



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



ANNEE 2017

N° 192

EXPERIENCE VECUE DES MEDECINS

ET

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

FACE AU PATIENT ALLOPHONE

ETUDE QUALITATIVE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **8 septembre 2017**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

LENG Gabrielle

Née le 18 octobre 1986 à Rennes

Sous la direction du Professeur MOREAU Alain

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud-	Doyen : Carole BURILLON
Charles Mérieux	
Institut des Sciences Pharmaceutiques	Directrice : Christine VINCIGUERRA
Et Biologiques (ISPB)	
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques	Directeur : Xavier PERROT
De Réadaptation (ISTR)	
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des	Directeur : Yannick VANPOULLE
Activités Physiques et Sportives (STAPS)	
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Et Assurances (ISFA)	
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat	Directeur : Alain MOUGNIOTTE
Et de l'Education (ESPE)	

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Negrer	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérérologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Negrer	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fournieret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaïb	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénérérologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS AU PRESIDENT ET MEMBRES DU JURY

A Monsieur le Président du jury, Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie d'avoir accepté. Je vous remercie aussi de votre enthousiasme et de votre écoute prévenante lors de notre échange. Recevez ma sincère gratitude et mon profond respect.

A l'un des membres assesseurs, Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD,

Après avoir accepté de participer à ce jury de thèse, vous avez souhaité que nous échangions sur ce travail. Je vous en remercie. Ce fut très instructif et le fruit de nombreuses réflexions. J'ai beaucoup apprécié votre franchise. Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance.

Au directeur de thèse, Monsieur le Professeur Alain MOREAU,

Vous avez accepté de m'accompagner dans ce travail. D'abord avec le mémoire d'initiation à la recherche, puis avec ce travail de thèse. Malgré vos multiples occupations, je vous remercie vivement de l'attention que vous avez porté à ce sujet qui me tenait à cœur et de la confiance que vous m'avez témoignée. Je vous suis très reconnaissante de votre écoute, de vos conseils aguerris, de votre bienveillance, de votre pédagogie et de votre grande patience. Avec toute ma sincère et respectueuse gratitude.

Aux autres membres assesseurs, Monsieur le Docteur Spyros FRANGUIADAKIS,

Je ne saurais vous remercier d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Vous avez été bienveillant lors de notre rencontre et je vous remercie de l'attention que vous portez à ce travail. Je suis heureuse que votre présence puisse étoffer les perspectives de la qualité de ce jury. Croyez à l'assurance de mon profond respect.

A Madame le Docteur Halima ZEROUG-VIAL,

Je vous remercie de la rapidité avec laquelle vous avez répondu présente pour juger ce travail de thèse. Votre expérience et vos compétences sont précieuses, l'intérêt que vous portez à ce sujet est un honneur. Recevez ma sincère considération.

Au membre invité, Monsieur le Docteur Charles VANBELLE,

Depuis le travail de mémoire sur Traducmed où tu m'as apportée ton expérience et ensuite la curiosité que tu as témoignée pour ce travail de thèse, c'est bien naturellement que je t'ai demandé de faire partie de ce jury. Je te remercie d'avoir accepté en toute simplicité. Je suis sincèrement touchée de ta disponibilité et de ta bienveillance. Avec ma respectueuse sympathie.

Enfin, aux médecins participants à l'étude,

Je vous remercie du temps précieux que vous m'avez consacrée, sans votre aide ce travail n'aurait clairement pas été possible. Je vous suis sincèrement reconnaissante de votre confiance, de la sollicitude que vous avez porté à ce sujet et de tout ce que vous m'avez appris.

Aux patients, aux médecins, aux équipes paramédicales qui m'ont formée et fait aimer la médecine générale pendant mes études. Particulièrement merci aux docteurs Chirol, Fromage et surtout Albert.

REMERCIEMENTS

A la vie, toutes ces rencontres providentielles qui m'ont aidée à grandir en humanité.

A ma famille.

A mes chers parents, je ne sais comment vous dire merci pour tout votre soutien pendant ces études. Pour toutes ces petites choses qui ont fait mon bonheur, en passant par les appels téléphonique, les petites réparations coutures, les petits rouleaux de printemps ou la noix de coco fraîche ouverte sur le balcon. Toutes les fois où vous avez essayé d'apaiser des angoisses du travail et de la vie. Vos conseils, le témoignage de vos vies, votre amour, me font grandir encore. Ils sont une richesse inépuisable que je chéris au fond de mon cœur.

A Juliette, ma sœur chérie, on a partagé tellement de choses, de grandes joies comme de grandes peines. Je suis tellement heureuse de t'avoir à mes côtés. Maintenant nous vivons nos vies, avec Benjamin je vous souhaite plein de bonheur, et j'espère que je serai une bonne marraine pour Etienne.

A ma tante Astrid, que de joie d'avoir pu partager plus de moments ensemble pendant mes études. Même s'il te faut mettre ta montre une heure avant l'heure pour être en retard. J'aime ton humour, ta tendresse, ton originalité et ta générosité. Tu es comme le sel dans nos vies.

A mes tantes, à ma marraine. A mes cousines chères, et mon cousin. On a fait les 400 coups ensemble, on a tellement ri à en perdre le souffle. Tant d'aventures partagées... On ne se voit plus autant qu'avant mais les retrouvailles sont toujours aussi joyeuses.

A mon oncle, avec ta voix, ta moustache qui nous piquait les joues quand on était petite, j'aurais souhaité que tu sois encore là. Au revoir cher tonton.

A mes grands-parents, vous êtes bien présents dans nos vies. Surtout à Mamie, pour ton témoignage de vie, merci.

A mes amis.

A Julie, comment te remercier de ton amitié si vraie et riche, qui compte énormément à mes yeux. C'est pour moi le cadeau le plus précieux. Merci ma Julie, ma sœur de coeur.

A Tiphaine, le lycée, puis la fac, puis l'érasmus, puis ton mariage, nous aurons partagé tant de belles choses. Même si le temps passe trop vite, notre amitié reste très précieuse.

A Claire, merci de ta profonde et sincère amitié. Je te remercie d'avoir partagé ces lieux de vie à l'internat, le temps d'un week-end ressourçant. Nos entrevues régulières sont une vraie source de joie. Je ne saurais comment t'exprimer ma gratitude quant à ta relecture pointilleuse et bienveillante.

Aux Domini, vous m'avez accueillie à bras ouverts. J'ai redécouvert une famille, un lieu de ressourcement. J'ai été profondément marquée et touchée par tous ces moments. Je les garde précieusement dans mon cœur, ils me font grandir au quotidien. Merci.

Aux Erasmi, JV, Mathilde, Alix, Sam, Marine, Biche, vive le chocolat Kinder, il cielo è stato sempre più blu avec vous. Toutes ces soirées déguisées, tous ces rires et parfois ces cinquanta mila lacrime à la Mine Vaganti. Et puis maintenant la famille s'agrandit. Hé Va Bene !

A Guillaume, merci pour ce voyage en Inde, cette folie enthousiaste partagée qui nous a en quelque sorte vidés de nos tensions ECNistes. Ta délicatesse et ta bienveillance m'ont toujours beaucoup touchée. J'espère que nous pourrons sortir la voile un jour Capitaine Haddock. Et surtout Namastéééé !

A Blandine, je te remercie de ton amitié qui compte beaucoup pour moi. C'est une consolation de partager les mêmes expériences, et de ne pas être seule à les vivre.

A Caro, partager avec toi toute cette joie de vivre dans le sport m'a beaucoup appris. Je suis tellement heureuse que tu sois maintenant maman. J'espère que nous nous reverrons vite malgré nos plannings surchargés.

A Cloclo, je te remercie mille fois de ton aide. Quelle joie d'avoir toujours pu compter sur toi dans ce travail. Je remercie Juju et votre adorable petite Lison pour leur patience. Je te remercie de ta fidélité en amitié, de tous ces moments que nous avons partagés et de toutes nos discussions qui nous enrichissent.

A Gwendou, petit nem aux crevettes, je te remercie de l'amitié que nous partageons, de ton aide dans les moments difficiles de cet internat, comme dans les moments les plus joyeux.

A Marco, je n'oublierai jamais ta disponibilité pour ce travail, je te remercie de ton amitié fidèle et des conseils que tu as pu me donner.

A Nico & Nico, Nico merci pour tous ces morceaux joués au piano et au violon, pour ces petits moments shopping et parfois cuisine. J'aime ces moments où nous rions aux éclats. Merci pour ton amitié. Nico merci d'avoir répondu présent pour ce travail, pour tous nos échanges et tes bons conseils.

A Flo et Jen, merci pour tous ces moments. J'espère que nous ferons notre groupe de pairs multidisciplinaire.

A Pierre, merci pour ton amitié et la coloc.

A tous les cointernes, Jeremy, Agathe, Audrey, Cécile, Richard, Elsa, Thibault, Anaïs, Anne-Charlotte.

A Samuel, je ne sais pas comment te remercier de ta patience, ta discrétion, ton soutien au quotidien qui ont été une aide plus que précieuse. Tous tes petites gestes, les bons petits plats, la musique, les sourires, les baci e tutti quanti m'ont remontée le moral pendant ce travail. Merci pour tout ce que nous partageons, tous ces moments de vie que je garde précieusement dans mon esprit. Merci pour toutes ces aventures et celles à venir. Merci d'être la personne que tu es aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	18
METHODE	20
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	20
GUIDE D'ENTRETIEN (Annexe 1)	20
POPULATION	21
ENTRETIEN INDIVIDUEL SEMI-DIRECTIF	21
Réalisation	21
Retranscription des données en texte	22
Analyser les données, le codage	22
RESULTATS	23
CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	23
ANALYSE THEMATIQUE.....	24
I. VECU DIFFICILE	24
1. PAR RAPPORT AUX EMOTIONS.....	24
a. Tensions avec le médecin lui-même.....	24
b. Tensions avec le patient	25
b.1/ à cause de la barrière linguistique.....	25
b.2/ à cause de la barrière socio-culturelle.....	26
2. PAR RAPPORT A SES VALEURS.....	27
a. Liée à des conflits éthiques sur le travail à réaliser.....	27
b. Liée à un manque de moyens sur le travail à réaliser.....	28
c. Lié au travail jugé inutile	28
c.1/ Face à la barrière de la langue	28
c.2/ Face à la barrière sociale	29
3. PAR RAPPORT AUX COMPETENCES DU MEDECIN	29
a. Ses langues étrangères peu ou pas maîtrisées.....	29
b. Sur la prise en charge sociale	30
c. Sur la communication interculturelle	31
4. PAR RAPPORT A L'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	31
a. Une pression temporelle	31
b. Des horaires de travail atypiques	32
c. Un rythme de travail contraint.....	33
d. Imprécision des objectifs de travail	33
e. Inadéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités.....	35
f. Consignes de travail incompatibles entre elles	37
g. Gestion de la polyvalence.....	38
h. Suivi médical interrompu.....	39
i. Attention et vigilance	39
5. PAR RAPPORT AUX RELATIONS SOCIALES	40

a.	Avec le système de santé.....	40
b.	Avec les autres confrères	41
	b.1/ L'orientation des patients vers les confrères était difficile	41
	b.2/ Un sentiment d'isolement	42
c.	Avec les partenaires sociaux.....	42
6.	PAR RAPPORT A LA SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE ET LE CONTEXTE HISTORIQUE.....	43
II.	VECU POSITIF	44
1.	PAR RAPPORT AUX EMOTIONS.....	44
	a. Tensions avec le médecin lui-même.....	44
	b. Tensions avec le patient	44
	b.1/ à cause de la barrière linguistique.....	44
	b.2/ à cause de la barrière socio-culturelle.....	45
2.	PAR RAPPORT A SES VALEURS	46
	a. Caractéristiques des médecins.....	46
	b. Une qualité non empêchée	47
	c. Un travail utile.....	47
3.	PAR RAPPORT AUX COMPETENCES DU MEDECIN	48
	a. Le plaisir au travail.....	48
	b. L'utilisation et l'accroissement des compétences.....	48
	c. L'autonomie du médecin selon ses compétences.....	49
	c.1/ Sur le plan linguistique	49
	c.2/ Sur la prise en charge sociale du patient.....	50
	c.3/ Sur la communication interculturelle	51
4.	PAR RAPPORT A L'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	52
	a. Aménagement des horaires de travail	52
	b. Précision des objectifs de travail	53
	c. Adéquation des objectifs avec les moyens.....	55
5.	PAR RAPPORT AUX RELATIONS SOCIALES.....	56
	a. Avec les autres confrères.....	56
	b.1/ Une orientation facilitée	56
	b.2/ Un sentiment de soutien	57
	b. Avec les partenaires sociaux	57
III.	LES PRATIQUES DE COMMUNICATION.....	58
1.	LA COMMUNICATION NON VERBALE	58
	a. Les signaux naturels	58
	b. Les signaux artificiels.....	58
	c. Les limites de la communication non verbale.....	59
2.	LES OUTILS PAPIERS.....	59
	a. Des livrets ou manuels de traduction.....	59
	b. Des ordonnances visuelles et écrites	60
3.	LES OUTILS INFORMATIQUES	60

a.	Les avantages	61
b.	Les inconvénients	61
4.	L'INTERPRETARIAT INFORMEL	63
a.	Les avantages de l'interprète informel	63
b.	Les limites de l'interprète informel	64
5.	L'INTERPRETARIAT PROFESSIONNEL (PHYSIQUE ET TELEPHONIQUE).....	67
a.	Un meilleur vécu	67
b.	Mais peu utilisé en pratique.....	68
c.	L'interprète professionnel au téléphone	71
c.1/	Les avantages	71
c.2/	Les limites	72
d.	L'interprétariat professionnel physique	72
d.1/	Les avantages.....	72
d.2/	Les limites	73
IV.	LEURS ATTENTES	74
1.	PAR RAPPORT AUX EMOTIONS.....	74
2.	PAR RAPPORT AUX COMPETENCES DU MEDECIN	75
a.	Sur le plan linguistique.....	75
b.	Sur la prise en charge sociale du patient	75
c.	Sur la communication interculturelle	75
3.	PAR RAPPORT AUX RELATIONS SOCIALES	76
a.	Avec 'le système de soins'	76
b.	Avec les confrères et les partenaires sociaux	77
DISCUSSION	78	
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	78	
I.	Les forces de l'étude	78
II.	Les limites de l'étude	79
ANALYSE DES DONNEES	79	
I.	LES PATIENTS ALLOPHONES RENCONTRES	79
1.	LES TOURISTES EN FRANCE	80
2.	LES MIGRANTS EN France	80
a.	Au niveau national.....	80
b.	Au niveau régional	81
c.	La santé et le recours aux soins des migrants en France	81
c.1/	Un moins bon état de santé	81
c.2/	Mais ces nouveaux migrants renoncent aux soins	82
c.3/	Les causes	82
II.	DE LA BARRIERE LINGUISTIQUE A LA COMPETENCE LINGUISTIQUE	83
1.	LA MAÎTRISE DES LANGUES DES PATIENTS ALLOPHONES MIGRANTS.....	83
2.	Outils de traduction.....	85

3.	L'INTERPRETARIAT	86
a.	L'interprétariat informel	86
b.	L'interprétariat professionnel	87
b.1/	Les intérêts	87
b.2/	Les obstacles	88
b.3/	Un recours croissant.....	89
4.	LA PERSONNE INTERPRETE.....	90
5.	LA NOTION DE COMPETENCE LINGUISTIQUE, UN MEDECIN-INTERPRETE	93
III.	DE LA BARRIERE CULTURELLE A LA COMPETENCE INTERCULTURELLE.....	95
1.	LE SYNDROME MEDITERRANEEN	96
2.	LA COMPETENCE INTERCULTURELLE.....	97
IV.	DES DIFFICULTES SOCIALES A LA COMPETENCE DE COMMUNICATION ET A LA COMPETENCE SOCIALE	99
1.	LES OBSTACLES A LA COMMUNICATION.....	100
2.	LA COMPETENCE DE COMMUNICATION	100
3.	LA COMPETENCE SOCIALE, LE RESEAU DU MEDECIN	102
a.	Les difficultés de prise en charge en ville	102
b.	Les difficultés de prise en charge en milieu psychiatrique	103
c.	Les difficultés de communication ville-hôpital	105
V.	DE LA BARRIERE ORGANISATIONNELLE A LA COMPETENCE ORGANISATIONNELLE.....	106
1.	LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS).....	107
2.	LE BURN-OUT OU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL	109
3.	LA COMPETENCE ORGANISATIONNELLE.....	110
VI.	SYNTHESE	112
	CONCLUSIONS	113
	BIBLIOGRAPHIE.....	115
	GLOSSAIRE.....	121
	ANNEXE 1	124
	ANNEXE 2	125
	ANNEXE 3	126
	ANNEXE 4	127

INTRODUCTION

La relation médecin-patient harmonieuse permet une démarche diagnostique efficace par la prise en compte du point de vue du malade. Elle favorise une bonne observance thérapeutique, et à une amélioration de la qualité de vie du patient.

Pour se faire les médecins sont formés à l'observation médicale. Un outil de travail utile pour la construction du diagnostic, l'élaboration de la prise en charge du patient, et la transmission de l'information. Sa construction se distingue en plusieurs étapes : un interrogatoire approfondi qui demande du temps et de la disponibilité, mais qui permet une histoire claire de la maladie, représentant la base essentielle du diagnostic ; un examen clinique solide et orienté ; des examens complémentaires en fonction des données recueillies ; une thérapeutique appropriée ; enfin l'information et l'éducation du patient, dont l'objectif est d'agir sur ses comportements de santé. En parallèle, le médecin doit explorer la perspective du patient sur sa maladie, ses représentations, ses attentes, ses priorités. Dans une approche centrée patient.

L'enjeu fort de chaque consultation est de parvenir à un certain consensus entre médecin et patient. Et nécessite une adaptation à la situation de chacun des deux acteurs : le médecin avec sa mission de porter une rationalité scientifique et le patient avec sa propre rationalité liée à des enjeux qui ne sont pas seulement médicaux. L'un et l'autre doivent être prêts à négocier, et à concéder – à prendre du pouvoir et à en accorder – tout en maintenant une qualité relationnelle (1). L'intervention médicale est donc complexe. Et tout comme l'interrogatoire est la base de l'observation médicale, la communication est inhérente à la relation médecin-patient.

Or, dans la gestion des plaintes hétérogènes que reçoit le médecin, il y a notamment les soins aux personnes non francophones (allophones). En effet, plusieurs millions de personnes d'origine étrangère vivent et travaillent en France. Le Grand Lyon, par exemple, regroupe la part la plus forte de la population active d'immigrés (14%), avec une représentation plus forte des personnes originaires d'Asie et d'Afrique subsaharienne (2). La demande d'interprétariat professionnel médico-social en Ile de France est croissante sous l'effet des dernières vagues de migration (3). De plus, la France reste le pays le plus visité au monde. Presque la moitié sont nos proches voisins: Italiens, Allemands, Britanniques (4). La région Auvergne-Rhône-Alpes, est la troisième région de métropole par le poids du tourisme dans son économie (5).

On comprend alors que les problèmes de communication liés à la barrière de la langue constituent la principale difficulté, dans la prise en charge médicale de ces patients (6).

Un travail de thèse a montré que la place de l'interprétariat téléphonique, avec des patients allophones, en médecine générale de ville, était possible et répondait aux besoins des médecins (7). Mais une enquête en milieu hospitalier, où l'accessibilité à cet interprétariat professionnel était en place, révélait que de manière majoritaire (55,6% des cas), la consultation se déroulait sans aucune assistance linguistique, alors que le patient n'était pas francophone. Ainsi la demande croissante, et la disponibilité du service d'interprétariat professionnel, ne garantiraient pas le recours à l'utilisation de cet outil. Enfin, le rapport révélait la difficulté de l'évaluation médico-économique de ce dispositif (3). Par ailleurs, une thèse décrivant les attentes des patients migrants en médecine générale, mettait en évidence leur besoin de parler, d'être considéré, et d'être rassuré sur le plan médical, comme pour la population générale (8).

D'autres études ont montré que ces situations sont à l'origine de nombreux maux, liés aux difficultés dans la communication de mots, tant pour les malades que pour les soignants. Elles sont source de perceptions négatives de la différence, de modèles culturels dominants du « bon » et du « mauvais » patient, de préjugés discriminatoire et stigmatisant (9). Ces souffrances ajoutées augmentent le risque d'erreur médicale, de retard diagnostic, d'examens complémentaires inutiles, de prolongation de la durée de séjour hospitalier ou d'augmentation du nombre des consultations pour le même motif (10).

Aujourd'hui, les politiques de santé publique doivent aussi concilier le droit à la santé pour tous sans discrimination sociale ou linguistique. D'ailleurs, la Chartre des droits fondamentaux de l'Union Européenne rappelle que l'accès aux services de santé constitue un droit fondamental.

Dans les domaines de la diplomatie, du commerce international, et de la justice, des solutions ont été apportées aux problèmes de la communication, de la pluralité linguistique et culturelle. Mais dans le domaine de la santé, accueillant dans ses structures tous les publics, ces solutions semblent méconnues (11).

On peut se poser la question du vécu des médecins face à ces situations de difficultés de communication liées à la barrière linguistique.

Nous émettons l'hypothèse que ce problème de communication, avec les patients allophones, ne concerne pas seulement la barrière linguistique, mais aussi des questions culturelle et sociale, rencontrées lors d'un face-à-face médecin-patient.

L'objectif principal de ce travail était d'explorer le vécu du médecin face à un patient allophone. L'objectif secondaire était d'explorer les pratiques et les attentes des médecins dans cette situation.

METHODE

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée en français et en anglais. La bibliothèque universitaire en ligne de Lyon1 a permis l'accès aux bases de données suivantes : PubMed, SUDOC, CAIRN. Et d'autres bases de données utilisées : la banque FAYRGP des thèses en médecine générale, Insee, InVS, IRDES. Le moteur de recherche utilisé était Duckduckgo, et parfois Google.

Pour la majorité des articles retrouvés sur PubMed, les résumés seuls ont été étudiés. Pour une partie des articles trouvés, nous avons analysé la bibliographie pour rechercher des sources paraissant pertinentes.

Les mots-clés utilisés ont été :

-en anglais : cultural differences/intercultural communication(ICC)/doctor-patient relationship/ healthcare worker/interpreter

-en français : immigrés/étrangers/barrière de la langue/santé/médecine générale/Auvergne-Rhône-Alpes/France

Avec l'utilisation des opérateurs booléens (majoritairement ET).

Les premières recherches sur le sujet dataient de 2015 pour l'élaboration du mémoire d'initiation à la recherche, en stage ambulatoire de niveau I, sur « l'étude des comportements et des attentes du médecin et du patient, confrontés à la barrière de la langue, avec Traducmed ».

GUIDE D'ENTRETIEN (Annexe 1)

Son élaboration est née à la fois de la recherche bibliographique, de notre propre problématique sur le sujet, et suite à un premier travail 'pilote' pour le mémoire d'initiation à la recherche, qui nous a permis d'évaluer et de modifier le guide d'entretien. Il a été modifié au fur et à mesure des entretiens.

Une première partie concernait le profil de l'interviewé : les langues étrangères pratiquées, la fréquence, l'origine et le motif des consultations avec les patients allophones.

Une deuxième partie abordait la relation de l'interviewé avec la notion de barrière de la langue en médecine : expériences personnelles de ces situations, au niveau de la relation médecin-patient, des éventuelles difficultés rencontrées, de la gestion du risque d'erreur médicale, et de ce qui leur manquait.

Une troisième partie avait pour objectif d'identifier les outils utilisés pour améliorer le dialogue : des outils linguistiques aux éventuelles formations reçues ou souhaitées, d'ordre linguistique, sociale ou interculturelle.

Bien sûr, ces thèmes n'ont pas été abordés dans le même ordre, mais selon le déroulement de l'entretien.

POPULATION

Pour construire notre échantillon, nous avons sélectionné des médecins aux profils variés, dans le but de recueillir des vécus et avis différents. Les caractéristiques des médecins interrogés ont été regroupées sous la forme d'un tableau (dans la partie Résultats).

Le critère d'inclusion principal était d'être médecin et ayant précédemment vécu des consultations se heurtant à la barrière linguistique du patient. La population interrogée a été composée d'hommes ou de femmes, du Rhône, de nationalité française, ayant pour langue maternelle le français ou non. Exerçant seul ou en groupe, en libéral, salarié ou bénévolement. Parlant couramment l'anglais ou non.

Pour le recrutement, les médecins étaient contactés tout d'abord par mail et/ou par téléphone, où nous expliquions l'objet de cette étude, le déroulement et la durée approximative de l'entretien. En cas d'absence de réponse après une semaine, l'enquêteur relançait par téléphone l'interviewé. Un rendez-vous était pris, par retour de mail ou par téléphone.

ENTRETIEN INDIVIDUEL SEMI-DIRECTIF

Réalisation

Un investigateur unique veillait au bon déroulement de l'enregistrement des entretiens. Il occupait à la fois le rôle d'interviewer, par le questionnement ouvert, dans la relance, la reformulation des questions en s'appuyant sur le guide d'entretien. Et le rôle d'observateur du langage non verbal de l'interviewé.

Le recueil des données s'est effectué de septembre 2016 à février 2017.

L'entretien pouvait se dérouler soit au cabinet, soit au domicile de ces médecins, soit dans une salle de repos de l'hôpital. Des endroits calmes et appropriés à la libre expression, et surtout en fonction de la disponibilité et des préférences de l'interviewé. Pour les entretiens au cabinet, les médecins avaient à disposition leur ordinateur, connecté à leur planning et à internet, qu'ils ont consulté ou non.

Avant que l'entretien n'est lieu, nous expliquions à nouveau, oralement, l'objet de l'étude, le déroulement de l'entretien, et obtenu son consentement. Nous rappelions également l'anonymat des données de l'entretien.

Retranscription des données en texte

Après l'enregistrement les entretiens ont été retranscrits mot à mot et anonymisés rapidement par informatique. La retranscription s'est voulue la plus fidèle possible aux données initiales, avec les hésitations, quelques intonations notées lorsqu'elles paraissaient importantes, de même que le langage non verbal (gestes...). Même si elle peut aussi entraîner la perte de certaines informations comme l'intonation, les émotions dans le discours. Les enregistrements ont été détruits une fois le travail de recherche achevé.

Analyser les données, le codage

Dans l'analyse, nous avons utilisé des numéros pour identifier chacun des médecins.

Dans une première partie, nous avons réalisé une analyse descriptive longitudinale des médecins interrogés, permettant de dégager intuitivement les verbatim de chaque entretien par une lecture globale. Afin de savoir ce qui a été répondu par un individu pour l'ensemble des messages abordés.

Dans une deuxième partie, nous avons effectué une analyse manuelle thématique du verbatim. Après des lectures répétées et transversales des entretiens, le texte était réarrangé en une liste de catégories, thématiques et sous-thématiques, qui ressortaient des entretiens.

Un deuxième chercheur, Docteur MARX Chloé, a réalisé une analyse thématique indépendante des résultats, permettant ainsi une triangulation des données, après mise en commun, et assurer la crédibilité des résultats.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

L'échantillon était composé de 12 médecins. L'âge moyen était de 47 ans. Le médecin le plus âgé avait 74 ans. Le plus jeune avait 30 ans. La durée moyenne d'enregistrement était de 1 heure et 12 minutes par entretien. Les rencontres se sont déroulées en tête-à-tête, sans tiers supplémentaire. Sauf pour deux d'entre eux, mais sans intervention de ce tiers supplémentaire. Les médecins interrogés avaient tous le titre de docteur en médecine. Onze travaillaient en milieu urbain et un travaillait en milieu péri-urbain. Ils parlaient tous au moins deux langues (français et anglais), dont un trilingue et un autre quadrilingue. Les médecins consultaient en moyenne une vingtaine de patients par jour, avec une durée de consultation allant de quinze à quarante-cinq minutes. La description de l'échantillon est représentée dans le tableau récapitulatif ci-dessous.

MEDECINS	ÂGE (années)	SEXE	LIEU D'EXERCICE EN ZONE URBAINE	STATUT	LANGUES PARLEES	Nombre de consultations avec un patient allophone
E1	31	H	URGENCES	Salarié	Français, anglais	1/jour (été), sinon 2/semaine
E2	37	H	MG en maison de santé	Salarié	Français, anglais	5 à 10/jour
E3	40	H	UHSI et URGENCES	Salarié	Français, anglais	2/mois
E4	44	H	MG et bénévole à MDM	Libéral	Français, anglais	1/jour
E5	38	F	PASS et CeGIDD	Salarié	Français, anglais	Minimum 1/j
E6	55	F	PASS et consultations VIH	Salarié	Français, anglais	Minimum 1/j
E7	30	F	MG et consultation patients sourds à l'hôpital	Libéral et salarié	Français, anglais, langue des signes	Minimum 1/j

E8	74	H	Médecin bénévole	Retraité	Français, anglais	Minimum 1/j
E9	35	F	PASS et URGENCES	Salarié	Français, anglais	3/j
E10	57	F	MG en maison de santé	Salarié	Français, anglais, espagnol, fon	10/jour
E11	53	H	MG en ZONE PERI-URBAINE	Libéral	Français, arabe littéraire, anglais	5/semaine
E12	69	H	MG Retraité. Bénévole	Etait libéral	Français, anglais	Minimum 1/j

ANALYSE THEMATIQUE

Les résultats ont été regroupés en quatre parties. D'abord, les éléments qui se rapportent au vécu difficile, puis au vécu positif. Suivi des outils de communication utilisés en pratique. Et enfin, les attentes des médecins.

I. VECU DIFFICILE

1. PAR RAPPORT AUX EMOTIONS

a. Tensions avec le médecin lui-même

Face au patient allophone, les médecins ressentaient parfois de la gêne, de l'apprehension et de la peur.

E1 « super flippant (...) c'est (expiration) d'autant plus stressant (...) très galère »

E3 « plutôt gêné, avec de la gêne (...) ce que je devais lui annoncer était une mauvaise nouvelle, et que je n'allais pas avoir la finesse du langage (sourire) pour le lui expliquer »

E7 « elle se rend compte que, bah voilà encore un qui ne la comprend pas – tu t'imagines dans un pays où tu ne gères pas la langue, et c'est terrifiant. »

E9 « c'est compliqué d'examiner les gens quand ils ne parlent pas français, leur dire de s'allonger, et puis de se déshabiller (...) c'est un peu intrusif quand même. »

Les médecins étaient **en contact avec les souffrances du patient**.

E4 « c'est aussi dur pour le soignant parce que tu te prends quand même des choses dans la poire »

E7 « t'es là 'ah mon Dieu' » « des histoires tellement cata » « en face le médecin il est interdit, parce qu'il est là, putain c'est trop lourd, moi aussi je craque. (...) la patiente elle me racontait un truc trop dur. (...) je t'assure que je suis pas bien, ben oui c'est du boulot, c'est quand même quelque chose de difficile »

E10 « C'est très fatigant au niveau intellectuel et concentration, après affectif aussi, (...) il faut arriver à entendre leurs horreurs, après ben comment les soigner. (silence) »

E12 « quelques fois, t'sais, tu (il ravale sa salive) tu ravales tes larmes hein. »

Maîtriser, cacher, relativiser leurs émotions, établir une relation empathique étaient nécessaires.

E7 « t'es là 'je ne peux pas en rajouter' » « je tiens le coup, mais enfin —je tiens le coup ça veut tout dire (sourire) —enfin, tu vois, en partie.»

E12 « Quand tu entends l'autre raconter des choses indicibles, si tu les prends pour toi, si tu dis ça pourrait être moi, alors là tu craques. Donc il faut juste faire le pas d' côté, c'est lui qui a vécu ça. C'est lui, c'est elle, qui a vécu ça, et moi je ne suis qu'un recueil. (...) l'empathie » « Mais jusqu'à présent, j'ai réussi à ne pas m'écrouler »

b. Tensions avec le patient

b.1/ à cause de la barrière linguistique

Un manque d'évolution du niveau linguistique témoignait d'un projet d'insertion en échec.

E6 « Comment voulez-vous qu'elle s'intègre (...) si au bout de trois ans elle ne parle toujours pas la langue (inspiration) (...) je l'aurais bouffée, je sentais monter l'agressivité, alors je me suis dit 'oh là là, ça ne va pas, tu ne peux pas faire du soin en étant en colère' »

E7 « qui viennent avec leur mari — qui ne parlent pas un mot de français. Et là ça devient compliqué, parce que tu ne vois pas trop d'évolution, tu vois des bébés qui naissent et des enfants qui ont du retard de langage.»

E9 « concrètement, pour l'instant, c'est très compliqué de réinsérer des gens qui ne parlent pas français. »

Une mauvaise volonté et une passivité du patient naissaient lorsque seul le médecin établissait une communication.

E2 « je suis un peu mis devant le fait accompli (...) C'est gonflant les gens qui s'amènent (...) et puis 'et ben démerde-toi mec avec tout ce que je t'amène, je t'amène une langue que tu connais pas' alors ça, ça me gonfle. » « c'est insupportable (...) ça me fait bien chier. »

E7 « Tu peux aussi en venir à être un peu agacé, alors que pourtant t'as essayé d'être patient. Donc (rire) tu t'en veux un peu d'être agacé. Mais en même temps t'es pas agacé contre les gens, c'est la situation qui est agaçante. »

E10 « qui ne parlait pas un mot de français, qui n'avait pas de traductrice et qui est venue avec un dossier » « il y a des moments où c'est pénible, oui c'est vrai. »

b.2/ à cause de la barrière socio-culturelle

Les médecins avaient une « mauvaise image » du patient « hors parcours de soin ».

