec un recours « raisonné » / « ciblé », les besoins sur le territoire vont progressivement se faire jour, conjointement à une appropriation du dispositif par les médecins.

Il est par ailleurs intéressant de noter que la problématique de la barrière de la langue est un sujet de discussion entre les professionnels de santé exerçant de manière coordonnée (maison de santé, projet de CPTS). À ce titre, les **travaux de diagnostic de territoire,** engagés en amont de l'élaboration de projet de santé, sont de bons canaux d'identification de besoins. Il y a donc un intérêt à faire connaître le dispositif en parallèle des réflexions sur les actions à engager.

POINTS DE VIGILANCE

- **Une réponse adéquate aux besoins des médecins généralistes**

  La phase d'expérimentation ayant fait l'objet de la présente évaluation porte sur le recours au dispositif par des médecins généralistes. Si celui-ci s'avère concluant, il ne permet pas d'induire de résultats quant aux autres médecins susceptibles d'y recourir.
  Il convient en outre de rappeler que les médecins étaient volontaires pour participer à l'expérimentation, avec en amont une sensibilité à ces questions. Ce biais de sélection peut les rendre moins critiques vis-à-vis du dispositif au regard du gain de qualité apporté.

- **Un accès au second recours absent de l'expérimentation**

  Bien que les médecins soient conscients de l'intérêt d'ouvrir le dispositif à l'ensemble du parcours de soin du patient, la possibilité d'orienter vers un médecin spécialiste a finalement été exclue du périmètre de l'expérimentation.
  Il convient donc de rester prudent sur les modalités de réception du dispositif par l'ensemble des médecins.

- **Des besoins difficiles à quantifier sur le territoire**

  Si la problématique de la barrière de la langue et l'accès à un dispositif d'interprétariat sont des éléments discutés entre confrères et équipes de soins, aucun critère n'a en revanche été identifié pour définir des territoires avec des besoins à satisfaire.

III. Synthèse

1. Critères cités dans l'aide à la décision du recours à un interprète

En s'appuyant sur un article néo-zélandais (citation ci-dessous), il semble utile de pouvoir lister les critères cités par les médecins qui ont aidé dans la décision du recours à un interprète. Cette liste n'a pas vocation à être exhaustive.

Gray B., Hilder J., Stubbe M., « How to use interpreters in general pratice : the development of a New Zealand toolkit », *Journal Of Primary Health Care*, Vol. 4, N°1, march 2012, pp.52-61 + appendix.

- **Critères relatifs au patient**
  - Patient déjà reçu en consultation
  - Niveau d'aisance en français
- Situation sociale du patient (et particulièrement personne en CADA)**Critères relatifs à la communication**
  - Patient accompagné
  - Qualité de l'accompagnant (enfant, personne de l'entourage)
  - Communication en langue possible avec l'accompagnant
- Dispositif de communication précédemment utilisé avec le patient **Critères relatifs au praticien**
  - Possibilité d'échanges en anglais, voire allemand
- **Critères relatifs à la dimension des soins**
  - Motif de consultation identifié
  - Motif ayant déjà généré une précédente consultation
  - Capacité à faire un travail de qualité
  - Annonce de diagnostic
  - Complexité du traitement prescrit

2. Identification des principaux points d'attention repérés

À partir des éléments recueillis au cours de l'évaluation du dispositif, l'utilisation de la matrice SWOT[19] – outil d'analyse stratégique – permet de combiner l'étude des forces et des faiblesses du dispositif expérimenté avec celle des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition de pistes d'actions.

	Élément positif	Élément négatif
Origine interne	**FORCES** ▪ Rapidité ▪ Flexibilité / adaptabilité (horaires, lieux, territoires) ▪ Réponse adéquate aux besoins des médecins généralistes ▪ Évite les échecs de consultation ▪ Améliore la qualité de soins ▪ Améliore la relation de soins ▪ Permet l'accès aux soins ▪ Utilisation raisonnée et adaptée des médecins ▪ Souplesse dans la mise en œuvre technique pour le médecin (téléphone comme seul matériel nécessaire) ▪ Qualité reconnue de la prestation	**FAIBLESSES** ▪ Temps restreint de la communication téléphonique ▪ Induit une réponse à une seule problématique de soins ▪ Peut s'avérer moins adapté dans le cas de situations complexes, de problématiques multiples ▪ Limites de communication sur les modalités de recours possibles pour aider les médecins à s'en emparer
Origine externe	**OPPORTUNITES** ▪ Réponse à une évolution de patientèle (ex : installation d'un CADA) ▪ Complémentarité des dispositifs en présentiel et téléphonique ▪ Ouverture à d'autres professionnels de santé, aux professionnels de premier recours ▪ Généralisation du dispositif ▪ Opportunités et pertinence du portage d'un dispositif qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient	**MENACES** ▪ *Montée en charge progressive durant le temps de l'expérimentation qui limite les résultats de l'évaluation* ▪ Difficulté pour la suite du parcours de soins ▪ Temps de consultation plus long ▪ Risque de saturation du service par manque d'une offre diversifiée disponible (prestataires) ▪ Méconnaissance de l'utilisation du dispositif par l'ensemble des médecins, au-delà des professionnels déjà sensibilisés à la problématique ▪ Problématique de financement en cas de généralisation du dispositif