E1 « ils viennent là où ils peuvent, donc ils viennent aux urgences (...) qu'y a pas de médecin généraliste (...) tu sais pas s'ils vont faire ce que tu leur dis (...) s'ils vont appeler (...) s'ils sont vaccinés (...) ils peuvent être un peu négligeant (...) Y'a une grosse part d'abus de la part des patients »

E4 « comme tous les patients étrangers ça va, ça vient, tu vois il vont un peu à droite à gauche, un peu bringuebalés par leurs histoires »

E9 « elle fait un peu ce qu'elle veut avec son diabète (...) elle revient ici pour avoir les médicaments. Qu'on est un peu obligé de lui donner (...) elle vient un peu : j'ai besoin, je viens ; je n'ai pas besoin, je ne viens pas. »

E12 « les gens du voyage (...) ils sont, comme l'oiseau sur la branche, euh ils viennent te voir aujourd'hui, et tu leur dis 'ben je vais vous prescrire ça, et vous me le ramener tel jour' 'ah mais je sais pas où je serai la semaine prochaine.' ils étaient chassés par la police (...) et ils allaient se réinstaller dans un autre terrain vague »

Un échange unilatéral et utilitaire médecin => patient naissait lorsque les patients semblaient exigeants, impatients, parfois agressifs si le médecin n'accédait pas à leur demande.

E2 « il veut une ordonnance avec, ça par contre il arrive bien à le dire 'omeprazole je veux truc' il a déjà sa liste»

E7 « on est gentil, on est à l'écoute, mais on n'est pas con, tu vois, y'a un moment aussi ça s'appelle le respect, et ça c'est international. (...) il faut qu'il y ait une sorte de retour (...) il faut qu'ils respectent le fait qu'on a aussi d'autres patients (...) t'es en retard parce que tu prends en charge des gens qui, comme eux il y a un an, ils arrivaient, ils avaient des problèmes de communication, ben tu fais les mêmes efforts avec les nouveaux qu'avec les anciens. Et je trouve que des fois, ils sont plus impatients »

E9 « agressif (...) exigeant» « au début de la consultation, on voit qu'ils comprennent quand même pas mal de choses, et au moment où on n'accède pas à ce qu'ils voudraient (...) là bien sûr ils ne comprennent pas. » « si on sent que les gens ne mettent pas du leur (...) c'est vraiment très difficile, c'est assez énervant (rire), oui. »

Au total : Les médecins vivaient des tensions émotionnelles avec eux-mêmes : ils décrivaient des sentiments de gêne, de peur, d'appréhension en lien avec la barrière linguistique. Ces émotions étaient cachées, maîtrisées, relativisées en contact avec la souffrance de vie des patients.

Ils décrivaient aussi une relation conflictuelle, unilatérale et paternaliste médecin=>patient. Ils avaient l'impression que le patient était de mauvaise volonté dans la recherche de communication, notamment lorsqu'il n'y avait pas d'amélioration dans la pratique de la langue française. Ils pouvaient avoir une image de mauvais patient lorsque celui-ci était peu observant des prescriptions et du fonctionnement du système.

2. PAR RAPPORT A SES VALEURS

a. Liée à des conflits éthiques sur le travail à réaliser

Les médecins **effectuaient des tâches qu'ils désapprouvaient** :

-comme aider le patient à **remplir des papiers, lui classer son dossier médical**.

E2 « je les aide pour un papier, ils ont une lettre, j'essaie de leur expliquer (...) je ne remplis pas tous leurs papiers (...) je ne regarde pas le deuxième papier, la deuxième lettre, le deuxième formulaire. »

E7 « La déclaration de grossesse c'est moi qui est dû la faire »

E10 « en me montrant un peu ses papiers, je lui ai un peu classé ses trucs »

E12 « les gens devaient apporter leur dossier médical. Alors... plus ces pauvres gens étaient illettrés, plus le dossier était un futoir (...) il y a eu des consultations où je passais quarante minutes à trier ! »

-ou être en retard sur le planning, après avoir accepté **des changements 'de dernière minute'**.

E7 « je vais pas remettre des enfants qui ont moins de six ans avec de la fièvre dans la rue sans les avoir examinés – donc c'est un peu compliqué (expiration) (...) tu te refous à nouveau complètement à la bourre (...) (*à propos d'un rendez-vous avec une assistante sociale, arrivée en retard*) pendant un quart de seconde, je vous ai quand même détestée parce que vous nous foutez dans une merde pas possible, mais bon »

A l'inverse, **témoin de leur rectitude morale** mais source d'une fatigue ressentie, ils refusaient de communiquer uniquement par gestes ou ils expliquaient au patient l'ordonnance malgré les difficultés.

E2 « Moi quand je donne mon ordonnance sans expliquer j'ai l'impression, d'abord que ça va pas marcher »

E4 « quelque chose qui est de l'ordre de 'c'est pas facile' (...) quand il faut on fait évidemment, mais quand tu es un peu hésitant (...) à un moment il faut se bouger un peu les fesses (...) Quand tu n'as pas le courage, ben tu fais pas (...) y a plein de médecins qui parlent avec les mains avec leur patient qui s'en contente »

E5 « Mais t'as du mal à pas le faire, t'as du mal à dire 'bon prenez ça, revenez dans un mois'. (...) on pourrait, peut-être qu'il faudrait se le dire qu'il faut faire ça comme ça (...) parce que ce serait moins fatigant c'est sûr. »

-ou en adressant un patient à un confrère de son réseau en conscience.

E7 « t'es pas censé orienter les gens vers des confrères particuliers, sauf que dans la vraie vie, c'est ce que tu fais (...) Par exemple, je me suis rendue compte l'autre coup que c'était peut-être anti-déontologique d'avoir mis l'adresse de machin sur euh... et en même temps merde ! »

b. Liée à un manque de moyens sur le travail à réaliser

L'insatisfaction personnelle et le sentiment du travail 'mal fait' suivaient le manque de communication.

E2 « ouah, je suis perdu » « ben j'ai pas l'impression de faire bien mon travail (...) tu n'étais pas satisfait de ta consultation. (...) j'ai l'impression de passer à côté de leur demande ou du vrai problème »

E3 « on n'a pas bien les moyens de gérer ça » « ce n'est pas facile à vivre » « il y aurait besoin qu'on puisse communiquer (...) mieux lui expliquer (...) savoir ce qu'elle a compris (...) et tout ça n'est pas possible »

E4 « clairement il y a un moment où tu te dis mais je travaille pas bien c'est pas possible. Enfin je travaille pas bien, parce que je ne peux pas. »

E7 « Ben tant pis (sourire), je ne sais pas (rire) une incantation, une ptite formule magique, je sais pas un truc, une illumination, je sais pas ce qu'il faut (rire) » « mais putain, je suis en train de gérer les gens comme ça quoi»

E10 « c'est frustrant de ne pas réussir à soigner convenablement »

La consultation était courte sans communication mais cette « médecine vétérinaire » était source de frustration.

E5 « tu restreins tout (...) de la médecine vétérinaire (...) tu essaies juste de faire comprendre à la personne qu'il faut qu'elle aille faire une prise de sang et il faut qu'elle revienne, voilà et c'est tout (...) mais euh il connaît même pas le diagnostic, enfin il connaît même pas... rien quoi. »

E7 « tu fous les gens, et tu les examines, tu loupes le plus important. » « tu fais de la médecine que j'appelle vétérinaire. Qui est un mot extrêmement violent, mais qui est de la médecine (...) un mot horrible »

E9 « (*à propos d'un patient allophone consultant aux urgences qui nécessite une hospitalisation*) on va aller encore plus vite, parce que de toute façon il va être hospitalisé (...) s'il n'a pas compris, ben il va subir entre guillemets (...) pour un déchoquage (...) c'est plutôt la famille qui va subir d'ailleurs en général. »

E10 « s'il y a zéro possibilité de dialogue, ça va très vite, parce qu'on peut pas faire d'antécédents, on peut pas faire les vaccins. Ça va très vite, mais on n'est pas satisfait du tout. (...) là c'est extrêmement compliqué et c'est énervant. De rien comprendre, de me dire que je vais faire de la médecine vétérinaire. »

c. Lié au travail jugé inutile

c.1/ Face à la barrière de la langue

Le découragement, l'impression d'échec et d'être un mauvais médecin expliquaient le vécu difficile.

E2 « ça me met en échec (...) j'ai pas l'impression d'être un bon médecin (...) impression d'être inutile (...) là sentiment de servir à rien »

E3 « cette frustration de pas avoir fait mon travail (rire) »

E7 « tu te dis ‘putain j’méfous dans la merde, parce que je ne vais pas réussir à gérer cette consultation, elle ne va rien lui apporter. » « Ensuite tu sens ton découragement personnel arriver (sourire) (...) (silence) t’es là, bon... baaaah (laisse tomber sa main droite sur la table) tu sais pas quoi faire. »

E10 « Impression d’impuissance totale et de nullitude absolue. Je le vis très mal, oui. »

c.2/ Face à la barrière sociale

La précarité des patients rendait impuissant les médecins.

E2 « je n’ai pas de thérapeutique pour ça. (...) un toit salubre, et ça je ne peux pas leur fournir (...) Donc oui il y a des situations où on se sent impuissant. On ne sait pas quoi faire »

E5 « en tant que médecin c’est sûr tu ne résous pas tout. »

E6 « (*à propos d’une femme enceinte vivant dans la rue*) à part lui prescrire un peu de fer et aller voir l’assistante sociale pour vérifier que vraiment on ne peut rien faire, on n’a pas pu aider plus. »

E9 « Le problème de la part sociale c’est qu’il y a deux choses, il y a les droits sociaux pour la santé, et puis après il y a le logement. Et nous on n’interfère pas sur le logement »

Au total : Témoin de leur rectitude morale, les médecins étaient en conflit sur le travail à réaliser. Pour remplir ou non les papiers des patients, classer ou non leur dossier médical, accepter ou non un patient sans rendez-vous, associer ou non des explications à l’ordonnance du patient, l’adresser ou non à un confrère particulier. Faute de moyens de communication, les médecins n’étaient pas satisfaits du travail qu’ils réalisaient. Ils décrivaient un travail rapide de « médecine vétérinaire » en renonçant à de nombreuses prises en charge. Par conséquent, ils avaient l’impression de faire un travail de mauvaise qualité et inutile. A l’origine d’une image de « mauvais médecin » avec de nombreux sentiments de l’ordre de la frustration, de l’échec, de l’insatisfaction, de l’impuissance et du découragement.

3. PAR RAPPORT AUX COMPETENCES DU MEDECIN

a. Ses langues étrangères peu ou pas maîtrisées

Une langue pivot peu maîtrisée comme l’anglais était source de culpabilité.

E1 « t’es un peu handicapé quand tu parles pas couramment anglais (...) c’est presque plus frustrant quand t’arrives pas à te faire comprendre et que c’est en anglais, que un gars qui parle, roumain ou chinois »

E4 « j’ai toujours peur de ne pas comprendre comme il faut, toujours peur d’un contre-sens. »

E7 « l’anglais médical c’était un peu la honte »

E9 « je ne suis vraiment pas à l’aise avec les langues du tout. (...) je parle un franglais (rire). »

Ces médecins reconnaissaient clairement l'utilité de maîtriser une langue pivot comme l'anglais.

E1 « on devrait tous parler comme il faut l'anglais au moins ça quoi, médical »

E3 « j'aimerais le parler et le lire mieux »

E4 « quand même la presse médicale elle est en anglais, je suis toujours beaucoup obligé d'utiliser mon dico »

Mais le **manque de pratique et de temps** rendaient difficile l'accroissement des compétences.

E1 « J'ai essayé de m'y remettre à l'anglais (...) mais j'ai pas eu le temps. Pas possible. »

E9 « j'essaie de travailler ça. (...) J'essaie de lire en anglais, voilà. Mais ce n'est pas facile. »

E11 « Je n'ai pas suffisamment d'expériences. Parce que j'en ai vu quelques cas depuis dix-huit ans d'installation, très peu de cas. »

b. Sur la prise en charge sociale

La **faculté ne les avait pas préparé** aux prises en charge sociales complexes.

E2 « on n'a pas appris à le gérer (...) à la fac (...) Dans ces études on a quand même tellement la tête dans le guidon : à d'abord réussir l'ECN pendant six ans, et ensuite à essayer de valider nos stages et compagnie »

E3 « je n'ai pas du tout été préparé ni formé à ça. Non c'est sûr que toute cette composante de prise en charge sociale de notre travail elle est complètement occultée par l'enseignement universitaire. »

Au contraire, ils avaient appris à faire **l'économie intellectuelle de cette dimension**.

E3 « J'ai appris quand on savait pas trop faire, il fallait occulter cette partie-là pour faire retomber le malade dans notre domaine de compétence et, s'occuper que de sa maladie, et oublier tout le reste (rire). C'est plus simple parce qu'on sait faire. (...) j'avoue, j'avoue cette faiblesse (rire) que régulièrement je me laisse à aller à la politique de l'autruche, à faire comme si je n'avais pas vu, et à réduire le malade à sa maladie (rire). »

E5 « il y a une partie de la santé qui est un peu ignorée on va dire. »

E9 « ça je connais moins c'est les assistantes sociales qui gèrent ça »

Même pour **un médecin expérimenté et formé**, cette approche restait **difficile et complexe**.

E4 « dans le milieu depuis seize ans, j'ai toujours un peu du mal à, enfin c'est hyper compliqué le droit des étrangers. »

E8 « je suis là depuis huit ans, j'ai encore des zones d'ombres au moment de remplir le dossier social »

c. Sur la communication interculturelle

La formation culturelle ou interculturelle **à la faculté était minime voire nulle.**

E2 « Je me souviens de cours en sciences humaines en toute première année de médecine qui étaient axés sur quelque chose de social, de culturel (...) je me souviens de quelques cours d'anthropo »

E8 « en 68, non, il n'y avait pas de formation ou sensibilisation à la culture (...) on n'a pas été formé. »

E10 « Pas au début de mes études. (...) la puiser ailleurs que dans le monde médical »

Au contraire, ils avaient appris à faire **l'économie intellectuelle de cette dimension.**

E5 « tu n'en as pas forcément besoin, selon l'endroit où tu exercez »

E11 « Il n'y a pas de souci à ce niveau. »

E12 « J'ai eu une formation... merveilleuse, merveilleuse, quand j'étais externe je me souviens, on parlait du syndrome méditerranéen. (...) il a fallu d'abord vaincre, ce qu'on m'avait inculqué, avant de pouvoir progresser»

Au total : -Les médecins qui ne maîtrisaient pas l'anglais décrivaient des sentiments de gêne et de culpabilité. En parallèle ils parlaient de l'intérêt réel de maîtriser cette langue, mais dans les faits il n'y avait pas d'accroissement des compétences linguistiques par manque de pratique et de temps.

-La barrière sociale était d'autant plus difficile à prendre en charge que les médecins disaient ne pas avoir été formés lors de leurs études de médecine, ayant reçus une formation « médico-centrée » et une économie intellectuelle de cette dimension. Il n'y avait donc pas d'autonomie dans cette tâche dans la réalité.

-La barrière culturelle faisait partie de ces consultations également. Les médecins disaient avoir été pas ou peu formés à la faculté, ayant reçu pour l'un d'entre eux une formation stéréotypée du « syndrome méditerranéen ». Une économie intellectuelle de cette dimension était aussi décrite.

4. PAR RAPPORT A L'ORGANISATION DU TRAVAIL

a. Une pression temporelle

Dans cette situation, **le temps de consultation était plus long.**

E2 « Quarante-cinq minutes par patient, c'était, pfff »

E7 « ça va me foutre en retard parce que la communication fait que ça prend le double de temps hein, clairement. (...) tu ne peux pas voir un patient étranger en dix minutes hein. C'est pas possible. Voilà. » « ça prend énormément de temps. »

E10 « on arrive à vingt-cinq minutes, une demi-heure. Donc si vous en avez deux à la queue leu leu ça fait une heure, et donc on a trois patients de retard. (...) Que ce soit par téléphone, ou sans interprète, ou avec interprète, objectivement ça prend beaucoup de temps. »

Une pression temporelle était ressentie par les médecins salariés, libéraux, hospitaliers ou en ville.

E1 « En régul' faut quand même aller vite (...) faut quand même savoir rapidement ce que tu fais. »

E3 « Aux urgences, la mission est un peu différente, les conditions de travail sont aussi différentes, et c'est vrai que voilà, il faut aller plus vite »

E4 « toujours le problème, c'est le temps, en médecine générale c'est le temps, c'est ça qui tue. »

E9 « on n'a pas le temps. L'objectif c'est d'aller vite, c'est de gérer rapidement le problème (...) on fait autant se faire se peut, mais parfois c'est quand même pas facile. (...) aux urgences, il y a le facteur temps. Le facteur temps, ça c'est vraiment, c'est quelque chose de permanent entre guillemets. »

Mais **la première consultation était plus longue** car les médecins ne 'connaissaient pas' le patient.

E2 « si c'est la première fois que je les vois, et qu'ils ne maîtrisent pas la langue, ça peut être très très long »

E6 « avoir le maximum en renseignements à ce moment-là, surtout si c'est une première consultation »

E10 « une fois qu'on a eu une bonne et grosse consultation, où on s'est compris, on a quand même le passé, le présent, pendant ce temps-là si la personne n'est pas trop sotte, apprend les rudiments de français. Après ça peut aller, c'est difficile, mais ça va »

E11 « c'était pas ma patiente, c'était encore ça la difficulté (...) quand c'est les vacances on a des médecins qui partent donc du coup on s'occupe un peu de leur patient »

b. Des horaires de travail atypiques

La prise de rendez-vous n'était pas faite par le médecin.

E7 « c'est pas moi qui prend les rendez-vous, c'est la secrétaire. Donc quand elle connaît, elle prévoit plus large, quand elle ne connaît pas, elle ne prévoit pas plus large. (...) la triade de la mort (sourire). Pourquoi est-ce que madame machin, elle est avant la famille machin (...) tu te refous à nouveau complètement à la bourre »

Les changements des heures de rendez-vous ne pouvaient pas être anticipés des médecins.

E7 «(*l'assistante sociale*) est arrivée avec une demi-heure de retard (sourire) » « des enfants de moins de six ans qui ont de la fièvre (...) Donc je les vois, sans qu'elle est pris rendez-vous pour eux » « je lui ai donné un rendez-vous à 8h (sourire) (...) elle est arrivée à 9h ! Elle est enceinte ! (...) elle m'a foutue à la bourre »

E9 « ils n'ont pas honoré les trois ou quatre rendez-vous qui ont été donnés (...) c'est la deuxième fois (...) Là, elle a pris une plage de consultation à quelqu'un (...) et c'est quand même dommage. »

Un médecin se résignait à **étendre sa disponibilité**, en dehors des horaires de travail prédéfinis.

E7 « il faut faire le vide, tu vois te dire, ‘bon allez ok, de toute façon ça va prendre du temps’, moi je pars du principe que maintenant – enfin je bâcle pas les consult – ça va me foutre en retard (...) tu laisses tomber (rire) c'est pas grave (...) tant pis, c'est comme ça, tu admets quoi. »

Ce même médecin parlait de sa **difficulté à concilier vie professionnelle et personnelle**.

E7 « il y a aussi tout le temps que tu passes au boulot, tu ne le passes pas à la maison. »

c. Un rythme de travail contraint

Les médecins étaient **contraints de modifier leur rythme de travail**

-**par rapport à la situation sociale complexe** du patient, les médecins s'impliquaient davantage.

E5 « Du coup le boulot ici il est extrêmement pris aussi »

E6 « on contacte les collègues pour le passage des affaires, donc on s'investit plus pour certains patients qui ont des problématiques plus compliquées ou plus lourdes »

E10 « on les appelle (*les assistantes sociales*) (...) ça demande du travail en plus que la consultation simple. »

-**par rapport à l'examen physique** du patient.

E2 « je fais un examen clinique assez complet, je ne le cible pas (...) je mets tout ça par écrit »

E7 « je l'ai vraiment examinée de la tête aux pieds, mais ça pouvait pas se faire en une consult quoi. »

La quantité de travail était importante voire excessive.

E7 « En fait tu fais tout. » « c'est toujours au moment où t'es surchargée (...) j'étais surmenée. (...) t'as toujours vingt-mille choses à faire, toujours un appel d'urgence, machin, je ne me suis pas ennuyée »

E10 « ça va à tout vitesse, enfin on a beaucoup, beaucoup de monde. (...) au bout d'un moment c'est épuisant »

d. Imprécision des objectifs de travail

Les médecins rappelaient que **l'interrogatoire leur permettait d'établir un diagnostic**.

E1 « tu peux facilement rater quelque chose sur ton interrogatoire si tu poses pas la bonne question, si tu tournes pas comme il faut (...) ça peut changer pas mal de choses »

E6 « tout ce qui est symptôme subjectif ça passe quand même beaucoup par le langage. »

E7 « L'interrogatoire c'est quand même 80% du diagnostic, enfin pas 80%, mais c'est essentiel quoi. »

E10 « ça demande un peu, un métier de détective, qui nous prend énormément de temps. »

Mais l'**imprécision des informations recueillies** lors de l'interrogatoire ne leur permettait pas.

E2 « ils ne parlent pas anglais ni français, là je suis en difficulté vraiment, et quelque part un petit peu eux aussi » « putain, on avait l'impression de se parler à travers des fenêtres. » « on n'arrive pas à mettre le doigt dessus (...) on sent qu'il y a un truc qui pose problème, qui le bouffe, qui lui fait mal, qui le gêne »

E3 « de pas avoir pu me faire expliquer qu'elles étaient ses problèmes (...) ses questions (...) sur sa maladie (...) de ne pas pouvoir lui dire ce qu'on a à dire, surtout de ne pas pouvoir comprendre ce qu'il a à nous dire »

E11 « elle me raconte des choses que je ne comprenais pas (...) c'est impossible de comprendre quoi que ce soit. » « j'avais du mal à savoir si c'était grave ou pas »

E12 « Parce que (il mime un patient parlant mais on ne l'entend pas) 'eh pfff écoutez revenez avec un interprète' » « un français fort folklorique. (...) absolument invraisemblable. »

La multiplicité et l'imprécision des motifs de consultation (médicaux et/ou sociaux) rendaient difficile la réponse du médecin :

➔ Médicaux

E1 « au fur et à mesure que t'avances, ça partait un peu dans tous les sens(...) plein de trucs qui s'accumulent »

E4 « il avait un hématome sous l'œil (...) il avait mal au ventre (...) il a toujours mal à la tête (...) qui a un diabète, qui a plein de trucs, il a une hépatite, une apnée du sommeil »

E10 « elle avait été traitée en Albanie d'un cancer du sein métastasé, qu'elle était sous un certain traitement que je ne connaissais pas, et fallait faire quelque chose avec ça ! »

E11 « c'était une plainte qui allait de là jusque là (me montre de la tête au pied). Alors pfff... »

Comme **les plaintes psychosomatiques**.

E4 « tu n'es pas malade et que tu veux être régularisé pour soins, t'as intérêt à dire que tu es déprimé. Donc il y a beaucoup de demandes sur le soin psychique. »

E8 « mais évidemment derrière le mal à la tête ou le mal au ventre chez les migrants, comme chez d'autres, mais chez les migrants en particulier, on sait bien que ça cache beaucoup d'autres choses. »

E10 « des angoisses d'un changement de pays, l'incertitude de l'avenir, et je vois des symptômes chez les réfugiés syriens ou irakiens (...) c'est des symptômes qu'on n'arrive pas à... (raclement de gorge) il n'y a pas de maladie derrière, c'est juste une douleur là (il montre son abdomen), ici (il montre son épaule), etc. »

➔ Sociaux

Les médecins étaient **confrontés à la barrière socio-économique** de certains patients.

E1 « ils ont souvent un... comment on peut dire, un niveau social entre guillemet qui est plus bas »

E2 « j'ai des gamines qui vivent dans la rue avec papa maman dans la rue, tout le monde est dans la rue, les cousins, machins. Elles se font bouffer par plein de bestioles »

E12 « un nombre non négligeable de mes patients ne pouvaient pas payer »

Ils décrivaient des consultations épuisantes.

E4 « S'il y a un problème social c'est nettement plus lourd en fait (...) oui c'est nettement plus compliqué (...)

Si les gens viennent c'est parce qu'ils se coltinent une situation sociale horrible »

E5 « la fatigue de ta consult' elle est alourdie par la situation sociale et par la barrière linguistique, mais c'est deux choses différentes. Mais les deux cumulées... ah ouais ça cumule la fatigue... (rire) »

E9 « c'est qu'il y a le problème médical, mais il y a le problème social, et il y a le problème de l'histoire de ces gens-là, et tout le bagage qu'il y a derrière, et donc ça ce n'est pas forcément évident »

e. Inadéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités

Malgré une **faible maîtrise d'une langue commune** entre le médecin et le patient, la barrière linguistique était toujours présente mais amoindrie.

E3 « avec un patient en anglais, je m'en sors, c'est difficile, il faut qu'il me parle doucement, je lui parle doucement, j'utilise un peu mon dico, mais je m'en sors en anglais »

E8 « Le danger (...) on imagine qu'ils comprennent et qu'ils parlent, et au moment des questions, et on se rend compte qu'il y a des incohérences dans les réponses, bon on commence à douter. »

E11 « Ils parlent arabe, bon moi je suis tunisien, c'est pas le même dialecte. Mais on comprend l'arabe syrien. (...) il y a un effort de transmission de ma part, il faut que je parle plus proche de l'arabe littéraire »

E12 « un pakistanais en particulier, avec qui ça se passait en anglais, mais alors lui, il avait un accent, aaah »

Ils recueillaient des données, malgré la barrière linguistique, par des moyens détournés.

E10 « on peut se débrouiller en sortant le récépissé, on sait d'où il vient, est-ce qu'il y a une carte de vaccination, est-ce qu'il y a des derniers courriers, des examens »

E11 « on regarde le dossier, on voit les facteurs de risque, on calcule la malchance, on voit l'âge aussi, est-ce qu'il faut trop s'exciter ou pas, et puis on voit. Après c'est plusieurs arguments, beaucoup d'arguments »

Les médecins **augmentaient leur moyen diagnostic** par des examens complémentaires ou en les adressant à l'hôpital.

E1 « T'as pas d'autres moyens à part envoyer une ambulance ou les pompiers (...) un SMUR parce que tu peux pas faire autrement (...) si on comprend pas on envoie un moyen (...) Dans le doute »

E2 « l'écho-abdo, je suis parti sur d'autres trucs digestifs. Je ne sais plus si je lui ai fait une prise de sang (...) »

on a besoin de confirmer ce qu'on n'entend pas, c'est vrai que ça peut aider un petit peu de faire des examens »

E11 « ou on n'est pas sûr et là, on assure une porte de sortie en demandant des examens, en disant à la famille à me recontacter et à l'emmener aux urgences si ça passe pas. Il faut laisser des portes de sortie (...) on ne peut pas dire aux gens, ne vous inquiétez pas, c'est pas grave. »

E12 « t'as rien compris, alors dans ce cas-là, il m'est arrivé de référer des patients en consultation à l'hôpital, parce que dans certains services (...) les hôpitaux ont la possibilité d'avoir accès à des interprètes »

Expliquer l'ordonnance et 'choisir' la meilleure thérapeutique avec le patient n'étaient pas faits.

E2 « j'aime bien expliquer un peu mon diagnostic, ma thérapeutique, enfin tu vois tout ça, et tu ne peux pas. »

E5 « quand tu proposes une contraception qu'il n'y est pas un risque pour elle (...) elle avait peur par rapport je pense que ça diminue sa fertilité (...) que ça pouvait modifier les saignements, donc comprendre tout ça (...) on aime bien expliquer » « prescrire de l'insuline et tu pourrais pas faire comprendre du tout ben moi je le ferai pas»

E6 « Le patient n'a pas les conditions pour pouvoir utiliser une ordonnance. La difficulté qu'on a le plus c'est les diabétiques. Ah oui »

E7 « Le pire c'est quand tu as expliqué par cinq façons de faire (...) au moment de la fin de la consult', tu te rends compte qu'ils n'ont rien compris »

E10 « c'est difficile de mettre en application des traitements quand vous ne comprenez rien »

Les conseils de prévention pour des pathologies chroniques, comme le diabète, n'étaient pas donnés.

E11 « prendre en charge un diabète avec des règles hygiéno-diététiques, encourager à faire du sport, parler du sommeil, consommation de tabac, consommation d'alcool, quand on ne maîtrise pas la langue c'est quasi impossible. »

Il leur était difficile d'établir une **relation de suivi** avec un patient pour lequel communiquer était impossible.

E5 « la personne a une maladie chronique (...) qui régulièrement vient te voir alors que tu ne captes rien à sa langue, et qui capte pas tout (...) est-ce que la personne même avec une maladie chronique, se dise 'c'est pas possible, on se comprend pas', qu'elle finisse par arrêter, qu'elle se retrouve à nouveau aux urgences. »

E11 « quand il n'y a pas de maîtrise de langue, le suivi devient très difficile ou impossible. Le suivi en médecine générale. »

Un médecin **recontactait difficilement le patient** pour la continuité des soins.

E7 « des fois t'as des numéros de téléphone, tu tombes sur des gens, tu te dis 'qui c'est ?'. (...) je l'ai appelée sauf que répondeur en albanais (...) surtout ne pas faire d'erreur, parce qu'on est dans des communautés où il faut faire hyper gaffe. (...) t'es dans la merde. (...) elle a quand même trainé un mois pour me recontacter. »

f. Consignes de travail incompatibles entre elles

Les médecins **devaient contrôler leurs prescriptions** :

-selon **une limitation financière liée au budget de l'état**

Notamment pour les médecins de la PASS, le travail de prescription était également complexifié

E5 « on a un budget limité. (...) au départ c'était zéro examens complémentaires et juste une visite, même des fois on m'a dit une visite et une ordonnance d'un mois. » « les rétrocessions de médicaments du VIH, les antirétroviraux c'est extrêmement chers (...) ça grevait le budget, donc après il y avait une restriction. »

E6 «on s'est fait tapé sur les doigts (...) c'est redescendu à trente mille euro c'est quand même plus rentable. » « pour les tuberculoses multi résistantes d'Europe de l'est, ça c'est bonbon, on a dépanné une ou deux fois. » « Nous avons décidé qu'on ne délivrerait pas dans le cadre de la PASS les nouveaux traitements de l'hépatite C »

-selon **les limites économiques des patients** sans ou avec peu de couverture sociale.

E1 « le niveau social peut rentrer en ligne de compte (...) ça risque en plus de le mettre dans l'embrouille »

E4 « souvent il y a des ruptures de droits (...) il faut renouveler les papiers tous les ans, donc souvent ils ratent la date, donc il y a pas mal de moments où il n'y a plus de droits »

E12 « les gens qui n'ont pas de mutuelle, tu es bien obligé de discuter avec eux. Et si les patients te disent, 'oui, vous voudriez que je fasse tel examen, mais ça va me laisser combien dans ma poche ?... ben non j'peux pas.' »

-Dans ce cas, ils prescrivaient **seulement en cas d'urgence vitale**.

E1 « là tu feras vraiment que si c'est indispensable »

E5 « Il faut que tu évalues l'urgence (...) tu as droit à certains examens, du moment qu'ils sont urgents, ou vital, indispensables »

E6 « un patient qui n'est pas assurable, il a des soins à faire, mais ce n'est pas urgent. Je fais mes prescriptions, et on les met en attente. »

g. Gestion de la polyvalence

Les prises en charge étaient **polyvalentes** ainsi les médecins devaient penser à plusieurs choses à la fois.

E6 « en fait la question va bien se poser, de distinguer ce qui à trait à la culture, ce qui à trait à la langue et ce qui à trait aux conditions sociales.(...) Ça c'est des choses qui ne sont pas faciles à distinguer. »

Les médecins étaient confrontés à **des patients ne connaissant pas le système de soins. Des explications terre-à-terre, pratiques et chronophages étaient** associées à la prescription : accompagnement, informations données, prise de rendez-vous, etc.

E4 « il ne sait pas ce que c'est qu'un scanner, il ne sait pas ce que c'est qu'un médecin radiologue, il croit que je vais lui faire dans la pièce d'à côté (sourire)(...) quand quelqu'un connaît pas du tout le système c'est compliqué (...) il faut expliquer : où aller, comment aller (...) tu donnes une adresse, tu expliques comment ça se passe (...) souvent il faut prendre le rendez-vous (...) donc ça prend beaucoup de temps »

E6 « on accompagne les patients au laboratoire, et à la pharmacie, on leur montre où c'est, parce que c'est pas très loin, et parce que sinon les gens s'égarent (sourire). »

E7 « l'échographie (...) c'est où (...) sur leurs sites, ils ont tous fait une ligne 'comment accéder à notre hôpital' (...) Je leur donne, je leur montre, je leur imprime (...) toutes les dates d'exams 'date of the appointment' la rue, l'arrêt de métro, tout ça, je mets tout en anglais. (...) pour prendre rendez-vous (...) ça se prend plus qu'en ligne quoi (...) les gens qu'ont pas internet, qu'ont pas de maison, et ben ils se démerdent, tant pis »

Culturellement, les mots et expressions n'étaient pas les mêmes, une interprétation culturelle était nécessaire.

E1 « on comprend pas la réaction des gens (...) juste une vision différente de la situation à cause de la culture»

E10 « l'interprétation des mots est parfois compliquée selon la culture, par exemple un algérien vous dit souvent 'je suis fatigué' et puis vous le voyez en pleine forme, en fait fatigué ça veut dire 'j'ai mal' souvent. Donc 'vous êtes fatigué d'où ?' (...) elle dit 'ma jambe me gêne beaucoup' 'c'est là que vous êtes fatigué ?' 'oui, voilà' »

E11 « les gens ne s'expriment pas de la même façon (...) Par exemple les marocains, ils disent 'ça me brûle'. 'Ça me fait mal' ils disent 'ça me brûle'. (...) moi je comprends. Mais entre brûlure et serrement, et ben c'est pas la même chose. Donc quand un marocain il me dit 'ça me brûle', bon ça m'alarme (sourire), ça veut dire c'est une douleur qui me...ça me brûle, ça m'arrache. (...) c'est forcément difficile, bien sûr. »

E12 « il me parlait un langage que je ne comprenais pas. — Et j'avais bourré de neuroleptiques plusieurs hommes d'origine d'Afrique de l'Ouest, qui avaient des choses qui bougeaient dans le ventre (...) l'écho y'a rien (...) un antispasmodique intestinal à la mords-moi le doigt, euh. Ça fait rien. Et le patient revient, 'non ça bouge-là, comme ça' (il mime à nouveau un abdomen agité avec ses mains, en grimaçant) Il délire. Pour faire taire un délirant, quoi de mieux qu'un neuroleptique ? Boum, petite dose. Et puis un jour, tu lis dans un bouquin, que, en

Afrique de l'Ouest, le siège des émotions, c'est le ventre, et que la dépression elle se traduit par quelque chose qui bouge dans le ventre. Là tu te dis 'oups, merde.' Tu revois les gens, t'arrêtes les neuroleptiques, et tu tentes de les aborder (rire) autrement. »

h. Suivi médical interrompu

Les médecins n'étaient **pas assurés de revoir le patient.**

E4 « tourner la page, dès qu'ils ont leur papiers, qu'ils trouvent du boulot (...) ont changé de ville ou changé de médecin (...) peut-être été expulsé, mais ça je n'ai jamais de retour, je ne sais jamais ce que devient un patient»

E6 « la difficulté c'est de passer la main quand ils ont leurs droits parce que là il est vrai qu'on les lâche un peu dans la nature, on ne sait pas trop. Ce qu'il va se passer. »

E10 « un touriste on sait qu'on ne va pas le revoir, ou peut-être deux ou trois (...) on fait le côté scientifique et puis le côté humain on s'en passe (...) on ne va pas passer du temps à comment va la famille »

D'autres fois, des patients **consultaient plusieurs fois pour le même motif.**

E2 « il revient quelques semaines plus tard, et j'ai l'impression qu'il n'est pas amélioré (...) je suis parti sur d'autres diagnostics, d'autres examens, d'autres tout ça »

E9 « mais il avait déjà été vu trois fois aux urgences ici »

i. Attention et vigilance

Les médecins mettaient en place **une attention et une vigilance** accrues pour éviter l'erreur médicale.

E1 « j'ai toujours peur de pas comprendre »

E7 « une prescription(...)chez quelqu'un(...)quand il parle anglais, tu as peur que ça ne soit pas bien compris»

E8 « on a des surprises(...)on s'assure qu'il n'y a pas eu de distorsion dans la transmission de l'information. (...) c'est un gros gros problème que celui des mauvaises interprétations de ce qui est dit, des contresens. »

E10 « S'il a quarante de fièvre, le nez qui coule, la gorge qui est rouge, oui. Mais ce sera un diagnostic primaire, c'est-à-dire que si jamais, par ailleurs, il y avait une infection urinaire j'en saurais rien. »

Au total : Les horaires de travail étaient difficiles par : la durée importante de la consultation (d'autant plus lorsque c'était la première consultation), le travail en horaires atypiques, l'extension de la disponibilité du médecin en dehors des horaires de rendez-vous, l'imprévisibilité des horaires de travail, le manque d'anticipation de leur changement du fait de facteurs extérieurs (patient, partenaires sociaux) et la difficulté de concilier vie professionnelle et personnelle.

Le travail était intense et complexe par : les contraintes de changement de rythme de travail, l'imprécision des objectifs principaux de travail, l'inadéquation des demandes du patient avec les moyens à disposition,

l'incompatibilité de certaines instructions de travail, la polyvalence des prises en charge selon les barrières linguistiques, sociales, économiques et culturelles, l'interruption dans le parcours de soin du patient et la prudence constante des médecins face au risque d'erreur médicale.

5. PAR RAPPORT AUX RELATIONS SOCIALES

a. Avec le système de santé

Les médecins ressentaient une **montée d'injustice** quant à la pénibilité du travail et la rémunération. Il décrivait un manque de **reconnaissance sociale du réel de l'activité**.

E5 « on devrait être payé plus pour ces consultations alors que, non ce n'est pas le cas puisqu'on ne va donner d'argent pour ces personnes »

E7 « sans être vénale, il n'y a aucune reconnaissance du travail fait (...) n'empêche que ça te prend trop de temps, et que c'est du temps qui n'est pas rémunéré (...) donc faut arrêter de se foutre de la gueule du monde, on le mérite. Voilà, ça prend le temps, mais on le prend »

E12 « quarante minutes pour vingt-trois euros... hiiin ça va pas ! Enfin c'est impossible quoi. »

La relation au système de santé était **fragilisée**. Entre la prise en charge individuelle et institutionnelle, qui n'étaient pas compatibles, les médecins étaient dans l'inconfort.

E3 « (*à propos d'une femme enceinte, en prison, dans un contexte de grève au sein de la prison*) on est dans une hospitalisation qui n'est pas médicale mais qui est sociale (...) cette femme qui est déjà victime d'une catastrophe de vie, une catastrophe sociale, elle se trouve en plus dans une catastrophe pro nationale »

E5 « (*après une consultation d'annonce VIH*) la personne si elle est dans une situation trop compliquée, tu peux lui annoncer tout ce que tu veux, gros déni. (...) elle ne vient pas se traiter. (...) mais, pour la Sécu, pour une institution c'est complètement... (*illogique*)»

E6 « On essaie d'être utile individuellement, mais d'un point de vue systémique ou institutionnel, il y a des choses qui marchent sur la tête. Et on est parfois pris entre les deux. »

E7 « (*à propos d'une déclaration de grossesse en ligne faite à la PASS*) 'va falloir changer un truc dans votre système, parce que dans la vraie vie, les patientes ne peuvent pas s'inscrire seules' Et donc en fait, tu peux même aller à la mat' te présenter toi-même, c'est pas possible »

E9 « (*à propos d'un déplacement de squat d'un patient diabétique*) ils viennent d'avoir leurs droits sociaux, en théorie ils auraient dû trouver un médecin traitant du côté de 'quartier 3' (...) là on les met dehors (...) ils vont trouver un généraliste avec difficulté au 'quartier 1'. Et puis dans deux mois ou dans six mois, on va les expulser, et puis ils vont se retrouver au 'quartier 3' »

b. Avec les autres confrères

b.1/ L'orientation des patients vers les confrères était difficile

– **Liée à la barrière de la langue.**

Le problème de communication pouvait être un **obstacle dans l'orientation du patient**.

E7 « Je trouve ça plus correct pour les médecins en face. Je ne prends pas les gens en traitre, quand il y a un problème de comm' je le dit, personne n'est pris au dépourvu. »

E8 « se pose le problème de la traduction chez ce médecin-là. Donc ça veut dire que, habituellement on n'oriente, chez ces médecins, que les patients qui parlent français (...) ces médecins, on ne peut pas les charger de situations compliquées qui nécessitent un interprétariat. Ça c'est une des difficultés de réorientation »

E10 « L'hôpital, le premier rendez-vous qu'elle a eu, a annulé parce qu'il n'y a avait pas d'interprète à l'hôpital »

Ce problème de communication n'était **parfois pas connu des confrères hospitaliers**.

E5 « j'ai jamais eu de problèmes d'interprétariat en médecine générale parce que les gens ils ne vont pas là »

E6 « il existe d'autres situations où on est pauvre au niveau du langage, c'est la pédiatrie, c'est la gériatrie et c'est les personnes handicapées, et donc on n'est pas les seuls à... voilà. »

E7 « on est dans 'quartier1' (...) tout le monde me dit 'ah c'est le côté bling-bling et tout' – en fait pas du tout »

E9 « ce n'est pas une énorme charge pour le médecin généraliste »

– **Liée aux droits à la santé du patient ouverts ou non.**

E4 « les patients qui n'ont pas de droits ils ne vont pas chez le médecin généraliste, donc moi je ne les vois pas»

E5 « ils ne peuvent pas avoir accès à la médecine générale, libérale, de ville, parce qu'ils n'ont pas les droits, enfin au bout d'un moment ils sont censés les avoir mais il y a beaucoup beaucoup d'obstacles dans leur vie »

E8 « quand ils ont une assurance maladie, on peut les envoyer (...) vers le médecin. »

– **Par méconnaissance** des institutions hospitalières ou associatives.

E1 « (*PASS*) un truc qui est racolé à notre service là, j'ai perdu leur nom, mais c'est un truc de santé publique (...) Je crois qu'ils font de la santé pour des gens qui n'ont pas les moyens, qui ont des soucis socio-économique, ça peut être de la vaccination aussi. (...) Je sais pas s'ils arrivent à faire du suivi. Aucune idée »

E2 « La *PASS* c'est quoi déjà ? ça veut dire quoi déjà ? »

E6 « normalement à l'*OFII* (office français de l'immigration et de l'intégration) ils font une radio, je ne sais pas si elle est faite, où et quand, mais ça c'est à revoir. »

b.2/ Un sentiment d'isolement

Les médecins décrivaient une faible relation **avec leurs confrères psychiatres**.

E6 « tout ce qui est soins psychiques, pour lesquels nous on n'est pas très affuté ici, parce qu'on n'a pas de psychologues (...) Pour tout ce qui est psychologie, névroses, post-traumatiques, on envoie à la PASS du 'Centre hospitalier1', parce que les psychiatres des urgences ne font pas ça. »

E10 « quelle personne peut lui faire une psychothérapie en édo, personne. Donc de toute façon, on est obligé d'attendre qu'elle possède un peu mieux l'anglais pour arriver à faire quelque chose, qu'elle soit moins choquée, etc, etc. Donc oui là c'est très compliqué. (...) Tout ce qui est pathologie psychiatrique (...) le stress post-traumatique, on apprend à gérer aussi, mais c'est compliqué, parce qu'on n'a pas beaucoup d'aide, on n'a pas de psychiatre (...) Donc il manque des structures »

E12 « c'est pas très facile de d'avoir accès à un psy, dans les centres médico-psychologiques où les gens n'ont pas d'argent à débourser, le délai d'attente est considérable. Et des psy qui acceptent la CMU ou l'AME »

Les médecins vivaient aussi des tensions **avec les autres confrères**.

E5 « faut créer un rapport de force avec les chefs pour dire non mais c'est pas possible, ils ont besoin d'une INR, y'a pas moyen, faut financer ça (...) tu es dans la merde. (...) mais des fois c'est hyper désagréable (...) sur des suivis de grossesse, je sais pas moi, tu mets toxo ou rubéole, c'est peut-être pas vital si elle l'a pas, mais si elle l'a t'imagines l'enjeu, et c'est là où s'est compliqué, elle te dit non ça c'est pas urgent »

E12 « 'Est-ce qu'il accepte la CMU ou l'AME ?' Et moi ça me, qu'on puisse poser la question, cette question-là à un médecin, ça me rendait malade. »

c. Avec les partenaires sociaux

Les médecins décrivaient des **échanges difficiles** avec les acteurs sociaux. Ceux-ci étaient indisponibles au téléphone, surchargés de travail, pouvaient méconnaître le dossier social du patient, et manquaient d'informations à cause de la barrière de la langue.

E6 « On ne peut pas s'en sortir seul. Le médecin ne peut pas tout faire, et peut-être qu'en ville, ils sont plus isolés que chez nous. »

E7 « justement, c'est la cata (...) je ne les ai pas au téléphone. (...) le retour-l'échange n'est pas suffisant. (...) les assistants sociaux trouvent que les médecins des fois sont inhumains, que on ne peut pas discuter avec nous. A l'inverse, j'avoue que je n'ai pas eu beaucoup de contact avec des assistants sociaux (sourire) (...) les assistants sociaux ne sont pas obligatoirement les mêmes (...) elle est par monts et par vaux, parce qu'elle a trop de trucs à gérer. (...) 'Mais quand t'arrives déjà pas à comprendre où ils habitent, comment t'arrives à savoir qui est leur assistante sociale' »

E12 « elles étaient un peu débordées. Et que c'était très difficile de les joindre (...) quand j'ai eu besoin de les joindre, euh c'était sur une urgence. Et euh, la secrétaire de l'assistante sociale refusait formellement de passer les communications. (...) j'ai pas eu de bons, enfin pas ceux que j'attendais en tout cas, en terme de relation. »

Au total : Les rapports sociaux au travail étaient dégradés. D'une part par un manque de reconnaissance dans le travail via une faible rémunération et un système de santé qui semblait éloigné du réel de l'activité. D'autre part le relai de prise en charge de ces patients de l'hôpital vers la ville était limité par : la barrière de langue (difficulté parfois méconnue des médecins), l'absence d'ouverture des droits à la santé des patients et par la méconnaissance du médecin des institutions hospitalières ou associatives. De plus le relai était difficile avec les confrères psychiatres et parfois des tensions avec les confrères naissaient selon la prise en charge. Enfin par des relations faibles avec les acteurs sociaux notamment avec les assistantes sociales. Donc peu d'aides pour mener leurs tâches à bien.

6. PAR RAPPORT A LA SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE ET LE CONTEXTE HISTORIQUE

Selon un médecin, **les moyens économiques et la politique n'étaient pas mis en œuvre et ne le seraient pas** pour prendre en charge ces personnes.

E5 « leur droit à la santé, c'est un des seuls droits qu'ils ont (...) je ne sais pas si ça va durer longtemps, parce (...) on n'est pas sur une tendance favorable à une bonne prise en charge des barrières linguistiques. »

Selon un médecin, cette situation de barrière linguistique **n'était pas aussi fréquente** à son époque.

E12 « autant de gens qui ne parlent pas français. Ça c'est vraiment un phénomène de ces dix dernières années. (...) mais ce n'était pas les mêmes populations, il n'y avait pas ce problème aussi aigu que maintenant. Ou il y avait peut-être plus d'immigration du style Afrique de l'ouest, donc on parle tous français, à peu près. »

Au total : Les médecins ressentaient une insécurité dans l'avenir du travail : de l'incertitude des aides politiques et financières, à des situations de barrières de langue de plus en plus fréquentes.

II. VECU POSITIF

1. PAR RAPPORT AUX EMOTIONS

a. Tensions avec le médecin lui-même

Les médecins **externalisaient leurs émotions en augmentant leurs contacts extérieurs**. Par exemple, en parler à des confrères, des amis, leur conjoint, ou en transformant ce qui était dit par écrit.

E9 « j'ai appelé son médecin traitant qui avait aussi des difficultés énormes de communication, qui m'a dit qu'à son avis ce n'était pas qu'une question de langue (...) j'ai demandé de l'aide »

E11 « elle commençait à parler en vietnamien, et puis ça m'a donné un air de chanson (...) je suis sortie de la consultation parce que je me dis c'est pas le moment d'être mort de rire devant, j'ai appelé mes copains en Tunisie, c'est pour sortir... évacuer, parce que la situation devenait drôle parce que elle me raconte des choses que je ne comprenais pas »

E12 « Demande à 'prénom de son épouse' (rire) (...) j'ai suivi des groupes Balint (...) ce qui m'a appris à gérer mes émotions (...) Une sorte de vase dans lequel les gens vident. Et le vase, lui, il transfère ça sur son ordinateur. (...) je traduis les horreurs qu'on me raconte, en signes, sur un clavier. Et ça doit probablement me permettre de diminuer la pression. »

b. Tensions avec le patient

b.1/ à cause de la barrière linguistique

Avec le temps, une **amélioration du niveau linguistique** des patients était constatée.

E7 « c'est plus fluide ! »

E10 « au bout d'un mois, surtout si c'est des jeunes hommes, ils commencent à comprendre un petit peu des mots de français, des mots d'anglais. »

E12 « y'en a dans le groupe qui ont fait des efforts fantastiques pour apprendre le français - et petit à petit on parlait en français (...) je crois que je l'aurais vexé si je lui avais reparlé anglais. »

Le patient cherchait à améliorer la communication avec le médecin.

E2 « une majorité qui viennent avec un interprète la fois d'après (...) ce que j'attends du patient c'est qu'il fasse lui aussi un effort pour qu'on arrive à communiquer ensemble (...) mais c'est vrai que j'attends d'eux que je ne fasse pas tout le boulot, qu'ils participent à ça. C'est un peu jouer au vieux con, mais d'une certaine façon, j'ai l'impression que ça porte pas mal de bons résultats »

E10 « la plupart du temps, c'est les gens qui proposent quelqu'un par téléphone »

Certains expliquaient **les difficultés et les inégalités d'apprentissage** d'une langue étrangère.

E4 « dans ce contexte là clairement les gens ils ne sont pas dans une dynamique d'apprendre le français (...) je pense qu'il peut pas apprendre (...) les gens sont très inégaux par rapport à la langue, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui sont débrouillards qui arrivent à être dans le lien, alors c'est pas péjoratif, mais il y en a qui sont complètement paralysés, qui sont quasiment muets »

E10 « ah mais il y en a plein. Ils ne parlent pas français, mais ils nous comprennent souvent. On sent qu'ils nous comprennent, en tout cas ils ont compris le système, c'est peut-être pas la langue, mais on se comprend quand même. (...) Ces personnes ça doit faire dix ans que je les suis, ils ne parlent toujours pas français. Mais ils comprennent quand je leur dis 'cardiologue, angiologue, accueil' bon, voilà. Et ceux-là, entre parenthèses, ils ne savent pas lire et écrire (...) Il y a aussi ça. »

b.2/ à cause de la barrière socio-culturelle

Une reconnaissance sociale était ressentie dans la relation médecin-patient.

E2 « il était en bas en train de tracter, il avait trouver ce job, et je l'ai revu, super gentil, content, le sourire et tout, on n'a pas fait des grands discours, mais ça me fait plaisir de le voir, je suis content qu'il ait trouvé un job, et il est content aussi. »

E7 « ils considèrent qu'il n'y a pas de médecin avant une heure, donc quand il y en a un c'est déjà bien, on est plutôt sur ce versant là avec eux. »

E11 « les réfugiés qui viennent (...) Ils sont très contents, très reconnaissants, très contents de m'avoir, parce qu'ils savent que c'est plus compliqué d'aller voir un autre médecin qui parle pas l'arabe. »

Les médecins mettaient en place **des règles de fonctionnement**.

E4 « les patients qui n'ont pas de droits ils ne vont pas chez le médecin généraliste (...) le problème c'est que si je me mets à soigner (...) il va peut-être moins avoir la pression d'ouvrir des droits, peut-être qu'il va en parler à son copain (...) les gens comprennent très bien en général. »

E7 « je lui ai dit 'c'est la dernière fois que vous me faites ce coup-là, c'est juste euh, en faisant ça, vous me dites 'merde quoi', vous me dites 'votre organisation j'm'en fous, les autres malades j'm'en fous, votre système j'm'en fous' (...) 'mais vous me foutez en vrac toute ma matinée, ce n'est pas possible' j'ai vu sur le planning la fois d'après, elle était là dix, vingt minutes avant, donc t'arrives à gérer, et à instaurer des règles. »

E12 « ils ont déboulé, à mon cabinet, par quinze à la fois, et là, il y a eu un temps d'apprivoisement réciproque qui a été, qui a frisé la violence quand même, physique. Et puis, ils ont fini par entendre que si je leur disais 'vous venez en rendez-vous à telle heure, et si vous voulez venir à deux, ou à trois, et ben il faut prendre trois rendez-vous' et si je faisais comme ça c'était parce que pour moi, ils étaient exactement comme les autres patients du quartier. (...) et puis finalement tout s'est bien passé. (...) là, grande difficulté d'interface »

Au total : La relation médecin-patient était apaisée par plusieurs actions: l'externalisation des émotions du médecin, l'amélioration progressive du niveau linguistique du patient, la recherche de communication de ce dernier, une reconnaissance sociale ressentie par le médecin et l'adaptation progressive du patient au fonctionnement du système de santé.

2. PAR RAPPORT A SES VALEURS

a. Caractéristiques des médecins

Un profil particulier des médecins ressortait :

-Beaucoup avaient déjà voyagé et/ou exercé à l'étranger

E3 « J'ai habité un an à La Réunion (...) il y a beaucoup de cultures différentes. (...) Il y a avait toujours quelqu'un dans l'hôpital qui savait parler leur langue, qui venait traduire, c'était assez simple. »

E4 « j'ai toujours été un petit peu attiré par l'étranger, donc j'ai eu des premières expériences (...) en Afrique »

E8 « mon passage en Afrique m'a alerté là-dessus »

-certains avaient un **sentiment humanitaire fort**

E4 « Je suis rentré en médecine en 1990, et j'étais externe en deuxième année quand on a créé l'association. C'est là que ça m'a pris en fait, ça m'a jamais quitté (rire) (...) j'avais une sorte d'envie humanitaire au départ qui a beaucoup évolué parce que je suis beaucoup plus dans un militantisme politique »

E12 « je me suis installé à 'Ville4' (...) je savais que c'était un quartier à forte euh mixité culturelle, enfin d'origines. C'est donc que l'idée de rencontrer les autres ne m'était pas étrangère, que j'étais pas hostile (...) j'avais ce besoin de comprendre, euh de comprendre l'autre, autrement que par le biomédical pur et dur. »

-d'autres avaient un **parcours de formation atypique**

E4 « je partage mon temps entre ces trois activités (...) les trois se superposent, mon travail de médecin généraliste et mon travail de MDM, nourrissent mon travail de recherche en anthropologie » « un master de santé publique, comme maîtrise de santé publique, et là il y a eu un module d'initiation aux sciences humaines »

E8 « j'ai été généraliste il y a bien longtemps, j'ai été biologiste, j'étais prof de biochimie pendant toute ma carrière. La dernière fois où j'ai eu une activité médicale c'était en 1968 comme médecin de brousse en Afrique»

E10 « J'ai eu l'habitude de travailler comme très jeune médecin à vingt-quatre et vingt-cinq ans, en Afrique dans un pays où je ne parlais pas la langue, donc je l'ai apprise, donc j'ai pu finir au bout de six mois les consultations dans la langue locale. »

E11 «mes études en Tunisie, je suis arrivé en France j'avais mon bac,j'ai fait mes études en arabe et en français»

Au total : On pouvait ressortir un profil de médecin : ouvert à l'autre avec de nombreuses appétences concernant les langues et les différences culturelles et des parcours professionnels souvent atypiques.

b. Une qualité non empêchée

Avec un moyen de communication adéquat comme l'interprétariat, ils parlaient **d'un travail de qualité**.

E2 « j'ai besoin de ça pour faire bien mon travail, bien épaulés par des interprètes, c'est pas plus long que, à peine plus long qu'une consultation classique. Ça peut être quinze minutes, vingt minutes en boucle. »

E8 « maintenant on est rôdé à ce type d'accueil, on n'est pas inquiet quand on se rend compte qu'il n'y a pas de possibilité de communication, on appelle directement l'interprétariat. On ne cherche pas à comprendre. » « on se rend compte que pour faire de la bonne médecine, c'est pas possible de faire autrement. »

c. Un travail utile

La **réalité du terrain, le temps et l'expérience** permettaient d'accueillir la dimension sociale du patient.

E2 « pendant l'internat peut-être un petit peu plus, on est quand même mis dans plein de situations différentes, on fait un peu de social »

E3 « quand on a le temps, ou quand on se sent plus à l'aise, quand on a envie, et ben on peut prendre en compte toute cette dimension, et accepter le fait qu'elle nous revienne (...) la composante sociale, elle est tellement pesante que ce n'est pas possible de ne pas la prendre en compte. »

E4 « Quelqu'un qui a mal à la gorge, qui dort avec sa femme et son gamin dehors à la rue (...) il faut voir s'il n'est pas malade, mais après quand même poser des questions sur où est-ce qu'il en ait dans la procédure ? Est-ce qu'il est bien accompagné ? »

E5 « la santé c'est pas que les soins, c'est une vision complètement médico-centrée. »

Ils n'avaient pas le sentiment d'un travail inutile lorsqu'ils prenaient **en compte les disparités sociales**.

E5 « il va manger aux restos du cœur, donc il mange ce qu'on lui donne, il achète des trucs pas chers à moins d'un euro à Liddl, donc c'est des boîtes avec plein de sucre et de sel, et donc elle (*la diététicienne*) a écrit sur le courrier 'compte-tenu de sa situation sociale, pas d'objectif fixé' pourtant il est diabétique. (...) C'est pas l'un ou l'autre. C'est que tu ne peux pas soigner quelqu'un non plus qui vit dans la rue » « les gens ne donnent pas suite, à l'annonce d'une hépatite B, d'une hépatite C ou du VIH, c'est qu'il y a d'autres priorités. Pourtant c'est une maladie grave (sourire), et on met du cœur à les motiver, on a l'interprétariat (sourire), il y a des assistantes sociales, mais il y a un moment où malgré tout, tu leur donnes pas un toit, ils n'ont pas d'autonomie quasiment. (...) il y a d'autres choses à stabiliser » « tu renonces à des choses sans doute, mais c'est pas toi (...) tu ne peux pas être surpris si ce que tu dis n'es pas fait ou pas comme ça devrait l'être »

E11 « On n'a pas les mêmes problèmes quand on vit dans un pays en paix que quand on vit dans un pays en guerre, enfin les problèmes on les a, mais ça ressort pas forcément. (...) Comme pour le patient qui s'était plaint d'être ejaculateur précoce. Il y a une échelle de la souffrance humaine »

Au total : Les médecins parlaient d'un soin de qualité, d'une « bonne médecine », lorsqu'ils avaient les moyens de communiquer avec le patient en ayant recours à un interprète professionnel. De plus une fois la problématique sociale acceptée, la prise en charge était considérée comme un travail utile.

3. PAR RAPPORT AUX COMPETENCES DU MEDECIN

a. Le plaisir au travail

Les médecins étaient **ouverts, volontaires et satisfait**s pour établir une communication avec ces patients.
E2 « ça me fait plaisir (...) j'aime bien parler anglais (sourire), et du coup je suis content (rire), je suis super content. (...) ça me fait kiffer. (...) c'est communiquer qui est rigolo, et du coup c'est vrai c'est cool et moi j'aime bien, je vois sur mon planning que j'ai monsieur un tel, et ça me fait plaisir. »

E4 « si tu croises un étranger de temps en temps, ben tu vas être content (...) Il y a des gens que j'aime bien voir (...) c'est chouette, des fois c'est des belles histoires. »

E6 « une chose qui me semble vraiment importante, c'est de vouloir communiquer »

E7 « c'est trop bien, c'est hyper épanouissant (...) c'est des gens, t'as envie absolument de les aider, et puis oui en terme d'ego tu joues un peu les superman. (...) dire à des gens (...) qui sont dans des situations précaires : vous savez qu'ici vous serez reçu et qu'on essaiera de faire avancer les choses. (...) même si t'as toutes les contraintes, même si ta consultation a été merdique (...) c'est un truc quand même, qui je trouve n'a pas de prix. (...) c'est partager un gros moment d'humanité. (...) si je peux, par mon boulot, au moins faire avancer les choses pour une petite partie des gens, ça m'intéresse. »

b. L'utilisation et l'accroissement des compétences

Les médecins **employaient et augmentaient pleinement leur compétence en communication**.

E6 « nous étions deux collègues, à avoir dans notre passé, eu des contacts avec des personnes handicapées mentales, et on a constaté qu'on a recyclé le savoir-faire, notamment gestuel, qu'on avait utilisé à cette époque. Et qu'on investit quand il y a un trouble du langage ou d'une autre langue, de la même manière. (...) on a des collègues, pour lesquels, quand il n'y a pas la langue, ils ne savent plus faire du tout. Tandis que nous on essaie de trouver d'autres moyens. »

E7 « j'apprends aussi à mimer(...)ça c'est un truc que j'ai appris de la langue des signes, de mon travail actuel»

Cette activité était source de changement, donc **sans monotonie ni ennui**.

E2 « ça change, de temps en temps, c'est quand même assez cool. »

E4 « tu vas investir le truc, tu vas te concentrer »

E6 « c'est un challenge aussi d'arriver à communiquer. Parce que quand vous expliquez quelque chose et que vous voyez la lueur qui s'allume dans les yeux du patient vous vous dites 'bon, là, on s'est compris !' (sourire) »

E7 « ça t'apporte énormément de choses. Parce que culturellement parlant c'est très épanouissant d'apprendre des choses. (...) la rencontre de l'autre, l'interculturel tu vois. Ça te donne juste envie de continuer à voyager »

c. L'autonomie du médecin selon ses compétences

c.1/ Sur le plan linguistique

Ils utilisaient leur compétence linguistique pour communiquer.

E9 « c'est très médecin-dépendant (...) elle parle trois ou quatre langues, donc forcément, c'est plus simple avec quelqu'un comme ça (rire). Elle appelle moins l'interprète je pense. »

E11 « J'arrive quand même à bien interroger. J'arrive à avoir les renseignements que je veux. »

E12 « quand le patient qui a rendez-vous est anglophone. Parce que là moi je me débrouille, enfin je maîtrise suffisamment l'anglais pour pouvoir mener une consultation en anglais, même sur des sujets scabreux. »

Il y avait un **accroissement des compétences** linguistiques :

-**par une pratique quotidienne, habituelle** d'une langue commune (anglais ou arabe).

E4 « j'essaie vraiment d'entretenir mon anglais, j'essaie de lire en anglais, et puis comme je parle anglais au cabinet »

E7 « il y a des après vraiment à thème où j'ai quasiment que de l'anglais. Tu vois j'ai cinq consult en anglais. Après c'est l'habitude. »

E11 « J'ai l'habitude de faire des consultations : ou en arabe, pour les gens qui ne parlent pas du tout en français ; ou bien franco-arabe. (...) Parce que j'ai beau maîtriser l'arabe, je ne maîtrise pas très couramment l'arabe littéraire, et la médecine en arabe je ne saurais pas expliquer une maladie en arabe, c'est difficile. »

- **par une curiosité intellectuelle** avec un échange de compétences médecin ↔ patient.

E2 « j'apprends aussi des trucs en anglais (...) ils me le disent, et je le retiens, la fois d'après je le replace, et j'ai appris un nouveau mot en anglais, une nouvelle expression, donc c'est bien pour moi aussi »

E4 « J'ai un patient qui est néo-zélandais (...) dès qu'il y a un mot que je ne sais pas, je lui demande, et puis lui il me corrige, et je pense que malgré tout mon anglais progresse aussi comme ça. »

E11 «la varicelle, en Tunisie, en Algérie, au Maroc, on ne dit pas la même chose (...) c'est des dialectes. Après en arabe littéraire c'est un seul mot, mais moi je le sais pas. Donc quand je dois parler de la varicelle, je cherche»

Donc lorsque le **médecin maîtrisait une langue pivot avec le patient** :

- le ressenti était meilleur, il y avait un sentiment de **travail utile**.

E2 « c'est très gratifiant (...) C'est vachement agréable de se sentir aidant aussi dans une autre langue, je ne connaissais pas l'anglais sous cette forme-là »

E11 « en consultation c'est plus par nécessité que par plaisir (...) je les écoute (...) tout se fait naturellement»

- **Un lien de sympathie** pouvait se créer avec les patients, ayant une langue commune avec le médecin, car elle renvoyait à l'histoire personnelle de ce dernier.

E2 « je pense que je projette. Les jeunes et tout j'ai l'impression de voir mes cousins (...) Je parle anglais avec ma famille (...) et du coup je suis content de parler avec eux (...) ça me rapproche de ça, dans ma tête ça doit être quelque chose de cet ordre là. (...) Ça ne me fait pas ça avec les nigériens, mais par contre ça me le fait carrément avec les anglais »

c.2/ Sur la prise en charge sociale du patient

Les médecins avaient souhaités accroître leur compétence pour répondre à cette problématique sociale :

- **par une formation autodidactique**.

E3 « j'ai plutôt l'impression d'avoir appris à me débrouiller avec. J'ai appris sur le tas. »

E9 « Je découvre, c'est un monde, j'ai des assistantes sociales vachement sympas (rire). J'apprends beaucoup plus de choses. »

E12 « quand tu exerces dans un quartier dans lequel y'a beaucoup de gens précaires, même si au départ tu ne sais pas ce que sait que la précarité, tu, tu la vois venir. » « j'ai rencontré quelques personnes, euh, qui étaient dans une globalité »

- ou **par une formation encadrée**.

E4 « c'est surtout l'accès aux droits, des cours sur le droit (...) on a fait un petit livret d'accès aux soins pour la médecine générale (...) un résumé sur les droits et puis toutes les structures d'accueil pour manger, pour se laver, pour dormir, et le bilan de base. »

E5 « C'est que moi la question m'intéresse en fait, il y a une assistante sociale qui travaille ici, qui t'explique ici, j'étais allée à une formation (...) sur les droits des migrants, mais c'était plus les cas des retraités. Bref, comme ça m'intéresse je m'étais intéressée, mais c'est en plus. »

E10 « un DU (*diplôme universitaire*) que j'ai fait l'année dernière, qui s'appelle, santé société migration, »

c.3/ Sur la communication interculturelle

Les médecins étaient intéressés par une formation sur la communication interculturelle.