[19] Les initiales SWOT désignent les termes (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats) ou en français FFOM (Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces).

ANNEXES

I. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel

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

[Extrait de l'annexe : Interprète médical et social, Définition du métier]

Préambule et visées

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

L'interprétariat dans le domaine de la santé garantit aux professionnels des domaines concernés les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions.

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

[…]

Définition

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

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

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

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

- est spécialiste des échanges verbaux[20]; il travaille en temps réel; sa prestation est destinée exclusivement à l'audition directe et immédiate[21],
- ne peut exercer autrement qu'en présence des parties au cours de consultations et d'entretiens individuels, ou de réunions en comité restreint, en face-à-face ou téléphoniques,
- pratique essentiellement l'« interprétation consécutive » : ce mode opératoire nécessite un discours scindé par séquences pour que l'interprète en restitue le contenu, au fur et à mesure, et par intervalles réguliers,
- intervient pour imposer un temps de traduction, et ce dans l'attention du maintien de la fluidité des échanges entre les parties.

De manière spécifique, l'interprète médical et social :

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

[20] L'interprète médical et social peut être à la fois interprète et traducteur ; il s'agit toutefois de deux métiers distincts qui font appel à des compétences fondamentalement différentes.
[21] Nul enregistrement, y compris par les auditeurs, ne peut être fait sans leur consentement préalable.

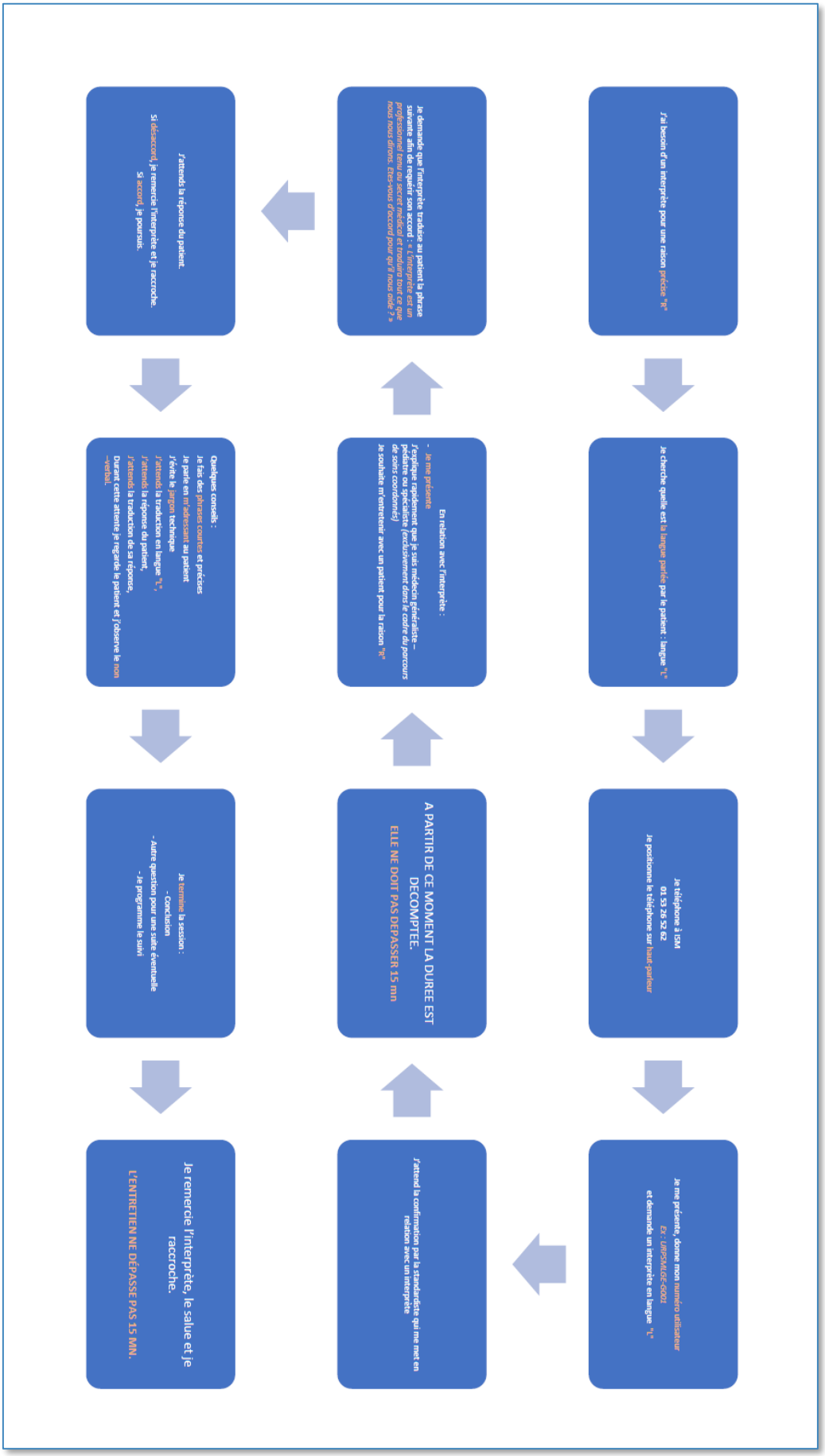
II. Support pour les médecins expérimentateurs