E2 « c'est bien, ça fait une petite bouffée d'oxygène d'aller faire un peu d'anthropo, de voir d'autres choses. »

E3 « c'est que ça m'intéresse. Et que j'ai même dans la liste des formations que j'ai à faire (...) il y a un DU il me semble d'anthropologie médicale, et cette année je fais celui d'éthique »

E4 « Ça m'aurait intéressé (...) je fais de la recherche en anthropologie, j'ai passé une thèse d'anthropologie »

L'interculturalité était présente au quotidien, appréhender cette dimension pouvait **faciliter leur pratique**.

E1 « Ça simplifierait pas mal de choses (...) pour pas faire de boulette »

E3 « la question elle se soulève chaque jour, des représentations culturelles de la maladie, du corps, de l'autre »

E6 « les soignants sont assez démunis »

E7 « Récemment j'ai eu une demande de certificat de virginité pour une jeune de fille de 17 ans, que j'ai refusé au début (...) mais tu vois, ça m'a posé des questions. »

E12 « une ville aussi cosmopolite que 'Ville1', ben la diversité tu la rencontres. » « l'origine culturelle, enfin géographique (...) de la personne qui est assise en face de toi (...) va influencer sa façon de dires les choses naturelles (...) et renvoyer la question à l'autre, 'quand vous avez, quand vous me dîtes ça, est-ce que vous voulez dire ça ou ça ?' ben tu ouvres ta consultation, et ta façon de pratiquer à tous les possibles. »

Là aussi, les médecins avaient développé leur compétence sur la communication interculturelle :

- par une **formation autodidactique**.

E2 « on a notre façon de faire, on se débrouille »

E7 « J'ai vachement parlé avec ma cousine qui est assistante sociale à 'Ville8', et qui gère des patientes africaines. (...) Tu peux aussi comprendre les choses, déjà juste avoir de la curiosité par le voyage »

E8 « mon passage en Afrique m'a alerté là-dessus (...) il y a une formation par compagnonnage. »

E12 « une formation sur le tas à travers les gens, et puis (puis l'index) je me suis posé des questions aussi. (...) je me suis mis à bouquiner de l'anthropo, et de l'ethnopsy (...) Une revue d'anthropo-psychanalyse. (...) à force de lire, de lire, de lire, tu finis par ingurgiter des connaissances, et tu as un certain nombre de références »
-et par un **apprentissage encadré**.

E6 « J'en ai fait une, il y a une quinzaine d'années, qui avait été organisée dans le cadre du VIH. Ça m'a bien servi (...) on a eu une intervenante qui est anthropologue qui nous a refait un topo l'année dernière. »

E10 « j'ai fait des formations complémentaires (...) pour mieux comprendre mon métier, qui sont la théologie et les sciences de la famille, donc de la philosophie, sociologie, anthropologie, ethnologie. Après j'ai fait une formation complémentaire plus médicale, santé et hygiène hospitalière, Sida, médecine tropicale, et récemment,

donc l'année dernière j'ai eu besoin, donc par rapport à toute cette difficulté de soigner des migrants, de faire un DU qui s'appelait santé, société, migration pendant une année »

E12 « j'ai participé à y'a deux ans (...) c'était un séminaire sur l'interprétariat en santé. »

Au total : Les médecins avaient l'occasion de faire des choses qui leur plaisaient : apprendre des nouvelles choses, utiliser et développer leurs compétences. Ils décidaient librement de la manière de faire leur travail. Ils étaient donc autonomes, loin d'un travail monotone et ennuyeux.

-Les médecins, maîtrisant une langue étrangère, avaient une pratique quotidienne et une curiosité intellectuelle d'accroître leur compétence dans cette langue grâce aux échanges avec les patients. Un 'échange de compétences' médecin ↔ patient naissait.

-Ils avaient aussi développé leur connaissance sur la problématique sociale et/ou la communication interculturelle via une formation encadrée et via une formation en autodidacte.

4. PAR RAPPORT A L'ORGANISATION DU TRAVAIL

a. Aménagement des horaires de travail

Les consultations avec des patients allophones connus étaient **plus rapides et mieux vécues**.

E2 « quand j'ai des patients qui parlent anglais, et que je connais déjà, en vingt minutes c'est fait. »

E7 « maintenant globalement je les ai toutes vues une fois, donc passé le moment du premier contact, on arrive rapidement à aller dans le vif du sujet. »

E10 « C'est vrai qu'on préfère voir les patients qu'on connaît, donc ça va plus vite, on est bien au clair, on peut aller directement, et d'une part au côté strictement scientifique, et puis on peut passer du temps pour le côté humain. (...) Là je les connais, donc on va dire que ça va être plus facile»

La pression temporelle semblait **moindre dans le service de la PASS qu'aux urgences**.

E9 « je trouve ça plus difficile de voir des patients qui ne parlent pas français aux urgences qu'à la PASS. (...) Il y a une différence, oui parce qu'ici c'est plus simple de voir des gens qui ne parlent pas français (...) c'est lent ici, c'est-à-dire qu'on peut se permettre d'être lent (...) je suis là pour ça en fait. Je suis là pour voir des gens qui ne parlent pas français ou mal français, c'est mon boulot, tu vois j'ai la demi-heure pour faire la consult»

Un médecin diminuait le nombre de personnes vues en consultation dans la journée.

E8 « Il y a eu une diminution du nombre de personnes que l'on reçoit (...) le fait de ralentir (...) Et le fait d'avoir du temps devant soi - enfin ou de le prendre – permet de faire un boulot qui s'adapte mieux à la prise en charge globale de la personne. (...) C'est peut-être un luxe que l'on peut – je ne sais pas »

E9 « Je peux prendre une demi-heure par consultation. C'est le créneau qui nous est accordé. Du coup il y a moins cette pression, et on est plus disposé aussi psychologiquement à prendre le temps de bien se comprendre. (...) Donc voilà ça met une demi-heure ou trois-quarts d'heure c'est pas grave. »

Des médecins proposaient un autre rendez-vous.

E2 « au bout de trois-quarts d'heure je dis 'stop, on verra ça une autre fois, on peut compléter après'. »

E4 « en médecine générale on a le temps, c'est pas one shot, comme à l'hôpital où il faut que tout soit réglé. »

E7 « En fait c'est des gens que je reprogramme. (...) tu reconvoques. »

Au total : Le suivi de ces patients était plus aisement sur le plan temporel. Certains médecins modifiaient leur rythme de travail pour diminuer la pression temporelle : en diminuant le nombre de consultations par jour, en proposant un autre rendez-vous au patient, en travaillant dans un service dédié comme à la PASS.

b. Précision des objectifs de travail

Un motif de consultation médical rendait la consultation simple.

E1 « je me sens plus à l'aise »

E9 « parce qu'ils viennent pour un problème médical particulier, et qui est en général assez simple, même si ça peut être des choses dramatiques, c'est assez simple. »

E11 « des gens qui parlaient pas français, qui parlaient en anglais, c'était des touristes, mais ils venaient pour un problème bien précis, donc on arrive à résoudre la situation. » « répondre à une question précise : la grippe, l'angine, l'entorse du genou etc, ça bon, on arrive à expliquer. (...) On reste dans la médecine d'urgence»

D'autant plus lorsque le patient n'avait pas de situation sociale complexe.

E5 « ça allait beaucoup plus vite (sourire) (...) ça pose pas du tout les mêmes problèmes (...) tu as la barrière linguistique, mais il va avoir les moyens de se payer lui-même l'interprétariat ou je sais pas, t'as pas forcément des barrières sociales avec. »

E9 « plus facile avec des gens dans l'urgence, européens, qui sont là un peu par hasard mais qui ont des droits»

E11 « il n'y a pas eu cette problématique (...) tous ceux qui sont venus ici, ils ont été bien pris en charge socialement, ils ont eu des logements. Donc du coup, je les vois comme des immigrés qui sont installés, sauf qu'ils ne maîtrisent pas la langue, ils viennent d'arriver. »

Les motifs de consultation étaient communs à ceux rencontrés par les médecins au quotidien.

E4 « je fais des certificats d'aptitude de départ pour les volontaires d'handicap international »

E6 « un handicap moteur important (...) des douleurs articulaires, comme chez tout le monde (...) du diabète ou de l'hypertension, comme en médecine générale ; il y a des gens qui ont une maladie qui relève de la spécialité, il y en a quelques uns. La question auquel on est attentif, c'est la question de la tuberculose (...) dépistage syphilis, VIH, VHB, VHC, ceux du CeGIDD, et la numération pour l'hyperéosinophilie, parce qu'on a quand même des bilans bilharziose, anguillulose, qui reviennent de temps en temps. (...) épidémie de gale dans les foyers (...) des plaies pas jolies, jolies, qui traînent un peu. »

E11 « il venait pour des problèmes de gastralgies, troubles intestinaux, enfin des choses de médecine courante »

- Certains médecins décrivaient des patients allophones **jeunes, en bonne santé.**

E4 « pour migrer il faut être en bonne santé, il ne faut pas être malade, il faut en plus bien cogiter, donc souvent c'est des gens en bonne santé et intellectuellement débrouillard, et du coup de fait les migrants en général sont en meilleur santé que les français proportionnellement. »

E9 « c'est des gens, en assez bonne santé, jeunes (...) comme les jeunes qui voient le médecin une fois ou deux fois par an »

- Un autre décrivait **une population vieillissante, des pathologies lourdes**, avec plus de **femmes**.

E6 « Les gens qui migraient il y a dix ou quinze ans (...) c'est des gens entre vingt et soixante ans. On n'a pas de personnes âgées, on avait peu de familles. C'était souvent des gens seuls, une majorité d'hommes. Et puis, il y a eu une bascule, on a actuellement plus de femmes, notamment à cause des grossesses (...) on a vu arriver dans les dernières années des gens qui étaient vraiment malades. Alors il y a deux catégories, il y a d'une part (...) le parent vieilli (...)ils ont des pathologies du vieillissement ordinaire, et ils ont quelques pathologies lourdes, des cancers (...) Le deuxième cas de figure (...) ce sont des gens qui migrent pour soins, (...) atteints de pathologies lourdes, cancer métastasé, insuffisance rénale terminale (...) qu'on ne voyait pas avant »

L'accueil bienveillant était garant d'une **relation de confiance** et d'un **suivi régulier**.

E4 « je vois vraiment les choses comme tisser du lien (...) J'ai vraiment ça en tête, que les choses s'inscrivent dans le temps (...) si les gens sont à l'aise, pas à l'aise »

E6 « si on prend du recul et si on veut durer dans l'histoire, le soutien des gens c'est quand même quelque chose qui est important aussi (...) d'avoir un lieu qui est un peu soutenant, c'est quand même important et on le sent bien, les gens le disent. »

E12 « plus de la moitié des gens à qui j'ai fait des certificats m'ont ensuite demandé d'être leur médecin traitant»

Il était admis que cette relation médecin-patient était à plus ou moins long terme, selon les structures.

-le suivi était plutôt à court terme avec les médecins hospitaliers ou associatifs.

E5 « Sur quelques mois oui, trois-quatre-six mois, ça dépend des gens (...) des fois ils reviennent à la PASS, alors que ça fait trois-quatre ans qu'ils sont en France »

E6 « La moyenne chez nous c'est deux consultations. Parce qu'après ils ont leurs droits. (...) Je ne me place pas dans un objectif de suivi, je me place dans une mission d'évaluation/orientation. »

E8 « En moyenne, comme à la PASS, on voit les patients moins de deux fois. (...) nous ne travaillons pas sur la durée. Une fois qu'ils ont leurs droits, on ne les voit plus. »

- le suivi était au long cours chez les médecins de ville.

E2 « Il y en a que je suis pour des soucis un peu chroniques, mais qui viennent aussi en urgence. »

E4 « que je connais depuis un petit moment, depuis peut-être deux-trois ans (...) quand tu vois une famille qui t'aimes bien, évidemment ils en parlent à leur entourage, et du coup tu as dix familles (...) il y a des gens que je suis depuis quinze ans »

E12 « des accompagnements sur des années (...) que j'ai suivi pendant quatre ans oui, jusqu'à ma retraite»

c. Adéquation des objectifs avec les moyens

La prescription d'examens complémentaires était similaire à la population générale.

E1 « Après s'il est assuré (...) je dirai pas qu'on en fait plus, non »

E4 « je pense que je prescris plutôt moins »

E6 « Et quand il vient faire son assurance maladie, hop, on libère, on l'envoie au labo, on l'envoie à la radio. »

Pour les patients sans couverture maladie, la délivrance médicamenteuse était possible à l'hôpital, via les missions d'intérêt général, telle que la PASS, qui avait un budget dédié.

E6 « la PASS a un budget médicament donc on prescrit et c'est délivré à l'hôpital, le prix est un obstacle rare. (...) On dépanne le temps qu'ils obtiennent leur attestation. (...) on est là pour ça »

Au total : Des objectifs précis en adéquation avec les moyens donnés permettaient de diminuer l'intensité du travail. Les médecins avaient un bon vécu de la consultation, malgré la barrière linguistique, lorsque le motif de consultation était biomédical, précis, fréquent, maîtrisé et sans problématique sociale associée. Par ailleurs les médecins souhaitaient une relation de confiance avec le patient pour permettre un suivi régulier. Ce suivi était plus ou moins long selon les structures. Enfin pour les patients sans couverture sociale, la délivrance de certains

médicaments était possible à l'hôpital. L'ouverture des droits à la santé du patient permettait de réaliser d'autres examens complémentaires selon un raisonnement médical comparable avec le patient non allophone.

5. PAR RAPPORT AUX RELATIONS SOCIALES

a. Avec les autres confrères

b.1/ Une orientation facilitée

Des relations de bonne qualité avec les confrères pour un **réseau soutenant** était le fruit d'un long travail.

E4 « j'ai beaucoup de patients dans cette situation, ben à un moment on se connaît (...) ça fonctionne bien »

E5 « un réseau informel »

E7 « on fait partie du listing de toutes les asso de 'quartier1' » «des endoc, on a une gynéco, et AME ou pas AME, elle prend tu vois, elle a ce côté-là, le côté social et humaniste c'est pas réservé aux médecins généralistes, tu as des radiologues, cardiologues, gynéco qui sont comme ça, donc ça te permet d'avoir un réseau »

E8 « on a un réseau de médecins (...) qui ont été contactées, et ça a demandé beaucoup de temps, parce qu'aller voir un médecin, prendre de son temps, alors qu'il est souvent surbooké, n'est pas facile, ça veut dire qu'il y a eu quelqu'un qui a passé beaucoup de temps là-dessus (...) qui nous a aidé à constituer ce réseau. »

Ainsi l'orientation des patients **vers les PASS était aisée**.

E1 « ils sont à côté (...) on oriente pas mal vers la PASS (...) on leur donne un dépliant avec les numéros pour prendre rendez-vous (...) si c'est en semaine et que elle est là (...) elle passe le voir et elle commence à prendre un premier contact, pour lui donner un rendez-vous. »

E5 « Ils (MDM) nous (PASS) les envoie quand ils sont là (me montre le deuxième intervalle, après les demandes à la Sécu faites). (...) les médecins généralistes qui ne peuvent prendre en charge, en relai des urgences »

E8 « s'ils ont des droits potentiellement ouvrables (...) c'est facile dans les PASS, puisque théoriquement, dans les PASS, ils ont aussi accès à ce système d'interprétariat »

L'orientation des patients **vers un confrère**, par les PASS ou médecins du monde, était facilitée. Ils communiquaient par téléphone, ou par des courriers papiers.

E6 « j'ai appelé son médecin traitant »

E9 « les orienter dans un cabinet de médecin généraliste qui accepte de les recevoir, de faire le lien. (...) Pour le suivi médical, on leur donne souvent leur prise de sang, on écrit un petit courrier de lien pour le médecin généraliste (...) avec : on l'a vu de telle date à telle date, ses antécédents c'est ça, ses traitements actuels c'est ça, et il s'est passé ça dans sa vie entre guillemets entre le moment où on l'a vu et le jour d'aujourd'hui (...) Avec les coordonnées de la PASS. »

b.2/ Un sentiment de soutien

Infirmiers, interprètes, médiateurs aidaient à un meilleur choix thérapeutique, une reformulation et un plan de soin adapté avec le patient.

E5 « sur la contraception (...) l'infirmière commence à lui dire, oui tu sais il y a différents trucs (...) moi pendant ce temps-là je regardais sur internet pour montrer des images » « Les fameuses médiatrices (...) font plus que traduire en fait, elles expliquent vraiment, donc là c'est super parce que ça te gagne du temps, enfin ça t'évites de répéter, elles savent déjà une partie de ce que tu vas dire et du coup elles expliquent bien »

E7 « un inter médiateur (...) puisse faire le lien, parce que c'est essentiel (...) c'est plus que l'interprète (...) il va dire 'non, attends, arrête, il a rien compris, je reformule, tu me laisses le temps, je reformule' »

b. Avec les partenaires sociaux

Ils communiquaient avec les acteurs sociaux de visu, par mail, par courrier papier, ou par téléphone.

E4 « j'essaie surtout de travailler avec les AS (*assistantes sociales*) de quartier (...) ça m'arrive ou si je comprends pas je fais un petit mot à l'assistante sociale pour qu'elle me rappelle »

E6 « Tous les patients qui viennent la première fois, voient une assistante sociale (...) Aux urgences, il y a une assistante sociale qui fait l'ouverture de droits (...) avec le médecin urgentiste »

E7 « les assistants sociaux en général, ils donnent une carte au patient avec leurs coordonnées, ce qui permet quand même de favoriser la communication, parce que tu peux, au moins, avoir un nom. (...) souvent je demande les mails (...) à l'hôpital, on a un téléphone, donc j'ai l'assistante sociale au moins une fois par semaine pour débriefer sur un patient, on s'envoie des mails. »

E10 « j'ai pu appeler (...) le travailleur social qui s'occupait d'elle, pour savoir ce qu'ils attendaient de moi »

Assistantes sociales et infirmiers aidaient à un **plan de soins adapté** à la situation sociale du patient.

E5 « tu as des assistantes sociales qui te disent où la personne elle en est en gros, donc ce que tu peux prescrire » « donc il faut que dans ta tête tu aménages un plan de soin, selon que l'on est là ou là »

E6 « où en est le patient du parcours(...)qu'est-ce qu'on peut faire et qu'est-ce qu'on peut envisager. Est-ce qu'il est assurable, est-ce qu'il n'est pas assurable, est-ce que la demande a été faite, quel est le délai où on va avoir la réponse, est-ce que les soins que je veux faire nécessitent seulement d'avoir fait la demande ou d'avoir la réponse, et je me situe dans le parcours de soin par rapport à ça. C'est moi qui m'oriente dans l'affaire »

E9 « l'infirmière (...) accompagne, et pour les médicaments, mais elle accompagne pour la prise de sang, elle accompagne pour les examens de radio. (...) l'assistante sociale a dégrossi une partie du dossier, l'infirmière a dégrossi une autre partie, et nous on dégrossi le reste. Du coup ça semble plus simple, plus facile, plus aisé »

Au total : Les médecins dialoguaient par un 'réseau humanisé' avec leurs confrères libéraux ou hospitaliers. Ainsi l'orientation des patients était facilitée. De plus un plan de soin adapté au patient était possible lorsque le médecin était entouré d'une équipe facilitant ce dialogue. Notamment lorsqu'une relation de qualité avec les acteurs sociaux permettait de simplifier et de soutenir le travail du médecin.

III. LES PRATIQUES DE COMMUNICATION

En pratique les médecins utilisaient des outils pour les aider dans la communication, mais aucun outil n'avait que des avantages.

1. LA COMMUNICATION NON VERBALE

Instinctivement et immédiatement, les regards et la gestuelle du patient les aidaient à communiquer.

E1 « les échanges visuels, l'expression du visage (...) tu es sur place, tu vois ce qui se passe. Parce que il y a une partie qui se passe dans le non verbal dans la communication. (...) tu vois assez vite quand c'est grave »

E3 « on a essayé de mettre en place une communication non verbale qui ne permet pas de faire passer des messages techniques, mais surtout des messages émotionnelles, donc elle nous a traduit sa détresse, surtout par son regard et puis le fait qu'elle pleurait, je l'ai vue deux fois, les deux fois elle pleurait. »

E9 « l'avantage c'est qu'on les a aussi en face de nous »

Cette communication non verbale n'était pas possible par téléphone dans le cas de la régulation SAMU.

E1 « t'as que la parole, et t'as pas la personne en face de toi »

E3 « devoir rester attentif à quelqu'un qu'on n'a pas en face de soi, non c'est très dur, très dur. »

a. Les signaux naturels

Les médecins parlaient au patient avec **les gestes, les mains**.

E6 « les gens vous montrent où ils ont mal (...) Il ne faut pas oublier la gestuelle et la mimique. »

E9 « on parle aussi avec des gestes (...) on parle un peu avec les mains, la gestuelle. »

E10 « si on comprend rien, on fait le langage des signes, enfin le langage des signes, pas de celui des sourds !

Mais le langage des signes (...) on réutilise les mêmes schémas d'expression de la personne »

b. Les signaux artificiels

Ils utilisaient ou créaient aussi des **images, des dessins, des pancartes**.

E2 « je fais des dessins de système d'organe quand je veux leur faire comprendre le rein, la vessie »

E7 « Google images, c'est des réflexes que tu as, pour les médicaments, pour limiter les erreurs. »

E8 « un classeur qui doit être à utilisation nationale, voir internationale, d'images qui permettent de présenter quelqu'un qui a envie de vomir, quelqu'un qui a de la fièvre, quelqu'un qui a des brûlures en urinant » « On écrit sur la boîte. Et il y a des images avec le soleil qui se lève, etc. »

E12 « j'avais dans ma bibliothèque un certain nombre de bouquins comportant des planches anatomiques, relativement simples, mais suffisantes pour faire le tour d'un bonhomme ou d'une bonne femme. »

c. Les limites de la communication non verbale

Un médecin était vigilant quant aux **signes différents selon la culture**

E6 « Il faut juste se méfier des pays où on dit 'non' comme ça (fait oui avec la tête) (rire) »

Les médecins devaient restreindre la communication, il y avait une **pauvreté du langage**.

E5 « tu dois simplifier forcément les messages »

E6 « On se contente d'assez peu, il faut bien le dire, la communication n'est pas toujours complètement élaborée (...) il y a quand même des choses, mais c'est alors minimal hein (rire) »

Au total : Tous les médecins utilisaient naturellement la communication non verbale et créaient des signaux naturels (gestes, mimiques) et artificiels (dessins, images). La communication était donc très peu élaborée avec des risques d'incompréhension liés aux différences culturelles.

2. LES OUTILS PAPIERS

a. Des livrets ou manuels de traduction

Presque tous les médecins avaient des livres de traduction.

E1 «on a aussi des petits livrets avec différentes langues,des principales questions où est-ce que vous avez mal»

E10 « jadis j'avais un petit manuel avec les mots en je ne sais pas combien de langues »

Mais en pratique **ils étaient très peu utilisés** par les médecins.

E4 « (il cherche), tiens ben regarde il est tout poussiéreux d'ailleurs (...) je ne l'ai jamais utilisé »

E10 « Non, non, pas du tout. (...) et puis ça sert à rien, parce que je ne sais pas les lire. Non. »

Car c'était un moyen **qui prenait du temps**.

E8 « mais...bon...on se rend compte... ça allonge beaucoup le temps de consultation, on perd l'information »

E10 « non, ça prend trop de temps »

Sans phrases le langage était pauvre.

E3 « ça permet d'échanger des mots, pas des phrases »

E9 « c'est très simple : la tête, le dos, le ventre, la douleur, on montre le mot douleur, on montre le mot tête, on montre voilà, et du coup ils disent oui ou non. Mais ça ne permet pas un interrogatoire fin de la pathologie »

b. Des ordonnances visuelles et écrites

Ordonnances visuelles, ordonnances bilingues, formulation écrite au pharmacien et une demande d'un interprète informel étaient des stratégies utilisées.

E2 « J'écris en anglais (...) sur mes ordo ou sur mes prescriptions d'examens (...) entre autre je leur écris sur l'ordonnance de bien vouloir revenir avec un interprète, en français. »

E6 « le principe c'est de faire un planning thérapeutique en identifiant les heures de prises, en codant les médicaments avec des gommettes de couleurs, et en indiquant les posologies à l'aide de ça. (elle me montre un classeur, contenant des gommettes de différentes couleurs, des dessins de présentations galéniques variées, comprimés, gélules, gouttes, pommades, sirop, suppos, inhalation, sachet, avec les heures de prises indiquées avec le soleil levant, zénith, couchant, et les quantités avec des dessins de quart, moitié,...) (...) pour les patients illettrés ou qui ne parlent pas. Je vois surtout pour les ordonnances un peu complexes. »

E7 « ça veut dire ordonnance en français pour le pharmacien, avec un double en gras en anglais, j'avais même mis un mot sur l'ordonnance en disant 'merci de réexpliquer à la patiente en anglais' »

Au total : Pratiquement tous les médecins avaient un livret ou un manuel de traduction à disposition mais presque tous ne l'utilisaient pas « regarde il est tout poussiéreux » (E4). Outil considéré comme chronophage et peu utile car il ne permettait pas une communication élaborée. Enfin ils utilisaient l'ordonnance comme outil papier pour aider au suivi et à l'éducation thérapeutique du patient.

3. LES OUTILS INFORMATIQUES

Tous les médecins avaient déjà utilisé un traducteur sur internet.

E3 « Je l'utilise sur mon téléphone portable (...) Je passe au patient pour qu'il tape » « J'ai un dictionnaire dans mon téléphone qui traduit toutes les langues du monde »

E6 « il a causé dans son téléphone et ça s'est inscrit en russe, et ça s'est inscrit en français ! »

E11 « Internet, oui. La traduction d'un terme que je n'arrive pas à traduire en arabe, donc je fais un dictionnaire franco-arabe. C'est bien. Je lui montre, il lit, voilà. »

Certains médecins **ne l'utilisaient plus.**

E2 « je ne veux pas l'utiliser (...) je ne suis pas fan des ces outils-là »

E3 « là je ne l'ai pas fait avec elle (...) je n'y ai pas pensé »

E8 « on se rabat sur ce que nous considérons comme des substituts et des moyens de seconde ligne. »

a. Les avantages

Les médecins étaient satisfaits de leur **très bonne disponibilité** pour des urgences

E1 « ça permet d'être un peu plus réactif quoi. »

E2 « un patient érythréen en urgence, et ben je galère, je serais obligé d'utiliser un traducteur sur le net »

E3 « ça dépanne énormément »

Ils l'utilisaient pour **recueillir des informations précises, ou poser des questions fermées**. Par exemple avec un anglophone, ou avec un francophone, en cours d'apprentissage.

E3 « Quand c'est pour donner une information pratique 'vous allez avoir tel traitement qui va durer tant de jours' là oui c'est super (...) j'utilise ces trucs là plus pour des informations précises et des questions fermées »

E9 « une bonne aide. C'est un soutien, s'il manque un mot on cherche »

E10 « avec des mots très simples (...) je pose une question de manière à ce que comme réponse il n'y est que oui ou non »

b. Les inconvénients

Les médecins utilisaient peu la **fonction phonétique** car peu fiable sans matériel fonctionnel.

E4 « tu as le son, mais ça a pas l'air très concluant (...) je sais pas si c'est bien compréhensible. Je ne sais pas s'ils comprennent ou s'ils ne comprennent pas (...) l'écrit on voit plus, les gens ils percutent. »

E6 « on a eu longtemps un PC qui n'avait pas de son, donc (rire), ça n'allait pas. Là le son, il sort ici, (loin du patient) ce n'est pas très facile »

Son utilisation pouvait être limitée par **la connexion à internet**.

E3 « internet passe très mal, dès qu'on est un peu au fond du couloir, le wifi coupe, et la 4G passe un peu mieux»

E12 « je me suis informatisé en '98 à peu près »

C'était un moyen qui **allongeait le temps de consultation**.

E2 « la consultation se transforme du coup en travail de traduction (...) ça prend toute la place dans la consultation »

E4 « c'est la contrainte, en médecine générale, du temps, c'est-à-dire s'il faut dix minutes pour qu'il tape deux mots, ça va pas »

Un **manque de langue**, et une **difficulté à trouver la langue parlée** du patient étaient des limites.

E5 « il y a des langues que tu ne trouves pas non plus. »

E10 « et utiliser la bonne langue, si tant est que je sache quelle est la langue, parce qu'en érythréen je ne sais pas quelle est la langue »

Le manque de fiabilité de la traduction était fréquente.

E10 « il faut que ce soit une question avec trois mots, sinon la traduction est... je vois des fois ils ne comprennent pas le mot qui est inscrit, donc je me dis, ah ça ne doit pas être ça. Donc je refais autrement (...) Et puis la traduction de certains mots médicaux elle n'y est pas. Si vous dites 'dysesthesies' il marque 'dysesthesia' le patient est vachement avancé. »

E12 « la difficulté c'est que souvent la traduction de Google trad elle est approximative, quand c'est pas erroné. » « le truc quand tu utilises Google trad, c'est de taper une question très simple, et au moment où tu tournes l'écran vers la personne (il mime), de la regarder droit dans les yeux (il écarquille les yeux) pour voir à quelle distance de sa tête vont jaillir ses yeux. Si les yeux jaillissent à plus de vingt centimètres, c'est que ce qui a été traduit ne veut rien dire. »

Il y avait aussi **une pauvreté du langage**, car la communication était limitée aux questions fermées.

E2 « je me suis rendu compte que la réponse de toute façon elle se ferait dans la langue du patient et que j'y comprendrais rien. Ça m'a gonflé (...) comment est-ce que tu comprends ce qu'il dit ? Moi c'est ça qui me pose problème. »

E10 « c'est limité, puisqu'il faut faire sujet, verbe, complément au max. »

E12 « ça oblige le médecin à poser des questions auxquelles on va répondre par oui ou non, ou par beaucoup ou peu. (...) Des questions fermées. Parce que si l'autre se lance dans une réponse 'blblbm' (sourire). (...) j'aurais jamais pu utiliser Google trad pour des récits de tortures, et de maltraitance etc. »

Les médecins rencontraient des difficultés avec **les patients analphabètes**.

E4 « les gens sont pas très à l'aise à taper »

E10 « quand ils savent lire et écrire, ce qui n'est pas le cas de tout le monde. »

E12 « il est arrivé quand même, que je demande aux gens, aux patients, de taper en inversé Google trad, de taper leurs réponses (...) les femmes étaient presque toutes illétrées totales (...) donc c'était souvent pas possible. »

Au total : Les médecins utilisaient tous des traducteurs sur internet que ce soit par écrit ou avec des fonctions audio, avec l'aide du patient ou non. L'avantage était que l'outil était disponible, gratuit et utile pour des questions fermées. Mais les inconvénients étaient nombreux, les médecins l'utilisaient peu. Ils étaient limités par une traduction qui était peu fiable et chronophage, par des langues manquantes ou non connues, par une communication qui restait pauvre sans questions ouvertes et par l'analphabétisme de certains patients.

4. L'INTERPRETARIAT INFORMEL

La **famille du patient**, dont les enfants mineurs ou majeurs, les **amis**, les **compatriotes** rencontrés dans la salle d'attente ou le **personnel de l'hôpital** étaient recrutés.

-Soit des interprètes informels physiquement présents pendant la consultation.

E1 « on est censé d'abord regarder dans l'établissement voir s'il y a quelqu'un qui travaille ce jour-là. Je crois qu'ils ont une espèce de liste avec des gens qui peuvent venir traduire »

E9 « j'ai vu trois personnes qui sont venues spontanément avec soit des compatriotes, qu'ils ne connaissent pas forcement très bien, mais qui savent parler français, soit il y a une entraide (...) de venir accompagné de quelqu'un qui parle français. (...) souvent il y a une personne dans le couple ou dans la famille qui parle un peu français. Il y a des enfants qui traduisent, ça m'est arrivé souvent d'en voir dans un autre service d'urgence. »

E10 « on cherche dans la salle d'attente (...) je leur demande de venir avec quelqu'un qui parle la langue, oui. J'essaie, si tant est qu'elle puisse comprendre ma demande »

E12 « je me souviens très bien d'un adolescent qui, à l'époque, devait avoir une douzaine d'années, qui parlait très bien français, et qui s'est mis à servir d'interprète à entre guillemets " toute la communauté" »

-Soit des interprètes informels présents par téléphone.

E2 « pendant la consultation (...) ils disent 'attends, attends' et ils appellent quelqu'un, à qui ils parlent pendant cinq minutes au téléphone, ils échangent pour, j'imagine bien se comprendre, ensuite la personne me le passe »

E7 « par la nièce (...) on était passé par le téléphone (...) elle lui avait expliqué, et il avait compris, donc voilà, on a fait l'examen. Entre temps, il avait raccroché, ensuite on a rappelé sa nièce pour dire quelle conduite à tenir. »

a. Les avantages de l'interprète informel

Une **reconnaissance et relation de confiance** s'établissaient entre le médecin et l'interprète informel permettant **un travail de qualité**.

E2 « l'interprète c'est quelqu'un qui va me permettre d'être nettement moins mauvais, donc l'interprète c'est déjà un bon pote (sourire), je le bénis ! » « ça se passe relativement bien. »

E4 « quand je connais les gens, et qu'ils viennent avec quelqu'un, c'est vrai que je ne pose plus la question. Quand ils connaissent le fonctionnement du cabinet, ils savent très bien comment ça va se passer. »

E9 « Tout dépend de l'intérêt de l'interprète. Soit c'est vraiment quelqu'un qui vient pour aider et qui fait la traduction littérale et qui est là pour aider, et là ça se passe très bien. »

L'aide des interprètes informels était **gratuite**.