Support créé par l'URPS ML Grand Est dans le cadre de l'expérimentation du dispositif.

Extrait du didacticiel d'utilisation

Précautions d'utilisation :

- Faire des phrases courtes et précises
- Parler en s'adressant au patient
- Eviter le jargon technique
- Attendre la traduction en langue "L",
- Attendre la réponse du patient,
- Attendre la traduction de sa réponse,
- Durant cette attente regarder le patient et observer le non –verbal.


J'ai besoin d'un interprète pour une raison précise "N°"
Je cherche quelle est la langue parlée par le patient : langue "L"
Je téléphone à ISM
01 53 26 52 62
Je positionne le téléphone sur haut-parleur
Je me présente, donne mon numéro utilisateur
Ex : UXP2MLG5F-G0001
et demande un interprète en langue "L"
J'attend la confirmation par la standardiste qui me met en relation avec un interprète
A PARTIR DE CE MOMENT LA DUREE EST DECOMPTEE.
ELLE NE DOIT PAS DEPASSER 15 mn
En relation avec l'interprète :
- Je me présente
J'explique rapidement que je suis médecin généraliste – pédiatre ou spécialiste (exclusivement dans le cadre du parcours de soins coordonnés)
Je souhaite m'entretenir avec un patient pour la raison "N°"
Je demande que l'interprète traduise au patient la phrase suivante afin de requérir son accord : « L'interprète est un professionnel tenu au secret médical et traduira tout ce que nous nous dirons. Etes-vous d'accord pour qu'il nous aide ? »
J'attends la réponse du patient.
Si désaccord, je remercie l'interprète et je raccroche.
Si accord, je poursuis.
Quelques conseils :
Je fais des phrases courtes et précises
Je parle en m'adressant au patient
J'évite le jargon technique
J'attends la traduction en langue "L",
J'attends la réponse du patient,
J'attends la traduction de sa réponse,
Durant cette attente je regarde le patient et j'observe le non-verbal.
Je termine la session :
- Conclusion
- Autre question pour une suite éventuelle
- Je programme le suivi
Je remercie l'interprète, le salue et je raccroche.
L'ENTRETIEN NE DÉPASSE PAS 15 MN.

III. Questionnaire flash

Expérimentation de l'interprétariat médical

Nous vous remercions de participer à l'expérimentation de l'interprétariat médical.
L'évaluation du dispositif expérimental est réalisée à la demande et grâce au soutien financier de l'ARS Grand Est.

Rappel : Ce questionnaire est à renseigner à l'issue de chaque sollicitation d'un interprète.

Vos interlocuteurs, pour toute question relative :

- au renseignement de ce questionnaire :
  Mme Marie Anselm, chargée d'études à l'Observatoire régional de la santé (ORS) Grand Est : marie.anselm@orsal.org / 03 88 11 69 80
- au dispositif expérimental d'interprétariat :
  Dr Pierre Tryleski, porteur du dispositif expérimental à l'URPS ML Grand Est : pierre.tryleski7@orange.fr.

EXPERIMENTATION DU DISPOSITIF

*** 1. Numéro d'identifiant**

Il s'agit du numéro qui vous a été attribué par l'URPS pour participer à l'expérimentation du dispositif.

DATE ET LIEU DE LA CONSULTATION

*** 2A. Date de la consultation**

...