E2 « Je prends soin des interprètes (...) c'est des gens qui sont bénévoles »

E5 « pas le choix parce que l'interprétariat c'est pas quelque chose qui est gratuit en toute situation. »

b. Les limites de l'interprète informel

Les médecins ou les patients n'utilisaient pas les ressources disponibles.

E1 « (*liste du personnel hospitalier*) j'ai du regarder mais il ne devait pas y avoir (...) on essaie de le faire »

E2 « c'est pas évident de trouver quelqu'un qui parle l'afghan, et qui accepte de venir pendant une demi-heure (...) il a fini par trouver et depuis il revient avec cette dame-là (...) une fois qu'ils sont venus une fois, deux fois avec un interprète, ils disent 'Ooh ben c'est bon maintenant (rire)' et donc du coup des fois ils abandonnent un peu, bon c'est pas forcément évident de venir toujours avec un interprète. »

Les médecins ne rappelaient pas toujours au traducteur les **règles déontologiques**.

E2 « c'est vrai que même éthiquement je pourrais le rappeler ce serait pas mal, mais je n'y ai même pas pensé »

E10 « dans le DU que j'ai suivi l'année dernière, il y a des règles déontologiques, qu'il faudrait respecter, mais qui sont plus du domaine du des traducteurs (...) c'est vrai que le patient qui vient de la salle d'attente, je ne prends pas la peine toujours de lui demander, vous savez ce qu'on vient de dire c'est confidentiel. »

E12 « j'lui ai dit 'ce que tu entends ici sur des gens qui ne sont pas de ta famille, ça ne doit plus quitter ta tête, tu ne dois en parler à personne' — il avait bien compris tout ça, et pfff je sais pas »

Il y avait un problème du **secret médical** et un **risque d'autocensure** du patient ou du médecin.

E4 « j'ai pas osé trop lui en parler aujourd'hui parce qu'il était avec un interprète justement de son entourage (...) j'évite des questions vraiment délicates (...) j'aborde pas ça devant l'interprète »

E7 « le problème c'est que c'est des communautés où tout se sait, et donc le secret médical, là, il n'y en aucun. C'est vrai que là tu te dis, en fait, ils n'accèdent pas au droit commun, parce que on est censé quand même : assurer le secret professionnel, le secret médical, mais en même temps quel est le plus important ? T'es obligé de faire un choix entre prendre en charge les gens et leur pathologie, quitte à ce que le secret médical ne soit

pas trop respecté, parce que t'as besoin d'interprète qui n'est pas un interprète professionnel, ou bien pas les prendre en charge quoi. (...) mais là le secret médical, zéro. »

E8 « On a éliminé beaucoup d'intermédiaires (...) les membres de la famille, en particulier les enfants. Car quand il s'agit d'une consultation pour la mère, on voit très bien et très rapidement, les limites de l'opération – par exemple l'accès à ce dont la mère pourrait avoir envie de parler. (...) ça veut dire qu'on peut passer à côté d'une confidence importante puisque par exemple, chez les femmes qui viennent de pays en guerre on sait que la grande majorité est violée. Elle ne le disent pas spontanément bien entendu, elles ne le disent souvent pas après avoir pris toutes les précautions même quand on le suspecte fortement, donc on sait très bien qu'elles ne le diront jamais à quelqu'un qu'elles ne connaissent pas. Donc ça c'est le danger de passer à côté. »

E10 « ça je me le pose tous les jours (...) (silence) Faire poser ces questions à un homme musulman à cette femme, on peut penser, c'est sûr, que la réponse ne soit pas la bonne, par exemple. »

Laisser le patient choisir son interprète garantissait de sa bonne relation avec ce dernier.

E4 « souvent ils sont en réseau avec les compatriotes, alors c'est délicat c'est sûr, après si c'est la personne qu'ils choisissent c'est quand même que ça va. »

E9 « On part du principe que si la personne accepte qu'il vienne à la consultation, ils sont consentants entre guillemets. (...) je n'ai jamais eu l'impression d'avoir eu une consultation avec des gens qui n'étaient pas d'accord que la tierce personne soit là. »

Insécurité du patient et **problème d'identité** de l'interprète étaient rencontrés.

E4 « il a sa raison à lui, il vient avec une dame qui, alors je ne sais pas trop qui sait »

E8 « on limite l'appel aux personnes qui se trouvent dans la salle d'attente (...) on limite aussi les amis qui les accompagnent (...) on ne sait jamais bien. Donc on préfère être prudent (...) c'est une jeune femme qui est arrivée avec son souteneur. Donc le réflexe de la jeune médecin qui était là, a été le suivant, ‘je souhaite recevoir cette personne toute seule’. Et le premier geste qu'a eu la patiente avait été de donner le passeport au médecin et à l'infirmière qui étaient là »

E9 « je demande en général, mais souvent je n'ai pas beaucoup de preuve (sourire). » « l'interprète il venait aussi pour consulter pour lui, et puis il voulait en profiter pour avoir des médicaments en plus. »

E12 « J'avais d'ailleurs, une fois, repéré un interprète, soi-disant professionnel, qu'était un escroc, et que j'ai foutu hors de mon bureau. » « je ne savais pas si c'était un cousin ou un pro »

Des problèmes de confidentialité et d'erreurs d'interprétation existaient avec **les enfants traducteurs**.

E10 « leur petite fille de sept ans qui traduisait au début, je comprenais moins bien le français de la petite fille que d'essayer de parler lentement par des signes aux parents. » « C'est souvent des enfants aussi qui font traducteur. Donc il y a des limites dans les questions. »

E12 « J'ai discuté de la mise en danger émotionnelle, il m'a dit 'Mais vous inquiétez pas, j'assume' (...) Je n'ai jamais réussi à lui faire dire que ce qu'il avait entendu pouvait lui faire mal. (...) Parce que l'histoire personnelle de ce garçon et de ses parents, euh n'était pas simple. »

Un jargon familier non médical rendait compréhensible la communication avec l'interprète non professionnel.

E9 « par exemple 'est-ce que vous avez des selles normales' ils ne vont pas comprendre, je dis 'est-ce que vous faites caca normalement' et là ça y est, ils comprennent, du coup ils traduisent. On voit que des fois eux, ils ont du mal, on essaie d'adapter le vocabulaire. »

E11 « mais après l'interrogatoire il reste imprécis. (...) Ça sert, ça brûle, donc oui bien sûr la traduction elle aide, mais les mots ne sont pas les mêmes d'une langue à une autre, la description n'est pas la même. »

Les médecins étaient agacés des traducteurs **ne jouant pas leur rôle de traducteur** : ils répondaient à la place du patient, ils remettaient en cause la prise en charge, leur traduction était peu fiable et erronée.

E5 « c'est complexe avec la famille (...) ils échangent pas, enfin ils ont du mal (...) à comprendre ce que c'est que l'interprétariat, ils gardent pour eux l'information, ou alors ils presupposent, c'est vrai souvent hein, mais de ce que l'autre va dire et ils le disent à sa place, donc c'est un peu... (pincement des lèvres) donc là t'es un peu, t'es bloqué, enfin t'es bloqué, si t'as pas le choix tu le fais. »

E6 « ils traduisent ce qu'ils veulent (sourire) et quand on comprend un petit peu la langue cible, on se rend compte qu'il n'y a pas tout, ou bien on voit bien qu'ils ne traduisent pas tout. Ça c'est plus compliqué. »

E9 « ma collègue la semaine dernière, elle a eu un souci avec quelqu'un qui ne traduisait pas, qui interprétrait. Parce qu'il lui posait des questions (...) il lui a dit 'mais comment vous savez que c'est de naissance ?', elle lui a expliqué comment elle savait que c'était de naissance, mais lui disait 'mais ça peut être autre chose', elle de dire 'non, je ne vous demande pas d'interpréter, je vous demande de faire la traduction à la personne (...) elle lui a demandé de sortir de la pièce. Et elle a appelé l'interprétariat téléphonique. »

L'utilisation de l'interprète informel était **chronophage et peu efficace**.

E2 « enfin c'est un jeu avec le téléphone qui prend des plombes et qui n'est pas efficace »

Au total : Presque tous les médecins avaient fait appel à un interprète informel (physique ou téléphonique) pour échanger avec le patient. Les avantages étaient nombreux : disponibilité et bienveillance de l'interprète, gratuité,

implication du patient à la recherche de communication. Mais les limites étaient plus nombreuses : bris de confidentialité, erreurs d'interprétation, absence de bienveillance et d'identification claire de l'interprète, nécessité de rappeler à l'ordre l'éthique à l'interprète non formé, problèmes de neutralité de l'interprète, autocensure du patient ou du médecin, inversion des rôles dans la famille quand il s'agissait des enfants et finalement une ressource chronophage.

5. L'INTERPRETARIAT PROFESSIONNEL (PHYSIQUE ET TELEPHONIQUE)

a. Un meilleur vécu

Avec cet outil, les médecins avaient une meilleure communication avec le patient.

E1 « Dans l'idéal faudrait pouvoir le faire à chaque fois. »

E2 « c'est vraiment plaisir (...) on comprend ce qu'il se passe et qu'on a l'impression que le patient a bien compris (...) ça rend les choses plus sensibles (...) ça me fait du bien, de voir le patient compris. (...) ça change complètement, complètement la consultation, ça devient presque confortable, ça devient une consultation presque classique (...) cet état presque heureux d'arriver à mieux communiquer (...) que ce soit facile. La porte est ouverte (...) (*les patients*) ils avaient l'air satisfaits, l'interprète avait l'air satisfait et moi j'étais content, donc ouais de mon côté bien vécu »

E8 « ça commence par le visage qui s'illumine, et puis le discours qui revient à ce moment-là, il peut s'exprimer. Avant, et bien il balbutie à ce qu'il pouvait. »

E9 « ça améliore la relation (...) on arrive à avoir un meilleur contact et mieux se comprendre, et puis eux, ils voient qu'on fait appel à un interprète, qu'on cherche (...) à s'occuper d'eux du mieux que possible. (...) pour eux c'est mieux d'avoir une consultation avec un interprète par téléphone, que de ne pas avoir d'interprète, et d'essayer de faire une consultation avec des gestes. »

Les médecins parlaient de la fiabilité de la traduction. **L'interprétation linguistique était de qualité.**

E6 « ils traduisent, ils sont très fidèles. » « C'est beaucoup plus performant que les proches »

E8 « je suis habituellement sans inquiétude. (...) je considère que c'est du personnel qualifié »

E9 « plus fiable que l'interprétariat Google (...) qui permet d'avoir une finesse dans l'interprétariat médical»

E12 « Il faut vraiment que l'interprétariat soit à la hauteur. »

Un médecin parlait de la **diminution du risque d'erreur médicale.**

E9 «ça permet d'avoir un meilleur diagnostic, ou en tout cas moins avoir le risque de faire une erreur médicale. »

Pour les motifs d'ordre psychologique **la confidentialité** était respectée. Certains préféraient l'interprétariat professionnel téléphonique et d'autres l'interprétariat physique.

E8 «quand il s'agit de problèmes psychiques, avec des histoires un peu compliquées, le patient préfère parler au téléphone.(...) de temps en temps, il est nécessaire d'avoir une relation directe, en l'absence d'un tiers »
« Selon les pays, il y a des ethnies différentes, et l'intonation, le vocabulaire qu'ils utilisent, ils arrivent à repérer si oui ou non, ils appartiennent au même groupe (...) je pense qu'il y a un moment d'hésitation »

E9 « Je ne sais pas du tout qui c'est. Peut-être qu'il y en a qui se présente des fois au patient (...) c'est au son de la voix ou à la façon de traduire, parfois on se dit 'tient c'est vrai, ça c'est un interprète que j'ai déjà eu'

E12 « 'quand vous avez été violée madame, euh ils étaient à combien ? Et il y en a combien qui vous tenaient les bras, et combien qui ?' non. Déjà, dans une discussion en face à face, c'est quelque chose de terrible, pour elle ou pour lui (...) Avec un téléphone portable ? Pas possible. Enfin pour moi, pas possible. Non. »

Un médecin expliquait **l'importance d'avoir un choix exhaustif d'interprètes**.

E8 « nous avons besoin d'un pool suffisant d'interprètes (...) il y a une centaine de nationalités. Donc tu es amené à t'intéresser à de grosses maisons (...) peut-être qu'avec l'arabe et le roumain, on arriverait déjà à prendre en charge, 50% ou pas loin, des patients. Donc ne pas chercher à tout couvrir non plus. »

b. Mais peu utilisé en pratique

En pratique **peu de médecins l'utilisaient fréquemment**.

E8 «nous sommes tous acquis à la nécessité d'un interprète, et nous nous étonnons parfois du fait que dans un certain nombre de structures, on ne fait appel à l'interprète qu'après avoir épuisé les ressources autour, qui ne sont pas(...)sans dangers, ou avec leurs limites(...)Google traduction, les affichettes(...)On se débrouille (rire)»

E9 « Pour quoi d'autre j'avais appelé l'interprète (elle cherche) je ne m'en souviens pas (rire). (...) ça fait un moment que je n'ai pas appelé aux urgences. Ça remonte à quand même trois, quatre ans. » « aux urgences, nous quand on voit le patient qui ne parle pas français, on est tout seul »

Plusieurs raisons étaient données par les médecins de **sa faible utilisation** :

-Une échelle subjective des situations 'importantes à comprendre pour le patient' était instinctivement faite par les médecins. Ils faisaient appel à l'interprétariat professionnel une fois toutes les autres ressources épuisées.

E1 « quand on est vraiment vraiment bloqué (...) y'a aucun d'autres moyens (...) pour des choses plus lourdes et graves, tu vois au déchoquage (...) ou pour annoncer à la famille (...) pour la consult' en ambulatoire comme ça, j'ai jamais utilisé »

E9 « Il faut que ce soit vraiment pour une cause un peu particulière (...) J'ai appelé un interprète une fois pour une gale, parce que là il fallait qu'il comprenne. (...) on a beau les traiter ça va revenir. »

E10 « si la situation est importante (...) dans les premières consultations, quand on ne connaît pas la personne»

-Le service était coûteux. Pour les médecins de ville, il dépassait le prix de la consultation. Dans les hôpitaux, ils évitaient d'utiliser ce service face à la pression budgétaire.

E1 « financièrement c'est pas possible (...) si on se mettait à l'utiliser à chaque patient qui parle pas notre langue rapidement la direction dirait qu'il faut cibler un peu plus quoi »

E4 « pour un médecin généraliste qui a une consultation à vingt-trois euros (rire) c'est pas possible. »

E6 « on paie chaque fois qu'on appelle, et quand on est en retard le compteur tourne (rire), si le patient ne vient pas, on paie quand même, on a réservé l'interprète (...) c'est trop cher (...) même à l'hôpital ça pose souci »

E8 « Ça augmente considérablement le coût d'une consultation. C'est même plus que le coût de la consultation. »

E9 « j'avais dépassé (...) j'étais emmerdée (rire), parce que je voyais le temps passé, je me disais 'merde !' »

-La plupart des médecins avaient une méconnaissance du coût des traducteurs professionnels

E8 « Je ne suis pas sûr que l'interprétariat physiquement présent soit plus cher que (...) par téléphone. »

E12 « Je n'en ai pas la moindre idée. Je n'ai absolument pas eu la curiosité – j'ai honte »

Deux médecins connaissaient les tarifs exacts.

E4 « trente euros la conversation »

E6 « (*elle trouvera après l'entretien : avec le prestataire régional, trente-six euros de l'heure, dix-neuf euros cinquante les trente minutes pour un entretien téléphonique, et un déplacement est facturé soixante-dix-huit euro pour un forfait de deux heures*) (...) le chiffre du premier semestre, on doit être à quelque chose de six ou sept-mille euro d'interprète, il y a des chances pour que ça augmente. »

-Les médecins s'interrogeaient sur l'intérêt médico-économique de l'interprétariat

E6 « il y a des services qui ne veulent pas prendre de traducteurs, d'un point de vue économique c'est ruineux (...) qu'est-ce que vous faites rentrer dans votre calcul ? C'est ça la question, si vous comptez une consultation, pour une consultation, ce n'est pas rentable. Il faut avoir une approche plus globale et plus complexe pour pouvoir montrer que ça a un intérêt. »

E8 « tu as le choix de rouler en 2CV et de rouler en Mercedes (rire). »

-Certains médecins avaient eu ou avait une **méconnaissance de ce service**

E10 « maintenant l'ARS peut financer certains interprètes de consultation, donc elle m'a donné les consignes (...) Depuis que je sais ça, depuis, on va dire, juin ou juillet dernier, je l'ai utilisé une dizaine de fois »

E12 « on m'a donné un tuyau, y'a quinze jours, on peut demander (...) à l'ARS, de payer les interprètes. »

-L'utilisation de cette ressource dépendait **de la volonté du médecin.**

E4 « ça demande un effort d'appeler l'interprète (...) enfin, c'est humain, des fois tu n'as pas le courage. »

E9 « je n'ai jamais appelé après vingt-deux heures (...) je n'en sais rien, je n'ai jamais essayé. Mais c'est compliqué (...) c'est vrai qu'aux urgences ça me gaverait d'appeler (...) C'est vraiment le dernier recours. »

E11 « On ne va pas y penser. Quand il y a un système il faut l'utiliser (...) si on ne les utilise pas (...) ça passe aux oubliettes. (...) j'appelle qui (...) Passer une heure au téléphone. Donc ça ne m'aurait pas intéressé »

- Son utilisation dépendait aussi de la **disponibilité de l'interprète.**

E10 « Mais ça a des limites, c'est-à-dire que pour le patient érythréen, on n'a qu'un traducteur sur 'Ville1'

E12 « les langues marginales, euh, c'est la difficulté d'accès (...) que l'interprète soit joignable, ici et maintenant »

-Certains médecins doutaient de la fiabilité de la traduction, **ils notaient des erreurs d'interprétation.**

E5 « des fois bon, c'est pas , pff je sais pas, tu sais pas ce qu'ils disent quoi vraiment et des fois tu sais qu'ils disent un peu plus (...) ben tu fais confiance quoi tu peux pas faire autrement de toute façon. »

E10 « peut-être qu'ils traduisent complètement autre chose (rire), mais ça c'est difficile pour nous de savoir »

-Le temps de consultation était augmenté, mais cela était variable.

E2 « qu'ils ont mal à l'estomac et que ça remonte derrière le sternum, ils vont mettre cinq minutes, alors qu'il faut à peu près dix secondes avec un traducteur »

E4 « si on met à disposition un service d'interprétariat gratuit, je ne suis pas sûr que ce sera beaucoup utilisé au départ, parce que sur les temps de vingt minutes de consultation (...) c'est compliquer d'organiser. »

E6 « Quand il y a une traduction c'est plus long, oui (sourire), statistiquement (...) pour l'interprète on chronomètre, il y en a eu pour trente-cinq minutes. Avec l'examen physique, à peu près quarante-cinq minutes. »

« J'ai fait une autre consultation (...) où j'en ai eu pour quinze minutes avec un interprète par téléphone. »

E9 « Parfois il faut un peu les freiner (sourire), parce qu'ils s'emballent un peu, ils sont contents de parler à quelqu'un qui parle leur langue. Oui, il pose toutes ses questions et puis parfois ça sort du champ médical »

-Les médecins décrivaient une modification de la consultation 'habituelle' avec l'interprète : la communication nécessitait **plus de concentration et d'endurance**, à rentabiliser et faciliter la traduction par **des questions courtes et ouvertes**.

E4 « il faut nettement plus se concentrer, parce qu'il ne faut pas de temps morts (...) c'est un peu plus difficile (...) quand tu en as plusieurs par jour il y a un moment une sorte de fatigue, tu ne peux pas être à fond. »

E5 « tu le regardes mais lui, il regarde ailleurs, donc j'arrive jamais à capter son regard enfin rarement et ça c'est un peu chiant (...) ça casse, y'a un peu ce truc là de temps de latence (...) Quand tu t'adresses à un patient (...) faut que ce soit encore plus réduit, simple, synthétique (...) quand t'en as plusieurs dans la journée t'es très fatigué (...) ça te fait plus travailler quand même, te concentrer tout ça. »

E12 « quand c'est trop simultané c'est difficile, parce qu'il y a deux bruits (...) qui se superposent, la voix du patient, et moi j'aime bien entendre les mots prononcés par les gens, (...) et la voix de l'interprète (...) ça m'embrouille. » « J'essaie de ne pas poser des questions trop longues, (...) dans le questionnement ouvert »

c. L'interprète professionnel au téléphone

c.1/ Les avantages

Les médecins avaient déjà utilisé cet outil.

E1 « on a la possibilité d'appeler un... un centre de traduction par téléphone »

E5 « on était avec une traductrice au téléphone » « moi je préfère par téléphone en fait. »

Ils pouvaient effectuer avec l'interprète au téléphone, un examen clinique (antécédents, interrogatoire, examen physique), et expliquer le traitement, l'éducation thérapeutique et l'orientation.

E6 « c'est le patient qui a le combiné, et moi je mets les haut-parleurs (...) on fait tout l'interrogatoire, avec les antécédents et tout ça. Et en fonction de ce que ça donne à l'interrogatoire, je mets déjà les pointillés pour la suite, 'je vais vous envoyer au laboratoire ce sera là-bas' 'je vais vous envoyer à la pharmacie' 'on va prendre un rendez-vous pour tel ou tel type de spécialiste', et puis après je fais l'examen clinique, qui est en général à peu près confirmatif. »

E8 « on commence par lui demander les raisons pour lesquelles les personnes viennent, le plus rapidement possible, et on l'interroge sur ses antécédents, on l'examine, en demandant à l'interprète de rester en ligne (...) on avertit l'interprète qu'il va y avoir un blanc (...) on revient (...) vers l'interprète, en complétant les questions, en lui demandant de traduire les conditions de traitements, l'avenir (...) les conditions dans lesquels on va être amené à l'orienter. (...) si on se rend compte que le blanc est trop long, qu'il a fallu l'envoyer à droite ou à gauche, les interprètes (...) raccrochent, on les rappelle. »

L'accessibilité et le temps d'obtention de l'interprète étaient satisfaisants notamment pour les consultations sans rendez-vous.

E8 « on passe par un intermédiaire (...) qui a pour mission d'orienter vers l'un ou vers l'autre des interprètes libres, mais dans les trois minutes on l'a. » « je considère que l'appel téléphonique est le seul raisonnable pour nous. Compte-tenu des conditions dans lesquelles on travaille, c'est-à-dire de l'absence de rendez-vous. »

E9 «dans l'ensemble c'est assez rapide oui. Ça prend cinq minutes, le patient est là, on le fait en direct avec lui»

c.2/ Les limites

La disponibilité de l'interprète n'était pas toujours garantie même dans l'urgence.

E5 « on était obligé d'attendre cinq minutes au téléphone, ça été long pour trouver une interprète (...) des fois ils n'ont pas la langue qui est cherchée, que des fois l'interprète il est pas là (...) ça m'est arrivé d'annuler une consultation (...) j'ai essayé de reprogrammer, ça a pas marché. »

E6 « il n'est pas disponible tout de suite, il est disponible à onze heure (...) on dit au patient d'attendre »

Cette ressource pouvait être **techniquement plus compliquée** pour certains médecins.

E3 « on a un téléphone portable (...) que je passe au malade, que je reprends, que je repasse au malade »

E8 « il y a deux parties dans le cabinet, une partie d'examen, et une partie d'accueil (...) et donc là (inspiration), comme on est à côté, il y a quelques difficultés à communiquer, on n'a pas de portable »

E12 « le haut-parleur du machin (...) un téléphone portable euh enfin pour moi, c'est très désagréable. »

L'interprète professionnel sur place était parfois préféré à l'interprète téléphonique professionnel.

E3 « je l'utilise parfois quand on n'a pas la possibilité d'avoir quelqu'un qui se déplace »

E12 « Entre ça et rien, ben on va prendre ça »

L'interprétariat téléphonique professionnel ne permettait pas **une interprétation verbale et non verbale**

E8 « une vraie communication à trois, qui implique la communication non verbale, qui disparaît par téléphone»

E12 « j'aime mieux, je pose ma question au patient, l'interprète lui, traduit ma question, avec un p'tit, en général je fais un coup d'œil à l'interprète (...) Et dans le travail avec l'interprète il y avait aussi une gymnastique. »

d. L'interprétariat professionnel physique

d.1/ Les avantages

Cet outil était aussi utilisé par les médecins.

E2 « on prend rendez-vous pour un, deux, trois, quatre patients érythréens qui parlent la même langue, et cet interprète vient, et il fait une ou deux consultations avec moi, il voit ensuite avec ma collègue deux autres

patients, il revient me voir après, voilà il optimise un peu son temps, on prend les rendez-vous un peu à l'avance, et du coup c'est vrai que ça se passe bien comme ça »

L'interprète professionnel pouvait être un **interprète culturel** et une aide dans le parcours social du patient.
E5 « il interprète en russe, polonais et géorgien (...) la question ça va être souvent l'accès aux droits, comment faut faire pour avoir telle carte d'assurance maladie etc (...) il va dire 'oui faut d'abord que t'ailles là' »
E10 « c'est à l'interprète que j'ai demandé d'organiser toute la liste d'examens, enfin, dans la mesure du possible (...) Le plus simple, c'est quand même d'avoir l'interprète, le vrai interprète sur place. Parce qu'on sait qu'il va pouvoir aider après la personne s'il y a un parcours de soin à faire. »
E12 « il va te dire 'tsst tsst ça il faut pas le poser comme ça (...) dans son pays, ça ne veut pas dire ça.' Alors là, l'interprète sert de passeur de culture, hein. Il va te donner à toi, une clé (...) le sens d'un mot, le sens d'une phrase, peut être totalement différent. D'où l'importance de la qualité d'un interprète qui va traduire »

d.2/ Les limites

L'organisation dans l'urgence était difficile et nécessitait une **préparation en amont** de la consultation. Par exemple avec l'aide des secrétaires, trouver un créneau disponible pour l'interprète et le patient. L'interprète étant présent pour deux heures, plusieurs consultations étaient organisées.

E2 « d'abord il faut une large plage de disponible, et le temps que l'interprète soit sur d'être dispo lui aussi, je pense qu'il faut à peu près une semaine quand même d'organisation. » « Si c'est en urgence, t'es dedans »

E8 « tout est possible, il s'agit que le médecin travaille sur rendez-vous. (...) il n'y a pas de problème, si ce n'est que si tu fais déplacer un interprète, c'est une tranche de deux heures. Ça veut dire que le médecin a à gérer les nationalités qu'il a à recevoir, ça veut dire que le même jour. »

E10 « On a un formulaire à remplir, et quand on demande quelqu'un pour tel jour, telle heure, c'est pas gagné qu'il soit libre, donc mes secrétaires, elles font deux, trois aller-retour par fax avec l'ARS, et parfois on n'a personne »

E12 «ça implique de poser le rendez-vous du patient à une date précise, enfin de savoir quand l'interprète est disponible, et de prévenir le patient quelques jours avant pour qu'il vienne tel jour, de telle heure, à tel endroit. »

Au total : Les médecins ayant bénéficié de l'interprétariat professionnel (physique ou téléphonique) décrivaient un meilleur vécu par une meilleure communication médecin-patient. L'interprétation linguistique était de qualité, minimisant le risque d'erreur médicale, ainsi que le respect de la confidentialité et l'absence d'autocensure (soit physique ou téléphonique, selon les médecins). Il y avait un choix exhaustif de langues.

Mais l'interprète professionnel était peu utilisé d'emblée. Souvent en dernier recours, après épuisement des autres ressources et selon une échelle subjective des situations nécessitant ou non une compréhension du

patient. Les médecins décrivaient différentes limites : coût élevé pour l'établissement, difficulté à obtenir des langues peu communes, consultation chronophage mais variable et effort de communication intense ressenti par les médecins à l'origine d'une fatigue intellectuelle. D'où une méconnaissance des ressources (coût réel, accès) ou une utilisation inefficace de cette ressource.

- Certains médecins avaient l'habitude d'utiliser l'interprète par téléphone voire préféraient son utilisation. En effet, ils avaient eu accès rapidement à l'interprète notamment pour les consultations sans rendez-vous. Cela permettait de simplifier le travail du médecin pour l'examen clinique, l'éducation thérapeutique et l'orientation du patient.

A l'inverse certains médecins décrivaient des difficultés rencontrées avec l'interprétariat professionnel par téléphone : la disponibilité de l'interprète n'était pas immédiate ou absente (surtout pour des langues peu communes), l'absence de communication non verbale et des difficultés techniques rencontrées. Pour ces raisons certains médecins confiaient leur préférence pour l'interprétariat professionnel physique.

- L'utilisation d'interprètes professionnels physiquement présents était très appréciée. L'interprète était décrit comme étant un interprète culturel garantissant une interprétation linguistique, verbale, non verbale et culturelle ainsi qu'une aide dans la suite de l'organisation des soins. Les limites étaient d'ordre logistique.

IV. LEURS ATTENTES

1. PAR RAPPORT AUX EMOTIONS

Deux médecins avaient confié le **risque de burn-out**. L'un d'entre eux parlait de son expérience.

E7 « la gestion de ces patients est malheureusement centralisée sur un petit nombre de médecins, et potentiellement t'es à risque de craquer un peu. (...)on voit des gens en situation de précarité (...) Maintenant j'aimerais que ce soit fait par plus de monde (...) mais je pense que ça devrait être le contrat de base. »

E10 « Il y a deux ans, février 2014, j'ai fait un burn-out, bon il y avait des soucis personnels chez moi, mais en plus de ça d'avoir eu un mois de février où il y avait eu une tonne de patients étrangers qui ne parlaient pas le français, j'ai disjoncté à un moment (...) je me rendais compte que ma patience ne pouvait plus être là, et que j'allais envoyer bouler tout le monde, donc je me suis arrêtée. Quinze jours, renouvelés de quinze jours. »

Enfin, le **contact avec la souffrance d'autrui** était aussi rencontré par les **interprètes** professionnels.

E8 « ils doivent être débriefés les interprètes, parce que de temps en temps, ils doivent recevoir des charges »

E12 « le patient raconte quelque chose, et s'effondre. Et à ce moment-là, l'interprète s'effondre aussi. (...) Ramasser le patient d'une main, l'interprète de l'autre (...) c'est des choses très... très violentes »

Au total : Les médecins avaient confié leur burn-out ou leur risque de burn-out. Ils expliquaient la possibilité de ce risque aussi chez les interprètes professionnels.

2. PAR RAPPORT AUX COMPETENCES DU MEDECIN

a. Sur le plan linguistique

Un service d'interprétariat professionnel disponible pour tous les médecins.

E8 « on pourrait orienter les autres, si (...) cet accès à l'association de traducteurs, l'interprétariat, soit ouverte à tous les médecins. (...) c'est la nécessité, vraiment, que les médecins généralistes (...) Aient la possibilité d'accéder, sans avoir à payer »

Un autre parlait d'un **réseau de médecins-interprètes, compétents dans plusieurs langues.**

E11 « autant que je fasse la consultation (sourire). Je n'ai pas besoin de traduire. (...) s'ils veulent venir consulter, ils viennent, c'est plus simple pour eux, c'est plus simple pour moi, et ça coutera moins cher à la société. (...) demander au médecin, est-ce que ça ne vous dérange pas qu'on vous adresse des patients qui ne sont pas les vôtres, mais est-ce vous pouvez nous rendre service et les voir, parce qu'on ne comprend pas (...) Je pense que c'est un réseau qui, à mon avis, séduira plus les médecins (...) Un patient il vient, je le vois. Si c'est un collègue qui me l'envoie, je vais lui répondre, que ce soit par écrit ou par téléphone. » « ici, quelqu'un arrive, il ne sait pas parler (...) mes collègues me disent voilà 'moi je comprends pas bien, etc' je le prends en consultation. Je lui dis ben écoute tu me le notes »

b. Sur la prise en charge sociale du patient

Elle semblait s'imposer d'elle-même dans la prise en charge avec le temps, l'expérience et l'envie.

E3 « quand on a le temps, ou quand on se sent plus à l'aise, quand on a envie, et ben on peut prendre en compte toute cette dimension, et accepter le fait qu'elle nous revienne (...) la composante sociale, elle est tellement pesante que ce n'est pas possible de ne pas la prendre en compte. »

E4 « il faut voir s'il n'est pas malade, mais après quand même poser des questions sur où est-ce qu'il en ait dans la procédure ? Est-ce qu'il est bien accompagné ? »

E5 « la santé c'est pas que les soins, c'est une vision complètement médico-centrée. »

c. Sur la communication interculturelle

Les médecins étaient intéressés d'accroître leur **compétence interculturelle**. Des attentes sobres, dans le but de modifier ou relire leur pratique, de les aider dans leur pratique future, et de banaliser des émotions.

E1 « pour ta culture personnelle (...) prendrait pas forcément énormément de temps (...) débrouiller un peu »

E2 « ça ne donne pas forcément des armes et des moyens, mais je pense que ça peut juste nous ouvrir un petit peu les yeux (...) ça ne va pas changer, complètement, notre façon de faire »

E7 « des codes culturelles, que quand tu ne les connais pas, tu ne comprends pas. Et elle m'a raconté des trucs, et là j'ai fait 'ah mais c'était ça, mais ça voulait dire ça' ça m'a débloqué des choses (...) certaines patientes africaines, elles arrivent, elles te regardent, elles te toisent (rire) (...) en mâchant leur chewing-gum tout ça (sourire) (...) j'en ai discuté avec certaines personnes (...) ça se ressent beaucoup, voilà, ok. »

E10 « ça n'a pas tellement le but de nous apprendre des choses que de nous faire relire ce que nous on a déjà vécu (...) on n'est pas là (...) il faut que je le retienne pour avoir un examen. C'est une analyse de la pratique »

E12 « qui confortent l'expérience que tu as. D'autres choses qui te font (...) modifier ta pratique. »

Les difficultés d'enseignement étaient envisagées.

E4 « en tant qu'anthropologue, c'est pas évident de savoir ce que tu peux raconter comme ça en une heure »

E8 « on a une centaine de nationalités différentes qui défilent. On ne peut pas connaître toutes les cultures »

E12 « Mais pas comme jeune étudiant en médecine. (...) il faut d'abord avoir été (...) au contact de la problématique, pour qu'elle est du sens pour toi. (...) Là oui. Là éventuellement tu te poses des questions. »

Au total : Dans le but de favoriser la communication, un médecin souhaitait l'accessibilité pour tous au service d'interprétariat professionnel. Un autre proposait d'adresser ces patients à un confrère qui avait la compétence linguistique requise. D'autre part les médecins considéraient que les disparités sociales devaient être prise en compte. Enfin pour faciliter la communication avec ces patients, les médecins sentaient le besoin d'accroître leurs compétences dans le domaine interculturel. Ils avaient des attentes sobres mais ils souhaitent 'débloquer' leur pratique.

3. PAR RAPPORT AUX RELATIONS SOCIALES

a. Avec 'le système de soins'

Certains parlaient de la **situation financière** de leur confrère médecin qui pouvait être plus faible

E7 « il voit la moitié de patients étrangers, donc il a une rémunération potentiellement mensuelle qui est de moitié, alors que c'est assez injuste. »

E8 « pour un médecin généraliste – il ne peut pas accorder trois-quarts d'heure, ce n'est pas possible – il peut (sourire), mais je ne sais pas, à ce moment-là, comment il peut vivre. »

Un médecin envisageait une **rémunération** spécifique, garante d'une justice et d'une reconnaissance sociale.

E7 « en médecine générale, en fait t'as pas la consultation précarité (...) on n'aurait pas la contrainte du temps si on savait que les consultations sont bien valorisées (...) il faudrait qu'il y ait une consultation plus longue mais qui soit cotée C2 parce qu'elle (...) prend deux consultations. Faut (...) que ce soit reconnu par la société »

b. Avec les confrères et les partenaires sociaux

Pour l'organisation des soins, faciliter la recherche d'informations concernant ces patients était souhaitée.

- via **un dossier médical commun** avec les interlocuteurs sociaux et médicaux

E7 « Ce dont je rêve c'est qu'on est (...) un logiciel commun, qu'on puisse savoir où ça en est au niveau social. »

E9 « on a un dossier médical commun, un onglet infirmier, un onglet assistante sociale, un onglet médecin (...) chacun peut aller (...) tout le personnel médical a accès sur l'hôpital (...) C'est utile parce que c'est rapide. »

- via **une consultation commune** avec le patient, les partenaires sociaux, médicaux et interprètes

E7 « je verrais vraiment des temps partagés en consultation avec assistante sociale, patient et le médecin. (...) avec la tutelle d'une patiente, on était quatre dans la salle, et ça nous a permis de débriefer, ça c'est juste essentiel, ça devrait exister. (...) Ça a duré trois-quarts d'heure, c'était long quand même. Mais ensuite elles sont sur une heure (...) c'est des consultations faites exprès. »

E8 « Quand on a un problème délicat, il arrive qu'on demande à l'assistant social de venir, donc on est bien là – l'infirmière, le médecin, le patient, arrive l'assistant social – ça fait les quatre. (...) on est avec l'interprète. »

-via **un réseau humanisé**

E6 « le conseil que j'aurais à donner aux médecins généralistes (...) faire équipe, parce que sinon c'est des patients qui sont trop lourds à porter, d'identifier l'assistante sociale, le pharmacien. »

E7 « que tout le monde ait pu se présenter (...) 'bonjour, moi je suis machin, tu vois ma tête' (...) je pense que c'est important de mettre une tête sur les noms. (...) c'est là où t'espères (...) avoir un réseau humanisé. »

E8 « (*à propos des interprètes*) On doit les rencontrer pour mieux se connaître et mieux les comprendre. »

Au total : Du fait d'un ralentissement du rythme des consultations, la situation financière des médecins pouvait être moins aisée que d'autres confrères. Ainsi un médecin proposait une rémunération spécifique garante de la reconnaissance sociale de l'activité. Enfin pour organiser un plan de soins adapté au patient et favoriser la communication avec une équipe 'multidisciplinaire', les médecins envisageaient un dossier médical commun et des consultations communes.

DISCUSSION

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

I. Les forces de l'étude

Notre étude a concerné une situation complexe et qui a été très peu abordée jusqu'à présent. Les résultats ont permis de comprendre le vécu des médecins confrontés à cette situation. Ils ont pu mettre en évidence les solutions apportées par les médecins pour faciliter la prise en charge pratique de ces patients allophones. Améliorer leur compétence émotionnelle, linguistique, culturelle et sociale, en adéquation avec leurs valeurs. Trouver des solutions concrètes organisationnelles dans leur travail et avec les personnes-ressources.

La méthode qualitative était la plus adaptée pour répondre aux objectifs, en recueillant des données non chiffrables. Nous avons vérifié la validité interne de ce travail grâce à la grille Côté-Turgeon (12), qui définit les critères de rigueur et de qualité en recherche qualitative.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont permis une liberté d'expression des médecins interviewés. Ils se livraient et se dévoilaient pour expliquer leur vécu de la situation. Le déroulement des entretiens n'a pas été perturbé par le lieu choisi. Pendant l'entretien, l'investigateur était assis à côté ou en face de l'interviewé pour établir une attitude d'écoute active et relancer selon les réponses de l'interviewé et de son attitude non verbale.

L'interviewer avait eu une première expérience de cette méthode pour le mémoire d'initiation à la recherche de niveau I, et il avait bénéficié d'une formation organisée par le Département de Médecine Générale de Lyon.

Le critère d'inclusion principal déterminait la sélection des médecins : homme ou femme, salarié, hospitalier, libéral ou bénévole, généralistes ou spécialisés, exerçant des soins primaires ou secondaires ont permis un échantillonnage divers dans le but d'un recueil exhaustif des données.

Le recrutement a été réalisé par mails envoyés et/ou par contact téléphonique. En cas d'absence de réponse, l'enquêteur relançait par téléphone l'interviewé. Une seule structure n'avait pas répondu positivement à la demande d'entretien par manque de disponibilité.

L'analyse progressive des entretiens a permis d'orienter le recrutement des médecins, dans le but de développer certaines données.

Dans un premier temps, les résultats ont été analysés par l'interviewer, puis dans un deuxième temps avec le Dr Marx Chloé, pour une triangulation des données, permettant une analyse et une interprétation optimale.

II. Les limites de l'étude

Lors de la réalisation des entretiens, l'interviewer était médecin généraliste remplaçante et apprenti dans la recherche qualitative. Son manque d'expérience dans la réalisation des entretiens semi-dirigés était une limite.

L'interviewer connaissait trois participants. Les autres n'étaient pas connus de l'enquêteur. Les entretiens se sont déroulés entre confrères. La crainte du jugement et de suspicion entre intervieweur-interviewé ont pu influencer les réponses et entraîner une limite de désirabilité.

La présence d'un tiers supplémentaire dans deux entretiens, mais sans intervention de leur part, a pu limiter la confidentialité du médecin. Lors des entretiens, les interventions de l'interviewer, courantes, surtout dans les premiers entretiens, risquaient de diriger le dialogue et d'orienter le discours des médecins interviewés.

La narration du vécu des médecins interrogés pouvait être modifiée par leur humeur au moment de l'entretien, ce qui a pu entraîner une limite de mémorisation. La présence d'un enregistrement via le dictaphone a pu influencer les réponses des interviewés.

La limite d'interprétation n'avait pas pu être écartée, puisque dans l'idéal, la réalisation des entretiens, la retranscription des données, l'analyse et l'interprétation, devraient être effectuées par différentes personnes.

Il n'y a pas eu de rétroaction, c'est-à-dire que le travail n'a pas été retourné aux participants pour validation. Même si nous nous sommes arrêtés à douze entretiens, toutes les données n'ont pas été saturées. Ainsi les résultats de cet échantillon n'étaient pas généralisables. Cependant cela a permis d'avoir un aperçu du sujet.

ANALYSE DES DONNEES

I. LES PATIENTS ALLOPHONES RENCONTRES

Globalement la prise en charge d'un patient touriste semblait plus commode. D'abord par une langue commune comme l'anglais, souvent maîtrisée par le médecin. Ensuite par une prise en charge uniquement médicale, sans problématique sociale ou culturelle. De l'autre côté les patients migrants étaient décrits comme une population hétérogène avec des caractéristiques particulières qui compliquaient les interactions avec les professionnels de santé : la pauvreté de ce nouvel arrivant, ses conditions de vie précaires, la barrière linguistique mais aussi la barrière culturelle.

Ainsi les médecins distinguaient le patient allophone touriste et le patient allophone migrant. Pour les deux, il y avait une barrière linguistique. L'un était porteur d'un problème médical à résoudre et l'autre de problématiques biopsychosociale et culturelle. Excepté avec un médecin généraliste (E11) pour lequel la consultation avec les patients allophones migrants était aisée. En effet ce dernier maîtrisait une langue commune avec ces patients et ils n'avaient pas de problématiques sociales puisqu'ils avaient été pris en charge en amont.

1. LES TOURISTES EN FRANCE

La barrière linguistique avec les patients allophones touristes était moins problématique. Une langue commune était aisément trouvée ce qui facilitait les échanges. Les médecins n'ont pas évoqué de barrières culturelles dans la relation avec ces patients. En effet en France les touristes étrangers sont essentiellement des européens (80%). Même si cette clientèle européenne est en recul, presque la moitié sont nos proches voisins : italiens, allemands et britanniques. Ensuite la première clientèle extra-européenne, devançant l'Asie, vient d'Amérique. Ainsi près d'un touriste sur deux vient des Etats-Unis. Même si les attentats du 13 novembre 2015 ont fait baissé l'économie du tourisme (13), la France est restée le pays le plus visité au monde. Avec l'Espagne, elle est la première destination touristique parmi les pays de l'Union européenne (4). Enfin l'Auvergne-Rhône-Alpes est la troisième région de métropole en raison de son apport touristique (5).

2. LES MIGRANTS EN France

a. Au niveau national

Depuis le milieu du XIX^e siècle, la France a été le premier et le plus grand pays d'immigration européen, jusqu'aux années 1960 (la part des immigrés dans la population française était de 7,4% en 1975). Dépassée par l'Allemagne et l'Espagne, elle reste en première place pour le nombre des personnes de culture musulmane (14). Au 1^{er} janvier 2017, la population française dépassait les 66 millions d'habitants (15). De 2004 à 2012, en France, comme de nombreux pays européens, le flux d'immigration a augmenté au rythme moyen de 1,6% par an : 200 000 immigrés sont entrés chaque année, en moyenne (soit 0,3 et 0,4% de la population) (16). Début 2013, 5,8 millions d'immigrés vivaient en France (soit 8,9% de la population), 235 000 immigrés sont entrés sur le territoire français, 95 000 ont quitté la France (17).

Depuis 1975, en France, les origines géographiques des immigrés se diversifient. D'abord, les immigrés originaires d'Europe qui sont majoritaires : les portugais, italiens, espagnols sont majoritaires. Leur part se réduit en 2013 (36,5%), contre celle croissante d'immigrés nés en Europe de l'Est et au Royaume-Uni depuis 1999. Ensuite, la part des immigrés nés dans un pays du continent africain augmente (43,5% en 2013) : la proportion d'immigrés nés au Maghreb (notamment ceux nés en Algérie, au Maroc, et en Tunisie) est stable depuis les années 1980. L'immigration d'Afrique subsaharienne est plus récente, comme en témoignait un des

médecins (E12). Enfin, la proportion des immigrés originaires d'Asie (Turquie, Cambodge, Laos, Viet Nam) s'est récemment accrue (principalement depuis la Chine) (18).

Comme le confiait un médecin (E6), les femmes sont désormais majoritaires parmi les immigrés depuis les années 1970. Ce degré de féminisation est variable selon l'origine (18) : elles sont majoritaires parmi les immigrés nés en Europe (à l'exception du Portugal) et, depuis peu, parmi ceux nés en Afrique, hors Maghreb. Parmi les immigrés du Maghreb et de Turquie, les femmes sont minoritaires, même si leur part augmente depuis 1990.

b. Au niveau régional

La région Auvergne-Rhône-Alpes comptait en 2012, 7,7 millions d'habitants, regroupant 12% de la population française métropolitaine (19). Les agglomérations de Lyon, Grenoble et Saint Etienne regroupent un tiers de cette population, soit 10 à 11% de la population totale de ces trois agglomérations (en comparaison, sur l'ensemble de la région, les immigrés représentent 9% de la population totale). Rappelons qu'une part importante des immigrés de la région (41%) ne sont plus étrangers, et ont acquis la nationalité française. Algérie, Italie, Portugal et Maroc sont les principaux pays d'origine, suivis de la Turquie, la Tunisie, l'Espagne et la Suisse (20).

Le Grand Lyon, par exemple, regroupe la part la plus forte de la population active d'immigrés (14%), avec une représentation plus forte des personnes originaires d'Asie et d'Afrique subsaharienne (21).

c. La santé et le recours aux soins des migrants en France

En France, tout demandeur d'asile en cours de procédure a accès au régime général d'assurance maladie, ou «couverture de base», qui est considéré comme un droit également fondamental. Comme dans la plupart des pays européens, les inégalités sociales de santé perdurent et la santé des migrants relève donc de cette problématique sans y être réductible et constitue un véritable enjeu de santé publique (14).

c.1/ Un moins bon état de santé

Cette population est vulnérable sous plusieurs aspects, ils ont moins de ressources et se retrouvent dans les catégories moins favorisées (22). Depuis les années 2000 l'état de santé des immigrés est moins bon que ceux des années 1980-1990, et continue de se dégrader avec le nombre d'années passées en France. C'était le constat d'un médecin (E6) qui rencontrait des patients atteints de pathologies de plus en plus lourdes.

En 2009, la moitié des découvertes de séropositivité à VIH, des cas de tuberculose maladie, et les trois quarts des patients pris en charge pour une hépatite B chronique, concernaient des migrants. Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne présentent plus de risques périnataux par rapport à la population majoritaire. Les

femmes originaires d'un pays du Maghreb sont davantage exposées aux risques liés au diabète, à l'insuffisance du dépistage du cancer du col de l'utérus, sans oublier les pathologies mentales, notamment les psycho traumatismes (14). Les médecins (E4, E8, E10) témoignaient des hommes, mais notamment des femmes venant de pays en guerre qui avaient subi des violences physiques et sexuelles. Les violences sexuelles pendant les conflits et l'utilisation du viol comme arme de guerre sont souvent dissimulées. Les Nations Unies estiment à plus de 200 000 le nombre de femmes ayant souffert de violences sexuelles depuis 1998. En 2014, 36 femmes et filles étaient violées chaque jour en République Démocratique du Congo, où le climat politique actuel reste tendu (23).

D'autres médecins (E4, E9) décrivaient des jeunes patients migrants en bonne santé voire en meilleure santé que la population autochtone, suite à un processus de 'sélection naturelle' qui s'opérait lors de la migration. C'est l'effet du « migrant en bonne santé ». Cependant ceux venant de pays pauvres voient leur état de santé se détériorer rapidement dans le pays favorisé, en raison des positions sociales défavorisées qu'ils occupent. Leur vulnérabilité est aussi dépendante des droits d'accès aux soins dans le pays d'installation (24). Donc les conditions de vie précaires et l'illégalité administrative sont des facteurs de risque de santé pour ces populations.

c.2/ Mais ces nouveaux migrants renoncent aux soins

Leur taux de non recours au médecin généraliste est plus haut (7%) que les français de naissance (3%), quel que soit le pays d'origine, sauf pour ceux originaires d'Asie du sud-est pour qui le taux de non recours est plus important (17%)(16). A l'inverse, les immigrés du Maghreb semblent avoir un niveau de recours supérieur à celui de la population majoritaire (25). Taux de non recours encore plus haut lorsqu'il s'agit de consulter un médecin spécialiste. Enfin à noter un écart marqué : le niveau de non recours aux soins est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (22).

c.3/ Les causes

Ont été repéré plusieurs obstacles d'accès aux soins : au premier plan les barrières administratives, juridiques et les difficultés de communication du registre linguistique et du registre culturel associés aux problèmes de discrimination à l'égard des migrants (14). En effet, les personnes qui rencontrent le plus de difficulté avec la langue française sont aussi celles qui se rendent le moins chez le médecin : 24% des nouveaux migrants d'aisance faible n'ont pas vu de médecin généraliste contre 14% pour l'ensemble des immigrés (22).

II. DE LA BARRIERE LINGUISTIQUE A LA COMPETENCE LINGUISTIQUE

"Ecoutez le malade, il va donner le diagnostic" Sir William Osler (1849-1919)

Tous les médecins interrogés utilisaient une communication non verbale avec leur patient par des signaux naturels (gestes) ou artificiels (dessins).

Mais ils (E5, E7, E10) décrivaient un travail de « médecine vétérinaire », un travail rapide, à l'origine d'un fort sentiment de frustration. Surtout avec les patients allophones sans langue commune, où seule la communication non verbale était possible. En fait l'idée de remplacer la communication orale et du langage par d'autres manières de communiquer « l'infra-verbal », rendait le soin aux patients allophones plus difficile. Le langage oral apparaît donc comme un vecteur fondamental de communication et de soin (26).

Une communication insuffisante, par suite d'une traduction manquante avec le patient, peut avoir des impacts médicaux négatifs : mauvaise compliance et observance du patient, règles médicales de prévention difficiles à appliquer, consultations de suivi manquées, insatisfaction du patient et du médecin, incompréhension du diagnostic médical, erreur diagnostic (notamment en psychiatrie, sous-estimation ou surestimation de la sévérité de la pathologie) et thérapeutique (posologie, effets indésirables), hospitalisations et examens nombreux et coûteux, analgésie insuffisante chez des patients cancéreux, suivi de l'HbA1c difficile et valeurs souvent élevées chez ces patients (27).

De même le patient peut comprendre de façon limitée ou erronée le rôle du professionnel de santé, le rôle du service hospitalier ou ambulatoire, la nature de sa maladie, l'objectif du traitement et les effets secondaires des médicaments (26).

Les médecins (E2, E9) avaient parfois l'impression que le patient feignait de ne pas comprendre si le médecin n'accédait pas à leur demande. Ces constatations peuvent relever de préjugés non fondés, de jugements stéréotypés réels mais ne s'appliquant pas à l'ensemble des personnes allophones (28).

Un médecin (E6) comparait les difficultés de communication rencontrées avec leurs patients allophones, avec leurs confrères gériatres ou pédiatres. Ils étaient comparés avec des catégories de patients comme les enfants ou les personnes âgés, présentant des handicaps communicationnels. Cela est retrouvé dans une étude, où les auteurs s'interrogent sur la conséquence d'une possible identité sociale dégradante, construite et projetée sur les patients allophones soignés (26).

1. LA MAÎTRISE DES LANGUES DES PATIENTS ALLOPHONES MIGRANTS

Les médecins (E4, E10) observaient que l'apprentissage de la langue française nécessitait un lien social pour échanger dans la langue. Ils distinguaient deux facteurs pouvant faire varier ce lien social : le niveau d'étude

dans le pays d'origine et les conditions de vie du patient. En effet, ils observaient qu'un patient analphabète et sans logement fixe, avait peu de chance de progresser dans l'apprentissage de la langue française. Le nombre de migrants analphabètes était estimé à 800 000 personnes en 1985 (29). Rappelons que l'illettrisme touche 7% de la population française âgée de 18 à 65 ans (30).

Selon l'Insee, lorsque les immigrés arrivent en France, la maîtrise de la langue française diffère selon l'origine géographique et le motif de migration. Les immigrés venus d'Afrique et ceux venus pour leurs études maîtrisent très bien le français. Par exemple, en 2014, 42% de ceux provenant d'Afrique (hors Maghreb) et 27% de ceux originaires du Maghreb, parlaient très bien le français à leur arrivée, contre seulement 6% parmi les immigrés originaires d'Espagne, d'Italie ou du Portugal, et 7% parmi ceux originaires des autres pays du monde (Turquie notamment). Les personnes venues pour leurs études, plus de 80% parlaient bien voire très bien le français, contre 27% venues pour travailler, 41% venues pour des raisons familiales et 32% venues pour se protéger ou protéger leur famille (dont 50% déclarait ne parler pas du tout le français) (31).

En 2008, 89% des immigrés avaient un niveau de maîtrise du français considéré bon à l'oral, et 72% considérés bon à l'oral et à l'écrit. 4% des immigrés avaient moins de 4 ans, et 9% ont reçu une éducation exclusivement francophone. Ceux arrivés à l'âge adulte et qui ont reçu une autre langue que le français dans l'enfance, 6 sur 10 se déclarent à l'aise en français à l'écrit et à l'oral (32).

Les professionnels de santé interviewés (E7, E10, E12) observaient une amélioration du niveau de la maîtrise de la langue française à l'oral, au fur et à mesure des consultations. Les progrès de la maîtrise de la langue dépendent en particulier de l'environnement au moment de la migration et de l'ancienneté de la présence en France. Les écarts du niveau de maîtrise du français reflètent en partie l'influence de la francophonie dans leur pays de naissance (pays anciennement sous administration française ou belge). Par exemple, l'amélioration est très importante à l'écrit, pour nombre d'immigrés portugais, espagnols ou italiens, dont la présence en France est ancienne et le niveau initial très bas. Les immigrés nés en Turquie estiment avoir des difficultés à s'exprimer en français (44 % seulement sans difficultés à l'oral), mais leur maîtrise du français s'est considérablement améliorée depuis leur migration. Autre exemple, les femmes immigrées déclarent une maîtrise du français un peu inférieure à celle des hommes. Surtout celles venues du Maghreb et d'Asie du Sud-Est. Cela peut s'expliquer par un niveau d'éducation plus faible. Contrairement aux femmes originaires de l'Europe hors Portugal qui maîtrisent plus souvent le français que les hommes, selon un médecin (E4). Enfin, la transmission familiale du français dans l'enfance, dépend de l'âge de la migration et de la diffusion de la francophonie dans le pays d'origine. Pour ceux qui sont arrivés à l'âge adulte de l'Europe méridionale ou encore de Turquie, l'apprentissage familial du français est quasiment absent (32).

Les médecins (E6, E7, E9) encourageaient leur patient à apprendre la langue française pour s'insérer dans la société. Lorsque les progrès n'étaient pas visibles, ils parlaient d'une insertion quasi impossible et la relation pouvait devenir conflictuelle. Même si la maîtrise du français influe peu sur la participation au marché du travail, l'impact de la langue s'observe sur l'adéquation des emplois occupés avec le niveau de diplôme et de compétence des immigrés (31).

2. OUTILS DE TRADUCTION

L'utilisation de la technologie ne doit avoir pour unique but que d'améliorer les données cliniques et en aucun cas de les remplacer. Des outils papier et informatiques existent et sont plus ou moins appréciés des médecins. Même s'ils sont des moyens de communiquer verbalement a minima, ils peuvent être utile en cas d'urgence, pour des soins par « la débrouille, le bidouillage », sans interprète (26). Ils ne remplacent pas l'interprète. Globalement leurs avantages étaient leur disponibilité et leur gratuité (E1, E2, E3). Mais l'inconvénient principal était le manque de communication, par un échange réduit aux questions fermées du médecin, et aux réponses binaires du patient 'oui/non' (E2, E10, E12). L'analphabétisme de certains patients pouvait aussi limiter leur utilisation (E4, E10, E12).

- Des guides de consultation établis circulent en version papier (26) avec les obstacles inhérents à la prononciation du mot ou des phrases. Tous les médecins interrogés l'avaient à disposition, mais son utilisation était très rare. Certains médecins (E2, E7) utilisaient aussi leur ordonnance pour demander par écrit un interprète à la prochaine consultation, en français et en anglais.
- Un des médecins (E6) expérimentait des ordonnances 'visuelles' avec pictogrammes et vignettes qui nécessitaient la collaboration du pharmacien. Ce projet est en phase d'expérimentation, notamment au niveau des Permanences d'Accès aux Soins en Santé (PASS) de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Il a reçu le 3^{ème} prix de l'innovation sociale en 2013, il est actuellement disponible au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Voulte sur Rhône. Il est né suite à une intoxication médicamenteuse d'un enfant et d'une incompréhension de l'ordonnance que le parent n'avait pas osé exprimer. « L'ordonnance visuelle propose de traduire la posologie détaillée d'une ordonnance grâce à des gommettes de couleur et des pictogrammes accolés sur un tableau. » Elle contribue à assurer une meilleure observance médicamenteuse, en faisant adhérer le patient qui peut s'approprier son plan de prise, elle améliore les conditions d'accès aux soins, en rendant le patient acteur de sa santé (Annexe 2).
- L'utilisation de logiciels informatiques de traduction sur internet avait déjà été effectuée par tous les médecins. Comme Traducmed (E6), qui permet au personnel médical, en l'absence de traducteur, d'évaluer les urgences médicales, sociales ou administratives, et d'expliquer au patient le déroulement de l'examen médical, dans 29

langues (Annexe 3). Il a été lancé en 2007, par le Dr Vanbelle, qui a reçu le pris relation médecin-patient en 2009. L'intérêt premier est d'éviter les erreurs diagnostiques et les examens complémentaires inutiles (33).

3. L'INTERPRETARIAT

L'interprétariat peut aider à anticiper la barrière de la langue. On peut en relever deux types (6): l'interprète informel (via les membres de la famille, amis, voisins, une personne rencontrée dans la salle d'attente ou un personnel de l'établissement parlant la langue du patient), et l'interprète professionnel (via un service téléphonique (34), via une vidéoconférence (35), ou sur place).

Ce entretien à trois nécessite de clarifier les raisons de la présence de la tierce personne (en établissant à la fois le rôle de chacun dès le début de la consultation, et les règles de base de la conversation). Ce qui n'est pas souvent le cas en pratique (E2, E10, E12). En effet, il ne s'agit pas que le patient s'exprime sous l'entremise de la tierce personne. Une situation décrite par plusieurs médecins (E8, E9, E12). Car il s'agit de collaborer avec cette tierce personne-interprète, en tenant compte de ses motivations et de ses besoins. Enfin, aménager la salle de consultation est essentiel. Il s'agit d'anticiper la façon d'accueillir trois personnes. En général disposer les chaises en triangle équilatéral est l'idéal, car elle permet de renforcer le fait que la personne-interprète collabore avec le patient et le médecin (28).

a. L'interprétariat informel

Dans un souci de réduction des coûts, les hôpitaux ont mis en place des listes de professionnels soignants bénévoles parlant une langue étrangère (E1). Là, le secret médical est partagé, mais la confusion des rôles est une limite car les soignants ont l'impression d'être jugés dans leur pratique clinique. Ils sont réticents à recourir à ces professionnels du soin et non aux professionnels de la langue (26). Par ailleurs, une méconnaissance de ce dispositif interne de l'établissement de soin, le manque de disponibilité et de mise à jour de la liste d'interprètes parmi le personnel hospitalier, sont des freins à son utilisation.

Le plus utilisé est l'interprète informel, c'est-à-dire un membre de la famille ou de la communauté (E1, E2, E4, E5, E7, E9, E10, E11, E12). En effet, outre le fait qu'il soit bénévole, il est aussi généralement disponible. Mais les erreurs d'interprétation sont nombreuses, et le manque de confidentialité est un obstacle majeur (E7, E8). En effet le recours à l'accompagnant ne garantit pas le respect du secret médical et du droit du patient à la confidentialité, ni le recueil de son consentement libre et éclairé (3).

Avec les 'enfants traducteurs', le risque d'inversion des rôles dans la famille et d'absentéisme scolaire sont réels. Ainsi cette option nécessite le report des questions qui peuvent attendre et doit être utilisée avec précaution (6).

Les patients allophones accompagnés auraient préféré un interprète professionnel (3). Mais cette donnée est à relativiser, car certains patients allophones ont des difficultés de se confier à quelqu'un de leur communauté, ou au contraire avec une personne d'une autre communauté avec qui il y aurait un risque de conflit. Le médecin doit ainsi être attentif à ne pas réduire le migrant à la culture de l'interprète (26).

De l'autre côté, les accompagnants vivaient leur rôle comme un fardeau, une charge, en disponibilité et en responsabilité. L'accumulation de leurs rôles d'interprètes, d'éducateur thérapeutique et d'aïdant familial pouvaient, selon eux, nuire à l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa maladie.

b. L'interprétariat professionnel

L'interprète professionnel était préféré par les médecins. Ils (E3, E12) appréciaient sa présence pendant la consultation plutôt que l'interprète par téléphone. D'autres (E8) préféraient l'interprète par téléphone que physique.

b.1/ Les intérêts

L'assistance linguistique est énormément appréciée des patients. Ils peuvent s'exprimer, poser les questions qui les préoccupent, être reconnus comme personnes autonomes et être respectés. En effet, ils ne sentent pas suffisamment représentés par des interprètes de fortune, ils préfèrent communiquer par l'intermédiaire d'interprètes ayant suivi une formation (27). « C'est aussi une forme de respect vis-à-vis du patient. C'est une façon de lui dire : On a fait l'effort de faire venir un professionnel, ce que vous avez à nous dire sur votre santé est important et cela nous intéresse.» rappelle le docteur Méchali, psychiatre (36).

La langue maternelle est reconnue comme étant nouée à l'affect. La langue d'accueil permet de dire ce qui ne peut pas se dire dans sa langue, par exemple le sujet de la sexualité ou l'expression de la religion. « Une langue tierce peut s'avérer également décisive lorsque l'expression doit éviter la langue première du fait d'une charge affective traumatique ou bien trop entachée de déplaisir » écrit Claire Mestre. Ainsi il y a toujours des risques d'erreurs diagnostics, en effet la traduction du 'sens' par l'interprète est difficile, la perte est inévitable. Elle écrit « il faut être très attentif au glissement du bizarre et du non intelligible vers la sémiologie psychotique » (26).

De plus, travailler avec un interprète qualifié présente plusieurs intérêts : développer une relation thérapeutique, comprendre le point de vue et l'expérience du patient et le contexte culturel qui sous-tend son comportement, évaluer et formuler un diagnostic, décider d'un programme thérapeutique approprié en accord avec le patient, enfin surveiller l'évolution de sa maladie (26).

b.2/ Les obstacles

Le recours à l'interprète professionnel, même s'il est plus satisfaisant (E1, E2, E6, E8, E9, E12), n'apparaît pas comme étant la norme. Une étude met en évidence le paradoxe des soignants psychiatres confrontés à cette situation qui ont une perception améliorée de la prise en charge de ces patients grâce au recours à l'interprétariat. Cependant ils ont constaté une sous-utilisation de cet outil (E1, E9, E10) mal connu (26).

Il y avait de multiples freins à son recours :

- Un manque de clarté et de connaissances des soignants du financement de l'interprétariat (88% ne le connaissait pas). Ce manque lui-même était l'un des freins principaux à la non-réception du droit à l'interprétariat à la fois par les institutions, et par les soignants (E1, E6, E9). Le non-recours pouvant être justifié par une valeur égalitariste : l'investissement financier institutionnel « dans cette prestation pouvant être évalués comme une injustice pour les français. L'interprétariat créerait des inégalités de recours aux soins puisqu'ils donneraient plus à ceux qui investiraient le moins (...) l'idée de la justice méritocratique » (26). Autrement dit ne pas recourir à l'interprète peut être une manière de ne pas prendre en charge ce public. Ainsi la demande d'interprète pourrait dépendre des valeurs éthiques auxquelles adhèrent le soignant et l'institution. Cela renvoie à la question de la place que l'on fait ou que l'on veut faire aux étrangers en France.

Or, des études montrent que les frais directs (frais d'interprétariat) sont légèrement plus élevés à court terme que les frais indirects (prestations médicales inutiles ou manquées). En revanche à plus long terme, il y a une réduction des coûts indirects (27). « Dans une période de restrictions budgétaires, certains directeurs d'hôpitaux peuvent hésiter à avoir recours à des interprètes professionnels. Il est donc important de dire qu'ils apportent un service incomparable dans la relation médecin-malade », affirme le docteur Méchali, psychiatre (36).

- La complexité administrative des démarches et des dispositifs pour y avoir accès.

En effet, la démarche de demande d'interprétariat est souvent ignorée (Annexe 4). Les médecins interpellent l'aide de l'assistante sociale. Par exemple, organiser une entrevue est un processus chronophage et lourd qui nécessite une souplesse dans l'organisation et un travail de secrétariat supplémentaire (E2, E10). La littérature internationale ne permet pas de conclure sur l'efficience du recours à l'interprétariat professionnel, sur le nombre et le temps des consultations assistées d'un interprète (3). Cependant, des recherches principalement nord-américaines ont montré que la présence d'un interprète augmentait la qualité du soin des personnes allophones. Sans oublier que l'écart linguistique était une cause majeure d'inégalité en santé, freinant l'accès aux soins des migrants, et amenant des problématiques d'erreurs de diagnostic et de traitement (26).