Format : dd.mm.yyyy

*** 2B. Heure de la consultation**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

Heure

Minutes

*** 3. Lieu de la consultation**

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Cabinet du médecin
- ○ Domicile du patient
- ○ Autre lieu (préciser) :

RECOURS A UN INTERPRETE

*** 4. Vous a-t-il été facile d'obtenir un interprète ?**

○ Oui ◉ Non

*** 4+. Si non, pourquoi :**

*** 5. Pour quel type de situation principal avez-vous sollicité l'interprète ?**

Veuillez remplir également le champ "autre commentaire".

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Anamnèse – recherche diagnostique
- ○ Explicitation d'un diagnostic
- ○ Planification des soins (exploration complémentaire, traitement, organisation d'un suivi ou d'un recours à un spécialiste)
- ○ Médico-social
- ○ Autre (préciser) :

*** 6. Votre patient bénéficie-t-il d'une couverture sociale ?**

○ Oui ○ Non

A L'ISSUE DE LA CONSULTATION

*** 7. Avez-vous atteint les objectifs de votre consultation ?**

○ Oui ◉ Non

*** 7+. Si non, pourquoi :**

*** 8. La présence de l'interprète a-t-elle facilité la consultation ?**

○ Oui ◉ Non

*** 8+. Si non, pourquoi**

*** 9. Pensez-vous recourir à nouveau au service d'interprétariat ?**

○ Oui ◉ Non

*** 9+. Si non, pourquoi :**

10. Commentaire libre :

IV. Guide d'entretien

Présentation

- **Aide à la décision pour l'extension d'un dispositif d'interprétariat en médecine de ville**
- **Entretien qui porte sur votre utilisation du dispositif expérimental**

1. Participation à l'expérimentation

- Qu'est-ce qui vous a incité à participer à cette expérimentation ?
- Avez-vous eu recours au dispositif d'interprétariat depuis le début de l'expérimentation ?
  - *Si non, pour quelles raisons ?*

2. Sollicitation dispositif d'interprétariat

- Pour quelles raisons avez-vous décidé de faire appel ou non à un interprète ?
- Pour quel type de consultation avez-vous pris la décision de sollicité un interprète ? (Motifs)
- À quel moment de la consultation avez-vous fait appel à un interprète ?

  Relances possibles :
  - *Quels arbitrages/ quels critères ?*
  - *Quels motifs ? (Anamnèse – recherche diagnostic, explication du diagnostic, planification des soins, médico-social, autres)*
  - *Pour quels patients ? pour quelles langues ?*

3. Impacts dans le déroulement de la consultation

- Comment s'organise une consultation avec interprète ?
- Y-a-t-il un temps de préparation en amont de la consultation ?

  Relances possibles :
  - *Organisation différentes ?*
  - *Quels aménagements ?*
  - *Pendant la consultation (pratique professionnelle) ?*
  - *Dans la relation avec le patient ?*
- Quels impacts sur la consultation ?
  - *Consultation plus longue ?*
  - *A été un levier ? pour … ?*
  - *Éléments pour lesquels cela n'a pas été une réponse adaptée ?*
- Comment faisiez-vous avant ?
  - *Quels freins levés grâce au dispositif ?*
- Votre manière d'aborder les consultations (sans interprète) est-elle différente depuis que vous avez eu accès à ce dispositif ?
  - *Éléments auxquels vous êtes plus attentif ?*

4. Évaluation / besoins en rapport avec le dispositif

- Le recours au dispositif a-t-il été facile ?
  - *Prise de contact*
  - *Mise en place*
- Le dispositif a-t-il répondu vos besoins ?
- L'accompagnement des personnes allophones est-elle une problématique dont vous pouvez discuter avec des confrères/ autres professionnels ?

Relances possibles :

- *Dans quel cadre (formel ? informel ?)*
- *Toute les professionnels de l'équipe sont-ils à l'aise/ sensibilisé sur cette problématique ?*
- *Connaissance de ressources sur le territoire ?*

Conclusion

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose pour compléter nos échanges ?

Agence régionale de santé Grand Est

Siège : 3, Boulevard Joffre
54000 NANCY
Tél. : 03 83 39 30 30
E-mail : ars-grandest-contact@ars.sante.fr

Union régionale des professionnels de santé – Médecins libéraux Grand Est

Siège : Centre d'Affaires Les Nations
23, Boulevard de l'Europe
54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY
Tél. : 03 83 58 47 58

Observatoire régional de la santé du Grand Est

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1er étage
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex
Tél. : 03 88 11 69 80 – E-mail : contact@ors-ge.org
Site internet : www.ors-ge.org