- Une communication plus compliquée avec une entrave dans la relation soignant-soigné.

De la relation thérapeutique traditionnelle à deux, on passe à une relation triangulaire. Les psychiatres expriment un sentiment d'exclusion de l'échange, une perte de leur identité professionnelle par une perte de pouvoir, une perte de contrôle de leur rôle, et au partage de l'exclusivité de leur savoir (26). Cette hospitalité passe aussi par un décentrage de la position du professionnel de santé, formé au dialogue familial et singulier du face à face avec le patient, qui se retrouve dans une posture peu familière.

- Des traductions non maîtrisées (E8) étaient parfois décrites, mais plus rare qu'avec un interprète informel.

- Le dilemme éthique et légal du partage du secret professionnel avec un non-soignant.

Or, l'interprète professionnel est rigoureusement tenu de respecter le secret médical et la confidentialité des échanges, ceci par obligation déontologique et contractuelle, il garantit ainsi la fiabilité et la neutralité de la traduction. Sans doute faudrait-il en informer davantage les médecins (3).

b.3/ Un recours croissant

En 2010, la présence ou l'intervention d'interprètes dans certaines PASS n'était toujours pas systématique même si on pouvait noter une amélioration dans le recours aux interprètes professionnels pour faciliter les échanges. Cependant, les PASS n'ont pas toujours les moyens nécessaires humains et matériels pour jouer leur rôle d'accueil envers les personnes les plus démunies (37). Aujourd'hui le recours à l'interprète dans les hôpitaux est statistiquement croissant. A la PASS du Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, la demande d'interprète a été multipliée par 4 en l'espace de 3 ans. En 2013, sur une patientèle de 850 personnes, la moitié était allophone (26).

La communication orale et la verbalisation semblent essentielles dans la pratique des médecins. Le droit de comprendre et de se faire comprendre dans une langue maternelle ou usuelle serait une possibilité pour construire un système de santé égalitaire (26).

Depuis fin 2015, un dispositif régional en Auvergne-Rhône-Alpes permet aux médecins généralistes libéraux, mais aussi aux psychiatres, ainsi qu'aux associations, aux structures sanitaires comme la PASS qui accueillent des personnes en situation de précarité, d'avoir accès à des interprètes en santé, de surcroît financé par l'ARS, sous réserve de l'enveloppe disponible (Annexe 4).

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme « l'égalité d'accès aux soins », l'article 90 stipule que « 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 des soins, en

prenant compte leurs spécificités. Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs » « Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé » (38).

L'accès à l'interprète dans le cadre du soin existe dans la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 promouvant « un accueil de qualité des personnes immigrées » impliquant des prestations d'interprétariat à chacune des étapes de cet accueil.

Pourtant en octobre 2015, le conseil départemental de la Drôme indiquait qu'il ne voulait plus financer un service public qui contribue au « développement du communautarisme ». « Il ne fera plus appel aux interprètes dans le cadre des consultations de patients d'origine étrangère qui se rendent dans les centre médico-sociaux drômois », pour « favoriser l'intégration des ressortissants étrangers. Cela passe obligatoirement par l'apprentissage de la langue française. Faire appel aux interprètes maintient, au contraire, ces personnes dans l'exclusion » (39).

Des textes et des chartres définissent l'importance de la langue et de sa traduction pour une bonne compréhension par les soignants et les administratifs. Cependant, comme le rappelle les médecins (E5, E6, E7), la dimension financière mesure l'intérêt actuel des soins, l'hospitalité dans la langue a un coût. Accueillir la langue de l'étranger devient une affaire politique et éthique.

4. LA PERSONNE INTERPRETE

Il existe huit associations qui constituent le réseau national de l'interprétariat professionnel en service public en France : APTIRA (Angers), ASAMLA (Nantes), COFRIMI (Toulouse), ISM CORUM (Lyon), ISM-Interprétariat (Paris), MANA (Bordeaux), Migrations Santé Alsace (Strasbourg), et le Réseau Louis Guilloux (Rennes). Ces associations françaises offrent une activité professionnelle d'interprétation et de traduction pour les administrations et les services publics (médicaux, sociaux, éducatifs, administratifs). Elles emploient et salariant des interprètes professionnelles dont les compétences linguistiques sont testées, ils suivent des modules et parcours de formation qui traitent des contextes d'intervention et des limites des responsabilités de l'interprète. Ils sont accompagnés au sein d'ateliers réguliers d'analyse de leur pratique. La fidélité de l'interprétariat ou de la traduction suppose de connaître les contextes matériel, social et institutionnel des deux parties concernées et de leur donner du sens dans les deux langues. « La responsabilité de l'interprète-traducteur est grande. La traduction écrite est avant tout une expertise technique s'appuyant sur un texte, une terminologie et son contexte ; l'interprétariat oral doit en plus prendre en compte les relations humaines » (40).

Ces associations engagent leurs interventions depuis novembre 2012 dans le respect d'une définition du métier

(déontologie et fonctions) et d'une Charte. Par exemple, la Charte de Strasbourg de 2012 a pour objectif de « lutter pour la reconnaissance de l'interprétariat médical et social professionnel, et d'encourager les structures médicales et sociales à promouvoir l'interprétariat professionnel dans leur secteur. Cette charte définit le métier d'interprétariat, détermine les fonctions essentielles d'un interprète (assurer une traduction littérale et fidèle et la fluidité des échanges), ainsi que la déontologie défendue par ce métier (principes de confidentialité et secret professionnel, d'impartialité, de neutralité et de distanciation ainsi que la mise à disposition des compétences interculturelles maîtrisées)» (26).

Le métier d'interprète est précaire. La demande d'interprètes dépend des flux migratoires du moment. Par exemple, la demande d'interprètes en albanais était forte en région Rhône-Alpes en 2015. C'est aussi souvent la première et principale activité pour l'individu après avoir obtenu l'asile. Leur bilinguisme est ainsi mis en valeur (26).

Mais les interprètes se sentent fortement isolés. La rencontre entre interprètes est rare, elles se font dans les salles d'attente ou lors de séances d'analyse de la pratique ou de formations (beaucoup plus rare). L'interprète peut être très vite impacté face aux réalités et aux souffrances des patients allophones. Ils ont des difficultés à maîtriser le phénomène de distanciation d'un point de vue affectif et empathique. D'autant plus qu'ils peuvent avoir vécu eux-mêmes des parcours migratoires particuliers. Ils n'ont pas eu de formations ou d'expériences dans le domaine du médico-social, et la plupart ne sont pas préparés à être confrontés à la souffrance de vie des certains patients. Après des entretiens difficiles, il n'est pas rare qu'un interprète pleure (E7, E12). Une meilleure sensibilisation à ce sujet est essentielle (26).

En pratique clinique, trois sortes d'interactions médecin-patient-interprète ont été décrites (28):

- Le modèle de la boîte noire. L'interprète a un rôle neutre, voire invisible, il traduit mot à mot les mots échangés entre le patient et le médecin. Cette approche est souvent expérimentée par les interprètes et les médecins moins expérimentés dans les situations bilingues, qu'ils ne considèrent pas comme très complexes.
- Le modèle triangulaire. L'interprète est un membre de l'équipe médicale, avec lequel médecin et patient collaborent. Cette approche est volontiers utilisée par les interprètes et les médecins expérimentés, qui souhaitent une communication efficace, notamment dans le cas d'une longue collaboration médecin-patient-interprète.
- Le modèle de l'entretien par l'interprète. L'interprète mène l'entrevue médicale, et il marginalise le rôle du médecin. Cette approche est bien souvent rencontrée avec les interprètes informels.

Le Réseau Orspere-Samdarra défend que l'interprète est une personne, et non une machine à traduire, matérialisée aujourd'hui par des outils de traduction sur internet, ou dans une moindre mesure par l'interprétariat téléphonique.

En effet, le ressenti des interprètes, sollicités par téléphone dans un CADA de la région Auvergne-Rhône-Alpes, était de devenir « un simple traducteur, une machine à interpréter » (26). Ils ne sont plus sollicités en tant que personne. L'interprétariat téléphonique accentue leur invisibilité, ôtant une forte dose d'humanité, pouvant devenir un facteur excluant. L'interaction est très froide par le manque de complicité, par les multiples moments d'incompréhensions et de malentendus.

Cela rejoint le ressenti des médecins interrogés (E2, E3, E5, E10, E12), qui préféraient l'interprétariat professionnel physique au détriment de l'interprétariat professionnel téléphonique.

L'accueil des interprètes par le professionnel de santé est aussi déterminant. Sont-ils de simples communicants, ou bien des médiateurs interculturels, comme le disait un médecin (E12) ? Selon le Dr Mestre Claire, « l'interprète ne peut pas être relégué en voix off dissimulée derrière le patient, ou bien traité comme un instrument sans être salué, instruit du but de la rencontre et... remercié... »(26). Elle rappelle la réalité de la personne interprète, leur processus de traduction influencé par leur histoire personnelle, leur parcours migratoire, l'idée qu'ils se font de la situation, l'intérêt qu'ils portent aux patients (forte empathie par identification, suspicion ou mépris à l'égard de l'étranger). Il convient donc d'accepter ce fait, pour ensuite ne pas douter de la traduction, mais plutôt d'avoir une idée de la contrainte du contexte. Elle conseille au professionnel de santé de tester la compréhension que le traducteur a de son intention, de ses propos implicites, sans risquer de le froisser. Car il est important que le choix de l'interprète ne se fasse pas seulement sur ses capacités à traduire, mais aussi sur ses motivations, et sur la position qu'il se donne dans un métier relationnel, appartenant au soin. Enfin, selon elle, « La médiation fait partie intégrante de l'acte de l'interprétariat, mais l'interprète n'est pas médiateur, seul le dispositif est médiateur. La médiation repose sur une posture de l'interprète et du professionnel, sur l'importance du statut accordé à la langue, à la traduction du sens, qui emprunte des chemins complexes et diverses. La médiation ne peut reposer que sur une seule personne, mais sur différents ingrédients que sont l'alliance thérapeutique, l'explication des notions implicites, la mise en question de l'ordre institutionnel, de nos savoirs, et l'évaluation des relations de pouvoirs qui agissent à notre insu » (26).

Les professionnels de santé attendaient aussi des interprètes une compétence en humanité (E5, E12). Dans un guide de l'interprète, « dans la partie profil, on peut lire « outre ses compétences linguistiques dans les deux langues, le français et la langue et/ou le dialecte du pays d'origine, l'interprète de la structure devra faire preuve de qualités relationnelles : ouverture, sens du contact humain, qualité d'écoute, empathie respect de l'autre. »

Dans une sous-partie « rôle : un tiers médiateur », on peut lire : ‘considéré comme une tierce personne, l’interprète est coresponsable au niveau de l’expression linguistique et culturelle des contenus véhiculés par les deux interlocuteurs. (...) Il ne traduit pas seulement les mots, il décode, explicite certains comportements, adapte son langage quand c’est nécessaire (...) il incarne le passage d’une langue à l’autre, d’une culture à l’autre, d’une rive à l’autre’ » (26).

Cependant il n'est pas expert en dimensions culturelle, sociale, et anthropologique, mais il vient étayer le professionnel dans sa démarche pour comprendre cette altérité culturelle. « L’interprète est celui qui, au-delà de la traduction stricte, a un rôle de passeur entre deux espaces linguistiques, sur lequel s’appuie le clinicien » (26).

La présence d’interprètes dans les consultations médicales est une pratique complexe. Toute personne bilingue n'est pas un bon interprète, des qualités humaines sont nécessaires : le secret, le non-jugement, une technique de traduction au plus près des mots du patient, être dans une juste distance relationnelle vis-à-vis du professionnel de santé et du patient.

Le professionnel de santé accueille le patient étranger, mais aussi la présence d'un tiers, en renonçant au dialogue en face à face. Aussi source de richesse dans la rencontre de l'autre, de plaisir au travail, et d'accroissement des compétences pour les médecins (E2, E4, E6, E7).

5. LA NOTION DE COMPETENCE LINGUISTIQUE, UN MEDECIN-INTERPRETE

Les médecins qui pratiquaient régulièrement une langue étrangère avec leur patient (E2, E4, E6, E7, E11, E12) accroissaient leur compétence linguistique et ils décrivaient une pratique médicale divertissante. Ainsi les échanges de compétences avec le patient amélioraient la relation médecin-patient à l'origine d'un sentiment de plaisir lors de la rencontre. L'accomplissement personnel du médecin pouvait être à l'origine d'une confiance en lui et en ses compétences. Il se sentait l'envie de s'investir dans la prise en charge, puisque témoin d'une énergie positive et productive, à l'opposé des symptômes du syndrome d'épuisement professionnel.

La clinique ambulatoire du Boston Medical Center prend en charge des populations immigrées (41). Elle recrute plus d'employés multilingues pour former des responsables d'équipes bilingues. Le but recherché est de faire le lien pour que les patients se sentent plus à l'aise (notamment en coréen et en somalien). Aujourd'hui dans le milieu de l'entreprise, les employés bilingues sont de plus en plus recherchés. L'avenir appartiendrait aux polyglottes. Les scientifiques, les recruteurs et les pédagogues sont tous d'accord : pour travailler, voyager, nouer des contacts, mieux vaut parler plusieurs langues.

Aujourd’hui l’anglais s’est imposé comme la langue de travail des multinationales, sans pénaliser ceux dont ce n'est pas la langue maternelle. Selon une estimation, la connaissance d'une deuxième langue pourrait rapporter jusqu'à 128 000 dollars sur quatre ans (41).

Le multilinguisme est bénéfique non seulement sur le plan professionnel, mais aussi sur le plan social et cognitifs. Il aiderait à retarder l'apparition de la démence sénile, favoriserait la capacité à interpréter ce que pense autrui et donc à une plus grande empathie. De plus on redoutait, jusqu'à récemment, que l'apprentissage de deux langues perturbe les enfants. Ces craintes avaient dissuadé de nombreux parents immigrés de parler leur langue maternelle avec leurs enfants (41). Le dispositif français d'Enseignements de Langue et de Culture d'Origine (ELCO), qui vise à dispenser aux enfants des cours de la langue d'origine de leurs parents qui ne parlent pas français, est aussi pointé du doigt.

Or une expérience montre que les enfants bilingues réussissent les tests d'intelligence verbale et non verbale mieux que les enfants monolingues. Il est constaté que ces enfants ont une meilleure concentration, une meilleure estime de soi, élargissant leurs horizons culturels et leurs perspectives professionnelles. Marie-Rose Moro explique également que promouvoir et valoriser la langue maternelle du parent immigré n'est pas un obstacle à l'insertion de l'enfant dans le pays d'accueil et au contraire c'est un frein au communautarisme futur de l'enfant devenu adolescent (42).

Mais l'apprentissage n'est pas toujours chose aisée, le bilinguisme demande un investissement de temps, et les inégalités en terme d'apprentissage d'une langue sont réelles (E1, E9) (41).

Favoriser le multilinguisme des étudiants en médecine est ainsi à envisager. Via une immersion par des stages à l'étranger ou dans le cadre d'un échange Erasmus + (43). Une étude montre que les étudiants ayant effectué un séjour à l'étranger, un stage en entreprise, des études ou travaillé à l'étranger, ont une meilleure insertion professionnelle que les autres et ils sont mieux rémunérés (44).

Enfin, un patient n'ayant pas de langue commune avec le médecin (hors cas d'urgence) pourrait être adressé à un confrère parlant la langue du patient. Le but serait de clarifier les demandes du patient. En effet, les médecins (E2, E6, E7, E10, E11) constataient que le suivi était plus aisé : les problématiques du patient était connues et le niveau de français s'améliorait au fur et à mesure. Comparé à la première consultation qui était particulièrement difficile à gérer devant le manque de moyens de communication et de temps du médecin et les barrières linguistique, sociale et culturelle du patient.

Un réseau de personnes-ressources constitué de médecins bilingues pourrait être utile aux médecins ne parlant pas la langue du patient. Il ne s'agirait pas d'un médecin-interprète, il s'agirait d'un spécialiste sollicité par un confrère pour clarifier ou débloquer des situations difficiles à cause de la barrière linguistique. Comme le disait un médecin (E11), grâce à sa compétence linguistique, il lui arrive de consulter des patients d'un confrère qui

n'arrive pas à comprendre la demande du patient, il les aide ainsi à débloquer des situations. Cette situation est prévue dans les tarifs conventionnels, il s'agit de la majoration de coordination (MCG), le médecin correspondant reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.

Il serait intéressant d'étudier le ressenti du médecin traitant, du médecin correspondant et du patient dans cette situation. Favoriserait-elle le suivi du patient avec le médecin traitant ou bien le patient modifierait-il le suivi médical avec le médecin correspondant ?

III. DE LA BARRIERE CULTURELLE A LA COMPETENCE INTERCULTURELLE

« *Prêter l'oreille à la rumeur du monde* » Alain Mabanckou.

Pour être efficaces sur les actions de santé, les professionnels de santé doivent prendre en compte les spécificités des patients migrants. La prise en charge des ces patients nécessite un savoir-faire spécifique. Cependant, malgré la motivation des professionnels de santé, ils rencontrent des difficultés ou des échecs de prises en charge à cause d'une communication limitée en raison de la barrière linguistique et culturelle.

La diversité culturelle croissante est une réalité en France et dans de nombreux pays. C'est un enjeu de santé publique. Les professionnels de santé sont amenés à traiter des patients d'horizons culturels très variés (26). Marie Rose Moro écrit sur son blog « Regardez vos patients, c'est le monde ! Nous dit en substance Daniel Derivois, un collègue très sensible à la clinique de la mondialité. Je me mets alors à penser à mes patients de ces derniers mois, ceux dont le reflet est resté à l'intérieur de moi et je me dis, qu'effectivement il a raison, la clinique n'a plus de frontières et qu'il est temps de prendre cela en compte, sérieusement avec des concepts adaptés à l'ampleur du monde » (45).

Dans la littérature internationale, on retrouve quelques articles sur les besoins transculturels des soins infirmiers. Quelques uns concernant les professionnels de santé en psychiatrie. Une étude réalisée en Seine-Maritime évaluait les compétences transculturelles, les ressources et les besoins transculturels des psychiatres et des psychologues (26). Ils percevaient les obstacles à l'accès aux soins et à la prise en charge de ces patients en santé mentale, du fait de la complexité de leur parcours. Les motifs de consultation spécialisés concernaient des éléments culturels complexes, un psycho-traumatisme grave, des difficultés d'alliance thérapeutique, une impasse thérapeutique, ou un contre-transfert culturel non résolu. Sur l'état des connaissances transculturelles, un défaut de compétence transculturelle était décrit par un manque global :

- de connaissances (51% rapportaient avoir une idée des parcours socio-administratifs et juridiques des patients migrants),
- de promotion du dispositif en place (en pratique 20% seulement connaissaient les dispositifs de soins transculturels sur la région, même si 78% connaissaient les aspects théoriques de la psychiatrie transculturelle. Ainsi ils ciblaient parfois un besoin spécifique pour leur patient, sans savoir où l'adresser),
- et un besoin de formations des professionnelles (88% ont exprimé le besoin de se former à ce sujet,).

1. LE SYNDROME MEDITERRANEEN

« Le syndrome méditerranéen » ou « syndrome Nord africain », que dénonçait un médecin (E12), illustre la complexité des relations soignants-soignés. En effet, des recherches comparatives internationales montrent que la persistance de la différence est peu admise à l'hôpital, voire très stigmatisée. Les ressentis, les émotions de ces patients ont tendance à être interprétés hâtivement, ou trop mis de côté par les soignants. Ainsi appliquer ses propres cadres classificatoires de façon rigide peut déboucher sur des erreurs d'interprétation et provoquer des souffrances inutiles. Ce type de projection peut aggraver l'état de santé du patient, et la qualité de la relation médecin-patient. Des malentendus peuvent se cristalliser lorsque le vécu du patient, la relation entre son corps et ses émotions, sont mis entre parenthèse comme ses expériences physiques et psychiques, plus ou moins déplaisantes, invalidantes, et involontaires (handicap, solitude, expressions de la douleur, rôle des proches dans le soin, alimentation codifiée et savoir-vivre différenciés) (9).

Nos pratiques médicales, issues de formations initiales liées à des représentations communes à l'hôpital, sont centrées sur une dualité cartésienne corps/esprit. Elles tendent à des logiques de travail associées à des soins curatifs technicisés (to cure) au détriment d'un travail d'accompagnement (to care). Le soignant se positionne en 'expert' de la maladie. Prendre en compte les liens entre le patient et son environnement proche peut être difficile car ils viennent perturber les normes culturelles des professionnelles de santé (fonctionnement des services de soins, logiques médicales : suivi des prescriptions médicales, des horaires de toilettes et des repas, des régimes alimentaires, des hiérarchies de statut, etc.). En effet ils peuvent être ressentis comme des menaces ou comme une volonté consciente de remettre en cause la légitimité du savoir-faire des professionnels, notamment s'il y a une surcharge de travail. Les patients dérangeants sont ceux qui font resurgir leur vie sociale pendant le soin, ou qui revendentiquent des savoirs. Remettant ainsi en cause la suprématie de l'universalité des savoirs du soignant, qui l'empêchent de conserver une distance émotionnelle, et de mobiliser des savoirs normalisés.

Ce « syndrome » décrit des réactions somatiques ressenties par certains patients d'origine étrangère ou latine (remplacement d'un symptôme par un autre, plaintes multiples, maux diffus, volubilité anxieuse, état de

prostration, sentiments de persécution, crise de nerfs, etc.) Par exemple, le patient peut être jugé ‘trop bruyant et impoli’. Il n'est pas un phénomène pathologique inné du patient. Il fait apparaître l'autre dans ses aspects les plus choquants, au regard des formations, des habitudes, des attentes des professionnels. Il s'oppose à l'idéal du « bon malade » « discret » (intériorisation de la douleur, discréetion corporelle, participation atténuée des proches aux soins, affrontement de ses souffrances courageusement sans se plaindre, et seul, aux côtés des équipes). Cette gêne ressentie par les soignants dans les hôpitaux français n'apparaît pas dans les pays méditerranéens comme l'Italie, l'Espagne ou au Maghreb. Cette gêne relève donc d'un champ culturel spécifique dans lequel les soignants évoluent. Un « bon malade discret » pourrait peut-être être considéré comme un « très mauvais malade » dans d'autres pays.

2. LA COMPETENCE INTERCULTURELLE

Sensibiliser les médecins, travaillant au côté des patients allophones, aux enjeux de la multiculturalité et aux effets de la discrimination, est essentiel. La compétence culturelle reste à promouvoir et à acquérir.

Connaître l'infinie variété des cultures, des ressentis et des pratiques, est impossible. Mais elles peuvent affecter les pratiques de santé et le rapport au corps. Il est donc nécessaire de prendre conscience de ces variétés. Le sens des gestes, des mimiques et des réactions étrangères ne sont jamais évidents à interpréter. Les modèles culturels dominants du « bon » ou du « mauvais » patient sont relatifs : ils sont fondés sur des jugements, des normes non universelles. La démarche anthropologique peut aider à le rappeler et elle invite le soignant à poser des regards introspectifs sur ses habitudes et sur ses catégorisations professionnelles (9).

En France, c'est dans le domaine de la psychiatrie transculturelle que cette approche se développe de plus en plus. Des consultations, des formations émanent de plusieurs lieux de soins, à Paris avec le Docteur Marie-Rose Moro, ou à Rouen avec le Docteur Sandra Guigueno. Aujourd'hui la psychiatrie transculturelle prend en compte « la culture au sens large et la culture du patient ou de sa famille dans les soins psychiques » (26). Elle utilise la méthodologie complémentariste de Georges Deveraux. « Transformer les questions transculturelles en une expérience positive. »

Augmenter les compétences culturelles et linguistiques des professionnels de santé serait une stratégie pour réduire les disparités en santé. Cela pourrait améliorer l'utilisation des services par les migrants, et rendre acceptable la diversité culturelle dans les soins (26).

Selon une étude (26) tous les professionnels de santé mentale peuvent faire valoir leurs compétences transculturelles avec un patient. Autrement dit, la prise en charge transculturelle n'est pas considérée comme

une discipline à part, elle vient compléter la prise en charge existante, et elle ne peut pas se substituer à la prise en charge classique. La prise en charge transculturelle est donc complémentaire.

Les médecins (E3, E4, E10, E12) avaient bénéficié ou envisageaient une formation par des diplômes universitaires (DU) « Santé-Société-Migration », « Ethique », « Anthropologie Médicale », par des séminaires ou par des études en anthropologie (E4). En complément d'une formation informelle (E5, E7, E8, E9, E10, E12) par compagnonnage grâce à l'aide de l'assistante sociale, d'un anthropologue de l'entourage du médecin, par des lectures de revues et de livres anthropologiques. Cette compétence transculturelle est à développer par chacun. Elle représente un processus d'auto-introspection, comme le disait un médecin (E10) une analyse de la pratique, plutôt qu'une connaissance acquise, c'est-à-dire, l'habileté du professionnel à lire sa propre expérience pour l'utiliser dans la relation à l'autre (26).

Les professionnels interviewés avaient globalement une appétence des cultures étrangères. En effet, beaucoup avaient vécu plusieurs mois hors de la métropole, et la formation était parfois inhabituelle (à l'étranger, dans le domaine des sciences humaines et sociales, etc.) (E3, E4, E5, E7, E8, E10, E11, E12).

Cette attitude positive dépend d'un facteur prédictif : l'engagement du professionnel (26). En effet, sans « intérêt culturel », il n'y a pas de motivation réelle à s'engager dans un processus de compréhension culturel et du contexte psycho-social du patient. Il s'agit de se décentrer. Les médecins étaient motivés d'acquérir plus de compétences dans la communication culturelle car ils étaient confrontés régulièrement à cette problématique. Ils avaient donc besoin de « débloquer » (E7) leur pratique. Ainsi comme le faisait remarquer un médecin (E12) cette compétence ne peut pas être acquise et demandée à de jeunes étudiants qui n'ont pas encore été confrontés à cette problématique, la formation en serait dépourvue de sens.

Pour développer des compétences culturelles, l'interprétariat en langue étrangère est aussi à promouvoir auprès des professionnels de santé. Si l'interprétariat sert d'une part à conduire la langue, il permet aussi une médiation culturelle (26). La compétence linguistique est une compétence de traduction en même temps culturelle. Il serait alors intéressant qu'elle puisse être promue pour tous les soignants, notamment bilingue ou multilingue.

IV. DES DIFFICULTES SOCIALES A LA COMPETENCE DE COMMUNICATION ET A LA COMPETENCE SOCIALE

« Ne touchez pas le malade, notez d'abord ce que vous voyez ; développez votre sens de l'observation. » Sir William Osler (1849-1919).

Prendre en charge un patient défavorisé est un défi pour le médecin. Même si elle lui donne accès à une connaissance intime d'une réalité bien présente dans notre société. Le médecin est souvent peu armé et peu formé. Les médecins disaient ne pas avoir été préparé à cette prise en charge (E2, E3). Ils faisaient parfois fi de cette réalité pour retomber dans leur domaine de compétence : le biomédical (E3, E5, E9). Cette prise en charge difficile était à l'origine d'une fatigue ressentie (E4, E5, E9), même pour les médecins aguerris (E4, E8).

Pourtant la notion de 'disparités sociales' est un paramètre à considérer dans la prise en charge des patients, notamment atteints de pathologies chroniques, comme le diabète (46).

Le médecin doit garder à l'esprit que le patient allophone précaire va lui faire vivre toute une gamme d'émotions négatives : l'impuissance, la colère, la frustration notamment, qui peuvent entraîner une attitude de rejet chez tout professionnel de santé, comme le disaient les médecins (E1, E4, E9, E12). Il faut en être conscient, pour mieux s'adapter (28).

Une étude de 1988 réalisée aux Etats-Unis, montrait que les médecins avaient pour la plupart, une perception négative des personnes défavorisées. Par exemple ils avaient l'impression que le système d'aide sociale était insuffisant, que les pauvres étaient pris dans un « cercle de la pauvreté », que les prestations sociales rendaient les pauvres dépendants du système, et que certaines femmes avaient des enfants pour toucher des allocations familiales. Ils croyaient que la plupart des pauvres devenaient pauvres en raison d'un manque d'efforts de leur part. La majorité croyait que les patients pauvres étaient plus susceptibles que d'autres de manquer les rendez-vous sans annulation, plus susceptibles d'être en retard pour les rendez-vous, et moins informés de leurs maladies. Enfin ils pensaient que les pauvres étaient des patients plus difficiles et qu'ils se préoccupaient moins de leur santé que le reste de la population (28).

Une autre étude de 1978 sur les perceptions des médecins montrait, qu'avec des patients appartenant à une classe sociale élevée, les médecins manifestaient plus d'intérêt et moins de frustration et d'anxiété (28).

Traiter un patient défavorisé pose au professionnel de santé des problèmes médicaux et relationnels : les problèmes ne sont pas si différents, mais ils ont une plus grande ampleur et ils s'additionnent. C'est une population hétérogène. Ils vivent une réalité et une culture totalement différentes de celle du médecin.

1. LES OBSTACLES A LA COMMUNICATION

Les obstacles à la communication sont nombreux (28):

- Le soignant peut méconnaître la situation et la réalité du patient.

Pourtant le médecin doit se rappeler que l'argent se répercute dans tous les domaines de la santé. Comme un médecin le disait, comment suivre une diète équilibrée, sans sel et sans sucres ajoutés, lorsqu'un patient fréquentait les soupes populaires (E5). L'objectif diététique avait été revu.

- Le soignant peut aussi méconnaître les limites des connaissances et du langage du patient.

La personne défavorisée n'a qu'une connaissance vague du fonctionnement du corps humain (E12), son vocabulaire peut être limité. Le médecin doit donc faire des efforts s'il veut combler le fossé, parler dans un langage courant, loin du jargon médical, pour être compris.

- Le manque de temps du soignant est aussi à prendre en compte. En effet, un patient pauvre consulte tardivement pour plusieurs problèmes de santé parfois chroniques et ses demandes sont parfois multiples (E1, E4, E10, E11). La consultation est rapidement surchargée, apportant découragement si le soignant se sent obligé de tout régler en une consultation.

- Les perceptions négatives et les attentes du médecin.

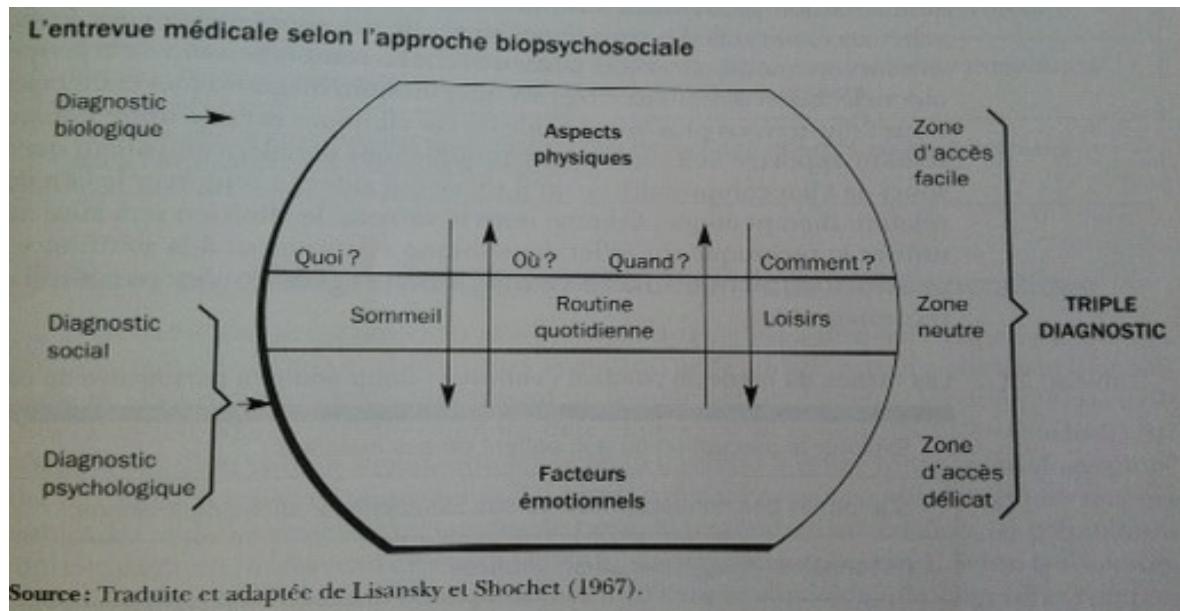
Ces patients peuvent et adoptent des comportements préventifs ou observants des conseils et traitements prescrits.

- Le soignant peut enfin, méconnaître le comportement du patient défavorisé.

Le patient pauvre est peu loquace : il tait ses préoccupations et pose peu de questions. Ils peuvent avoir des sentiments de honte et d'exclusions. Pourtant ils souhaitent autant d'informations que les personnes favorisées. Les problématiques sociales étaient parfois confondues par les professionnels de santé avec des demandes de consultations transculturelles (26).

2. LA COMPETENCE DE COMMUNICATION

Une meilleure connaissance des conditions de vie du patient permet une meilleure relation. Lorsque le médecin commence à se sentir à l'aise dans son rôle avec cette patientèle, lorsque la communication devient facile, le médecin a la possibilité de devenir un agent de changement dans leur vie.



Les solutions proposées dans ce contexte sont multiples (28):

- S'intéresser au patient et à sa réalité.

Comme le disait les médecins (E2, E7, E11), le patient est très reconnaissant envers le médecin qui lui porte de l'intérêt, même quand le médecin a l'impression de n'avoir rien fait pour lui. Le médecin a beaucoup plus de chance de ne pas tomber dans les stéréotypes liés à la pauvreté, d'améliorer sa perception et d'adapter sa démarche au patient.

- Être attentif aux préoccupations du patient.

Un patient qui se sent compris et reconnu, aura davantage confiance et sera plus ouvert à l'aide proposée. Ne pas présumer que le patient ne veut rien entendre et ne veut faire aucun effort. Au lieu de lui reprocher de ne pas avoir été passer un examen, vérifier s'il est capable de prendre un rendez-vous et de payer les frais de transport.

- Utiliser une communication simple et efficace.

Surtout pour les personnes illettrées. Eviter les doubles négations, le jargon médical, les acronymes (HTA), les mots très longs et la surcharge d'informations. Au contraire, les comportements recommandés sont : utiliser des phrases courtes, des mots simples, d'usage courant, une articulation claire, des dessins simples (E2, E12), laisser des moments de silence (un délai de 5 à 8 secondes est nécessaire à un patient pour préparer sa réponse), donner un plan d'intervention écrit (utiliser des mots-clés) (E2, E5, E7), et aborder les aspects pratiques des recommandations médicales (la manière d'obtenir les médicaments, les consultations, le coût) (E4, E5, E6, E7).

La communication non verbale du patient pourra permettre d'ajuster son discours et vérifier son niveau de compréhension.

- Le responsabiliser et l'inclure dans la prise de décision.

Après avoir fixé des objectifs réalistes avec le patient, en reconnaissant ses efforts et ses succès, même minimes.

- Être conscient de ses propres limites et privilégier le travail en équipe.

Il est évident que le médecin n'a pas à se sentir responsable de toute l'aide à donner au patient pour régler tous ses problèmes liés à la composante psychosociale (E2, E5, E6, E9). Il est essentiel et préférable que le médecin connaisse bien les personnes-ressources de son milieu pour assurer un accueil soutenant. Le médecin est bien placé pour aider ces personnes à sortir de l'isolement et les encourager à s'adresser à ces ressources.

3. LA COMPETENCE SOCIALE, LE RESEAU DU MEDECIN

Que le médecin exerce dans une équipe ou seul, il travaille en équipe. Il doit avoir l'esprit d'équipe, un esprit collectif. En effet, dans n'importe quelle entreprise, nous avons besoin de créer des liens, faire des partenariats, avec ses confrères ou d'autres collaborateurs. Tisser des liens forts avec nos confrères, les rencontrer sont des points essentiels pour identifier les personnes-ressources. Les médecins interrogés étaient entourés de confrères spécialistes libéraux ou à l'hôpital, de pharmaciens, de biologistes, d'associations, parfois d'infirmiers, d'assistantes sociales et d'interprètes. « Un réseau informel » (E5) qui leur permettait une prise en charge globale. Mais ils rencontraient parfois des difficultés de communication avec ces personnes-ressources.

a. Les difficultés de prise en charge en ville

Certains médecins (E7, E12) rencontraient des difficultés avec leur confrère spécialiste lorsqu'il s'agissait de leur adresser des patients précaires. En effet, aujourd'hui certains médecins n'hésitent plus à afficher leur refus des bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) et de l'AME (Aide Médicale d'Etat). L'article rappelle que 1,35 million de personnes sont affiliées à la CMU et 63 130 personnes sont éligibles à l'AME (47). La question reste délicate, car nous venons de le voir, prendre en charge un patient précaire est difficile et nécessite des compétences particulières que les médecins doivent nécessairement acquérir pour relever ce défi. Pourtant la plupart des médecins interviewés dénonçaient une formation universitaire médico-centrée. La 'compétence sociale' du médecin était acquise le plus souvent en autodidacte (E2, E3, E5, E9).

Les médecins avaient parfois des difficultés de communication avec les principaux acteurs du social (E7, E12). Ils citaient les assistants sociaux de proximité, du CCAS (Centre Communal d'Action de Santé) par exemple. L'échange ne semblait pas suffisant, par manque de moyens de communication et par manque de disponibilité. D'autres en revanche ne dénonçaient pas de difficultés particulières de communications, ils étaient bien au fait du réseau d'acteurs sociaux et ils pouvaient les contacter facilement (téléphone, courrier) (E4, E10). En milieu hospitalier, une proximité et une disponibilité des assistants sociaux permettaient des retours satisfaisants (E5, E6, E7, E9). Des consultations multidisciplinaires (patient, médecin, infirmier et assistante sociale) permettaient un 'plan de soin' organisé et adapté aux facteurs médico-psycho-sociaux du patient. Ce travail coordonné facilitait la prise en charge des médecins interrogés, et donc leur vécu.

b. Les difficultés de prise en charge en milieu psychiatrique

Les médecins (E6, E10, E12) ont témoigné de leur difficulté à prendre en charge les problèmes de santé mentale, notamment les psycho-traumatismes de leurs patients allophones. Les moyens de suivi au long cours n'étaient pas disponibles. Les délais d'attente dans les CMP (Centres Médico-Psychologiques) étaient trop longs. La barrière linguistique pouvait limiter le début d'une psychothérapie. Ils étaient démunis face à une demande croissante et à une offre trop faible. Ce constat est bien réel, en 2010, l'absence quasi-générale de PASS psychiatriques est une véritable carence (37). En 2009 un rapport de l'Office parlementaire faisait déjà état de ce problème. La première condition pour faire du malade et de son entourage des acteurs des soins est qu'ils y aient accès. Or l'une des particularités de la psychiatrie en France est l'ampleur de l'absence de prise en charge. Les structures hospitalières qui sont de fait seules à assurer celle des pathologies lourdes ne peuvent répondre à la demande de consultation d'une population de malades croissante et sujette à des pathologies de plus en plus diversifiées allant de la maladie d'Alzheimer à l'addiction aux jeux « Lors de son audition au Sénat, les propos du professeur Philippe Batel, chef de l'unité fonctionnelle de traitement ambulatoire des maladies addictives à l'hôpital Beaujon, étaient particulièrement précis : « *Aujourd'hui, pour avoir un rendez-vous dans l'unité dont j'ai la charge, il faut entre trois et six mois d'attente, ce qui est pour moi une souffrance majeure par rapport à l'idée que je me fais de l'engagement du service public. Pourquoi ? Ce délai d'attente sélectionne les patients qui ont le moins besoin de moi et qui sont issus des catégories socioprofessionnelles les plus élevées ! J'ai des chiffres pour le démontrer. Le système tel qu'il est aujourd'hui va faire que je ne vais pas voir les patients pour lesquels je suis investi ! » »* (48).

En janvier 2017, la direction du Centre Hospitalier du Vinatier à Lyon annonçait la fermeture du CMP pour enfants et adolescents de Caluire (49). Or, les CMP (Centres Médico-Psychologiques) sont des unités d'accueil, de coordination, de soins de secteur en ambulatoire, pour être au plus près des lieux de vie des malades. Ils

permettent un travail médico-social en réseau avec les intervenants libéraux et hospitaliers. Ils sont constitués d'une équipe polyvalente : de psychiatres, psychologues, infirmiers ou assistantes sociales.

En Auvergne-Rhône-Alpes l'ARS (Agence Régionale de Santé) avait essayé de refonder l'organisation des urgences psychiatriques (50). Elle avait constitué en juin 2014 un groupe de travail pour identifier les dysfonctionnements, et pour impulser la mise en œuvre de filière de prise en charge des urgences avec la création des UPRM (Urgences Psychiatriques Rhône-Métropole) au Centre Hospitalier (CH) Le Vinatier en novembre 2015. Ces UMPR qui centralisent les urgences psychiatriques du département sont dotés de 14 places avec deux psychiatres présents en continu. Ses missions sont nombreuses : l'activité de consultation, l'évaluation clinique spécialisée, la prise en charge initiale et intensive des soins. Le turn-over est intense puisque le passage du patient ne doit pas excéder 24 heures. La suite du patient est marquée par un transfert dans un autre établissement ou par une sortie avec ou sans suivi extrahospitalier.

Mais entre exigence de la qualité des soins et impératifs de rentabilité, le malaise est palpable (51). Dans le Rhône, les psychiatres et médecins du Vinatier alertent sur les conditions de travail au sein de l'hôpital public et de leur difficulté de répondre aux missions de la psychiatrie publique (52). La pression budgétaire est pointée du doigt. En 2016 l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) prévoit en 2017 un plan d'économie de près de 3,5 milliards d'euros, dont 1,7 milliards d'euros pour les hôpitaux publics. La mutualisation des moyens et l'organisation en Pôles depuis la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires du 10 août 2011) obéissent à des impératifs financiers faisant fi de la réalité. Ainsi les ARS (Agence Régionale de Santé) reçoivent les ordres du ministère de la santé, et elles les transmettent aux directeurs d'hôpitaux. Ces derniers sont contraints de mutualiser et fusionner les services pour plus d'économies, et de soumettre le personnel soignant à une réduction de leurs effectifs, et de leurs activités en fermant des lignes de soins.

Nous l'avons vu précédemment, les patients allophones migrants sont une population particulièrement vulnérable, concernant les ressources, les catégories sociales et leur état de santé. Outre les pathologies infectieuses et chroniques, les pathologies mentales dont les psycho-traumatismes, les violences physiques et sexuelles, ne sont pas à oublier. Ainsi la demande de prise en charge en psychiatrie augmente mais l'offre est faible.

La France n'est pas la seule concernée. En Suisse par exemple, l'attente est aussi très longue pour les soins ambulatoires, notamment pour les patients migrants en structure psychiatrique transculturelle (de 6 à 18 mois à Zurich ou à Berne). Les médecins soulignent qu'un tiers des réfugiés du Proche-Orient souffrent de troubles mentaux, de dépressions et de psychoses. 14% des demandeurs d'asile présentent des troubles psychiques.

C'est la troisième cause de consultation après les blessures et les infections. Selon l'Association des médecins cantonaux de Suisse, le facteur psychique dans la prise en charge des migrants arrivant en Suisse a clairement été sous-estimé (53).

c. Les difficultés de communication ville-hôpital

Certains médecins hospitaliers (E5, E9) méconnaissaient les problèmes de communication rencontrés par les médecins de ville. Ils pensaient être les seuls à prendre en charge ces patients. Paradoxalement, ces médecins étaient conscients de ne pas suivre au long cours ces patients pour les laisser rentrer dans le système de soins ambulatoire de ville une fois leurs droits à la santé ouverts.

Un médecin hospitalier (E9) favorisait la communication hôpital-ville via le patient, en lui laissant un courrier, avec les observations, les examens complémentaires réalisés et les coordonnées de sa structure.

Un médecin bénévole (E8) avait conscience de cette problématique de communication pour les médecins de ville, qui n'avaient pas accès à l'interprétariat professionnel. Ce qui représentait un facteur limitant majeur dans l'orientation de ses patients. Ainsi il n'adressait pas ses patients, soucieux d'éviter au patient des prises en charge non adaptées, et un travail difficilement réalisable pour son confrère, sans interprète.

A l'inverse, certains médecins, de ville ou hospitalier, méconnaissaient le dispositif des PASS au sein de l'hôpital (E1, E2). Un rapport de 2011 témoignait déjà de ce constat « Trop peu de moyens sont alloués à la formation des professionnels hospitaliers pour lesquels le niveau de connaissance du dispositif, de son fonctionnement et de son rôle reste insuffisant. (...)Le travail en réseau doit être renforcé. Il existe parfois des difficultés d'orientation vers le droit commun de personnes disposant de droits ouverts, ce qui peut conduire à la saturation du dispositif » (37).

La communication ville-hôpital a fait l'objet de nombreuses études, puisque en pratique entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, le fossé se creuse. La communication est médiocre (54), même si les Centres Hospitaliers Universitaires sont réputés pour être à la pointe de la recherche médicale et forts de leur activité universitaire associée. Leur manque de réactivité et de disponibilité, les longs délais de rendez-vous, la communication difficile avec leurs confrères en ville, et leur manque de connaissance de l'exercice libéral, obligent les médecins exerçant en ville à s'adresser plus souvent à des spécialistes libéraux ou à des établissements privés. Ceux-ci sont plus au fait de l'exercice libéral, plus facilement joignables et avec qui la communication est plus aisée. Lorsque leur patient nécessite une prise en charge urgente, les médecins libéraux se tournent vers une prise en charge hospitalière via les urgences, parfois même sur le conseil de médecins hospitaliers. Les urgences « constituent un nœud de cristallisation des problèmes d'articulation entre la ville et l'hôpital. »

Des pistes d'améliorations sont proposées :

- Une meilleure connaissance mutuelle, par des formations communes. Les médecins interrogés constituaient un réseau 'humanisé' de personnes-ressources, c'est-à-dire qu'ils souhaitaient rencontrer de visu leurs confrères, les assistantes sociales, les pharmaciens, et même les interprètes avec qui ils travaillaient (E6, E7, E8).
- Des consultations communes 'multidisciplinaires' en ville, comme à l'hôpital, avec le patient, le médecin, l'assistante sociale, le tuteur, etc. Cependant ces consultations étaient très longues (plus d'une heure), mais elles pouvaient permettre de résoudre un problème social délicat (E7, E8).
- Des informations précises, pratiques et actualisées de l'offre hospitalière que l'on trouve actuellement sur internet, sur les coordonnées du médecin, sa spécialité, ses horaires de rendez-vous. Avec des plan d'accès pour le patient (E7).
- Une permanence médicale téléphonique (hotline) ou des échanges via une boîte mail au sein de chaque service pour permettre aux médecins de ville d'avoir accès plus facilement à une aide pour une hospitalisation.
- Informer le médecin de ville avant la sortie de l'hôpital pour permettre une continuité des soins.
- Une mise à disposition d'une base de données centralisée des dossiers médicaux pour les médecins de ville, les hôpitaux, les laboratoires, les pharmaciens, les assistants sociaux, etc (55). En effet, le médecin généraliste assure un suivi dynamique global du patient. Son dossier médical est représenté par un ensemble de processus dynamiques parallèles concernant des problèmes de santé identifiés (comme l'HTA, l'arthrose...). Pour chacun de ces processus, le médecin généraliste planifie les différentes étapes de prise en charge (vaccins, consultations chez le spécialiste, bilans biologiques...). Mais le recours à l'hospitalisation concerne le plus souvent un processus pathologique déjà connu et suivi. Ce recours est motivé par la nécessité d'une prise en charge plus lourde ou du recours à des plateaux techniques spécialisés. Le médecin hospitalier sera particulièrement intéressé par les informations concernant ce processus ce qui explique l'influence de la communication ville-hôpital. Dans les cas d'urgence, des événements transitoires intercurrents (une infection virale par exemple) peuvent se surajouter aux processus en cours. Ainsi un dossier médical et social commun en ville, disponible pour le médecin hospitalier, et inversement, était l'idéal décrit par les médecins interrogés (E7, E9).

V. DE LA BARRIERE ORGANISATIONNELLE A LA COMPETENCE ORGANISATIONNELLE

Le travail « n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé » (56). Le travail peut être à l'origine du meilleur, une source de bien-être, de plaisir, d'apprentissage, d'accroissement des compétences, d'interactions sociales, et avoir des effets positifs sur la santé des individus. Outre une source de rémunération, le travail assure le bien-être de l'individu. Il est « une activité par laquelle une personne s'insère dans le monde, exerce ses talents, se définit,

actualise son potentiel et crée de la valeur qui lui donne, en retour, un sentiment d'accomplissement et d'efficacité personnelle, voire peut-être un sens à sa vie » (57). « Les travailleurs aspirent à être reconnus comme des *sujets* et non de simples *opérateurs* » (58).

Le travail peut aussi être à l'origine du pire, une source de souffrances, et qui peut avoir des effets néfastes sur la santé. Plusieurs causes étaient décrites par les médecins pour expliquer leur vécu négatif. Ces causes sont retrouvées dans les indicateurs de facteurs de risques psychosociaux au travail.

1. LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS)

Ils sont regroupés autour de six grandes dimensions (59). Ces risques existent aussi bien pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs non salariés. Ces facteurs sont à envisager séparément, et leurs effets dépendent aussi de la durée d'exposition.

Les RPS doivent être compris comme une nouvelle grille de lecture dans la façon d'appréhender le travail. Ils ne sont ni une fatalité ni une sanction. Ils sont un simple rappel au bon sens.

Les risques psychosociaux (RPS) constituent une nouvelle catégorie de risques professionnels. Définis comme « à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercés par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés) » (60). Cette notion reste complexe, liée à la diversité des RPS, leur interaction entre eux (il n'y a pas toujours de causalité linéaire), leur dimension subjective et leur caractère plurifactoriel (individuels, organisationnels et sociétaux).

Une des dimensions des risques psychosociaux est l'intensité et la complexité du travail en lien avec des horaires difficiles. Tous les médecins avaient souligné la notion du temps. La pression temporelle était décrite par tous. « Toujours le problème, c'est le temps, en médecine générale c'est le temps, c'est ça qui tue. » (E4). En France, les médecins généralistes déclarent travailler en moyenne un minimum de 52 à 60 heures par semaine (sans données concernant la pratique des médecins, en fonction de leur lieu d'installation ou des caractéristiques médicales de leur patient). Dont un minimum de 33 heures consacrées aux consultations et aux visites dans le cadre du libéral (pour un temps moyen de l'acte à 16 min par consultation et 30 min par visite), 10 heures aux autres activités de soins (salariés, permanence de soins comme les gardes et les astreintes, pour les actes non rémunérés comme les conseils téléphoniques et les consultations gratuites), 6,5 heures aux autres activités (activités administratives, prises de rendez-vous, entretien du cabinet) et 4,5 heures aux activités de formation (61).

Dans la prise en charge d'un patient allophone, la consultation était d'autant plus longue lorsque c'était la première rencontre (E2, E6, E10, E11). Non seulement le temps de la consultation était plus long en raison de

la barrière linguistique, mais aussi des problématiques sociales et culturelles du patient. Leur prise en charge était donc polyvalente. Malgré un planning établi, ils étaient contraints d'étendre leur disponibilité en dehors des horaires de rendez-vous, avec le risque d'étendre ce temps professionnel sur le temps personnel (E7). A cause du retard des patients ou bien des consultations imposées par le patient pour un autre membre de la famille (E7, E9).

La notion de « qualité du travail » a été citée par tous les médecins. Les soins étaient considérés comme de mauvaises qualités lorsqu'ils ne réussissaient pas à soigner dans de bonnes conditions, faute de moyens, notamment faute de communication. Ils avaient peur de l'erreur médicale, ils ne se sentaient pas performants à cause d'un travail chronophage, polyvalent, sans objectifs précis puisque les demandes du patient étaient souvent multiples.

Un document de travail de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (62) abordait la mesure de la qualité des soins en France. Le but était d'identifier les forces et les faiblesses du système pour énoncer les différentes problématiques, puis développer des stratégies adéquates et améliorer la qualité des soins. Celle-ci se doit de maximiser « le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ». L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains ». Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». La qualité des soins a été mesurée, à travers 5 dimensions : l'efficacité, la sécurité, l'efficience, l'accessibilité et la réactivité.

Notre étude montrait que, dans cette situation, les médecins étaient traversés par le dilemme de la « qualité empêchée ». « On découvre ici une question cruciale : l'organisation du travail ne délivre pas les ressources dont les salariés ont besoin pour faire un travail de qualité ni même pour déterminer en quoi consiste pareil travail. Elle les prive des moyens de travailler » (63), les amenant à ne plus se reconnaître dans ce qu'ils font (E2, E3, E7, E10). « A l'observation, ce qui s'avère fatigant, ce qui exaspère les salariés, ce n'est pas la réalisation de la tâche, mais l'empêchement » souligne Yves Clot, à savoir le fait « de façon récurrente, de ne pas pouvoir terminer ce qui a été commencé, de devoir attendre en pensant à ce qu'on pourrait faire, de faire une chose en pensant à une autre, et même de commencer une tâche en sachant très bien qu'on ne pourra pas la mener à bien. »

La qualité empêchée peut abîmer le collectif, qui devient un obstacle lorsque la qualité se perd « chacun alors est prisonnier de son isolement » comme en atteste les médecins et leur relation au système de santé. Entre le management de la performance, l'obsession budgétaire (E5, E6), le sentiment d'être peu rémunéré (E5, E7, E12) et donc peu reconnu pour le travail réalisé, ainsi que le sentiment d'un système affranchi de la réalité (E3, E5, E6, E7, E9), leur relation au système de santé était fragilisée.

Par ailleurs un médecin (E5) était inquiet de l'avenir des aides financières pour la prise en charge de ces patients allophones. D'un point de vue financier, les budgets sont trop peu conséquents et ne permettent pas de couvrir tous les besoins. Les conséquences observées à la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) montrent un manque de personnel, des soins différés, un nombre de patients limités, avec pour corollaire des patients refusés, un réseau insuffisamment développé par manque de moyens humains, des intervenants insuffisamment formés, etc. « Les PASS tiennent bien souvent à la volonté politique de la direction de l'hôpital. La prise en charge des publics en situation de précarité n'est pas toujours une préoccupation majeure au vu des enjeux de gestion des établissements et sont parfois perçues comme un instrument de recouvrement financier » (37). En plus de la situation économique, le contexte politique est tendu devant les problématiques liées à l'immigration. L'opinion publique des français se durcit face aux migrants (64). Ainsi que hors Union Européenne, comme en témoigne le décret anti-immigration du président Trump en janvier 2017. Aujourd'hui, l'Etat française maîtrise et contrôle de plus en plus ses dépenses de santé en tentant de rationaliser l'offre. Replacer l'Homme au cœur de l'économie de la santé, concilier le droit à la santé pour tous, sont de véritables défis pour les politiques de santé publiques.

2. LE BURN-OUT OU SYNDROME D'EPUISSEMENT PROFESSIONNEL

Ce syndrome a été mentionné par deux médecins, le premier (E7) comme un risque, le deuxième (E10) l'avait déjà vécu. Il est une manifestation somatique et psychique des risques psychosociaux.

Cet anglicisme, signifiant « brûlure intérieure » est la conséquence d'un stress chronique. Il touche spécifiquement les individus exerçant des métiers impliquant un fort engagement relationnel, comme le métier de soignant. Selon l'OMS il se caractérise par « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». D'après le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson (65), ce syndrome n'apparaît pas soudainement. Trois symptômes principaux le caractérisent :

- La dépersonnalisation est une dimension interpersonnelle marquée par une perte d'empathie et une dégradation de la relation à l'autre, allant de la distanciation jusqu'à la déshumanisation. Les médecins (E2, E7, E9, E10) décrivaient parfois une image de 'mauvaise volonté' et de 'mauvaise image' du patient, à l'origine d'un sentiment d'agacement, voire d'une relation conflictuelle.

- La diminution du sentiment d'accomplissement personnel, qui se traduit par une dépréciation professionnelle. L'individu doute de lui, de ses compétences et se dévalorise. Les médecins (E2, E3, E4, E7, E10) étaient insatisfaits de la qualité de leur travail. En y renonçant, ils parlaient de travail inutile, ils parlaient de sentiments d'impuissance, de frustration et d'échec.
- L'épuisement émotionnel, ressentie comme une immense fatigue au travail, un manque d'énergie et de motivation. L'individu se sent « vidé » émotionnellement, « au bout du rouleau », tant au niveau physique que psychique. Les médecins (E2, E4, E5, E7) témoignaient d'une fatigue ressentie, d'un découragement ou d'un manque de courage lorsqu'ils essayaient malgré tout de communiquer.

L'incapacité de la personne à faire face à ses contraintes sur le long terme, avec les ressources à sa disposition, a donc des conséquences sur la perception qu'elle a d'elle-même, sur ses relations interpersonnelles, professionnelles, et sur la qualité de son travail. Obligeant ainsi l'individu au repos forcé. Mais l'arrêt de travail ne résout pas tout. Car il y a un risque de rechute si les causes ne sont pas traitées.

3. LA COMPETENCE ORGANISATIONNELLE

Aujourd'hui le nombre de suicide parmi les professionnels de santé est en pleine explosion. Un médecin aurait 1,5 à 2 fois plus de chance de mourir par suicide. En tête, les psychiatres, les généralistes et les anesthésistes (66). Un si beau métier serait devenu le plus risqué. L'Etat souhaite des professionnels de santé performants au travail, ces derniers aspirent à une qualité de vie au travail (67). L'enjeu est de les conjuguer.

Les risques psychosociaux ont des effets délétères tant sur le plan physique (maladies cardio-vasculaires, troubles du sommeil), psychologique (dépression, troubles anxieux, idées suicidaires), et comportemental (toxicomanie, alcoolisme, troubles alimentaires, isolement social, sabotage ou fraudes) (59). C'est une priorité en matière de santé publique, puisque l'enjeu est avant tout la santé des travailleurs. C'est aussi un enjeu majeur pour toute entreprise que de les maîtriser, et également pour la société. Car s'ils ne sont pas pris en charge, ils représentent, d'abord un risque de réputation liée à l'image de l'entreprise, ensuite un risque judiciaire avec la dégradation du climat social, mais « l'employeur est tenu d'agir sur « ce quoi il a prise » et donc sur les déterminants des risques psychosociaux dans son entreprise, sans violer l'intégrité psychique des intéressés.» (59). Enfin, ce n'est pas sans impact économique, puisque ce « fardeau économique » du suicide et des tentatives de suicide serait estimé à près de 5 milliards d'euro en France (68). C'est donc aussi un risque financier. La souffrance au travail aurait tendance à augmenter le taux d'absentéisme, la rotation du personnel, les risques d'accidents du travail, et à baisser la productivité. Le coût du stress d'origine professionnelle est estimé à environ 20 milliards d'euro par an en Europe. De plus il serait à l'origine de 50 à 60% de l'ensemble

des journées de travail perdues, donc d'absentéisme (69). Pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité Sociale, cela représenterait 20% de son budget.

Ils sont ainsi devenus une priorité en matière de prévention. Dans le *plan Santé au travail 2010-2014*, l'amélioration des conditions de travail est un des objectifs. Il favorise des actions de prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique (action 23), mais aussi pour les travailleurs indépendants comme les professions libérales (action 22).

Il serait donc nécessaire de prévenir le stress négatif professionnel. En informant les médecins à prévenir et à agir sur les risques psychosociaux dans leur management au quotidien. Notamment en leur apportant des moyens adéquats pour la prise en charge de ces patients allophones. Le médecin ne se réduit pas à son stéthoscope ou à son otoscope, ce serait médico-centré (E5).

Les médecins mettaient en place eux-mêmes des stratégies pour diminuer la contrainte du temps. Ils modifiaient leur rythme de travail.

- Prendre le temps, sans le perdre (28).

Au début de l'entrevue, il est conseillé d'éviter les questions fermées et les interruptions dans les premières minutes. Laisser le patient exprimer les motifs de la consultation, ses inquiétudes. Ensuite évaluer la composante psychosociale. En éliminant tous les renseignements de cet ordre par souci d'efficacité, en ne retenant que les plaintes biologiques, le médecin risque de se priver d'une information précieuse. Un médecin bénévole (E8) et un médecin salarié de la PASS (E9) s'accordaient du temps : trois-quarts d'heure ou plus. Le médecin (E9) se 'permettait' d'être lent à la PASS car c'était sa mission. Lorsqu'il travaillait aux urgences, il ne 's'accordait' pas ce temps, la pression temporelle était beaucoup plus importante. Il en était de même pour les médecins libéraux payés à l'acte. Pour eux, diminuer le nombre de consultations par jour avait un impact financier « pour un médecin généraliste – il ne peut pas accorder trois-quarts d'heure, ce n'est pas possible – il peut (sourire), mais je ne sais pas, à ce moment-là, comment il peut vivre. » (E8).

- Ensuite établir l'ordre de priorité des demandes.

Pour s'attaquer à des problèmes multiples, interreliés et complexes, il est nécessaire de hiérarchiser les demandes. Le médecin ne va s'attarder qu'aux problèmes prioritaires, déterminés avec la collaboration du patient. Puis l'évaluation complète de l'état de santé peut s'échelonner sur quelques rencontres. Comme le faisait les médecins (E2, E4, E7). Par exemple, si le caractère des plaintes physiques n'est pas urgent, le

médecin accorde la priorité aux conditions d'existence du patient, comme lui faciliter l'accès à une vie stable et décente. Des rencontres plus régulières ont tendance à améliorer l'efficacité de la relation thérapeutique. Ainsi revoir des patients allophones connus était mieux vécu, et les consultations n'étaient pas plus longues (E2, E7, E10).

- Une relation empathique.

Ils ont exprimé leur besoin d'évacuer les charges émotionnelles, de les 'extérioriser', de les 'relativiser' pour une relation avec une juste distance (E6, E11, E12). Via des groupes de paroles entre confrères médecins, via leur entourage proche (conjoint(e), ami(e)s), via une 'mécanisation' de la retranscription des dires du patient dans le dossier médical. En effet, les médecins étaient confrontés aux souffrances de vie des patients, très chargées émotionnellement « c'est aussi dur pour le soignant parce que tu te prends quand même des choses dans la poire » (E4), « C'est très fatigant au niveau intellectuel et concentration, après affectif aussi, (...) il faut arriver à entendre leurs horreurs, après ben comment les soigner (silence) » (E10).

VI. SYNTHESE

Ce travail a essayé d'identifier d'avantages les caractéristiques et les pratiques qui facilitaient ou au contraire entravaient le travail des médecins avec les patients allophones. Il a aussi essayé d'élaborer des aides pour la pratique notamment par une prise en charge globale : biomédicale, psycho-sociale, linguistique et culturelle. Condition sine qua non d'une démarche diagnostique et thérapeutique de qualité.

Il s'agirait sans doute de s'associer ou bien d'acquérir une compétence relationnelle c'est-à-dire un ensemble de savoirs qui vont permettre au médecin de passer du savoir au savoir-faire dans le face à face médecin-patient. Même si cette compétence relationnelle peut se confondre encore aujourd'hui avec les qualités humaines de l'individu-médecin.

« La théorie, c'est quand on sait tout et que rien ne fonctionne. La pratique, c'est quand tout fonctionne et que personne ne sait pourquoi. Il faut être pragmatique et empirique, en prise avec la vie de la rue, avoir le sens du commerce. Si l'on n'a pas ces qualités il faut s'associer. On peut aussi les acquérir » (Albert Einstein).

Nom, prénom du candidat : LENG Gabrielle

CONCLUSIONS

La communication médecin-patient passe par la parole. Elle peut être source de malentendus et d'incompréhensions avec un patient allophone. Ce travail de thèse avait pour objectif d'explorer le vécu des médecins face à la barrière linguistique et d'étudier leur pratique et leurs attentes dans ce contexte.

La confrontation des médecins à cette situation était source de stress, à l'origine de tensions dans la relation. Ils se sentaient isolés, car limités dans leur rapport aux confrères et aux interlocuteurs sociaux. Ils s'estimaient peu reconnus dans la quantité et la complexité du travail fourni. Ils décrivaient un travail exigeant, aux horaires intenses. Fautes de compétences acquises et de moyens appropriés, les marges de manœuvre étaient faibles pour répondre aux problématiques, linguistique et socio-culturelles rencontrées. Ils étaient gênés par des conflits de valeurs sur le travail à réaliser. Ainsi, la réponse au patient était ressentie comme inutile et de mauvaise qualité, leur donnant une image de « mauvais médecin ».

Malgré tout, les médecins se disaient ouverts aux différences, et à la prise en charge globale. Ils avaient une curiosité intellectuelle pour les langues et la diversité culturelle, avec parfois des parcours professionnels atypiques. On retrouvait un certain nombre d'ajustement source de satisfaction, favorisant une meilleure relation médecin-patient et le sentiment d'un travail de qualité :

- Trouver les ressources pour diminuer la tension émotionnelle.
- Ressentir l'implication du patient dans la recherche de communication.
- Utiliser des moyens de communication adaptés comme l'interprétariat professionnel.
- Identifier précisément les demandes du patient, et y répondre avec des moyens adéquats.
- Développer leurs compétences, sur le plan linguistique, social et culturel.
- Simplifier le travail à réaliser par le soutien des confrères et des partenaires sociaux.
- Assurer un suivi régulier.
- Adapter le rythme de travail.

En pratique, pour établir une communication, les médecins exploitaient des outils de communication à la fois non verbaux et verbaux. Ils se servaient plus rarement d'outils papier. Ils recouraient de plus en plus aux outils informatiques. Bien que leur disponibilité était immédiate, et gratuite, la communication restait peu élaborée, et l'utilisation parfois laborieuse. L'interprétariat informel était fréquemment employé. Mais il était pris avec précaution, et il nécessitait le report de questions délicates qui pouvaient attendre. L'interprétariat professionnel semblait être la solution idéale. Surtout lorsqu'il fallait préserver la confidentialité du patient, et lors des problèmes de santé mentale. Il permettait parfois une interprétation culturelle associée. Cependant son utilisation était limitée par son coût et par une méconnaissance de cette ressource.

Ils exprimaient l'envie de rester attentif à leurs propres émotions et à celles de l'interprète, dans le souci de prévenir du burn-out. Ils ressentaient le besoin de développer la communication linguistique et culturelle avec leur patient, d'adapter leur prise en charge en fonction de la situation sociale, d'enrichir les liens avec leurs confrères et leurs partenaires sociaux, et d'être reconnus socialement, dans la rémunération de cette activité étant donné que leur situation financière pouvait être plus précaire.

Nous avons constaté que la prise en charge de ces patients nécessitait d'apporter des moyens de communication adaptés, comme un interprétariat professionnel accessible. Favoriser la rencontre avec les partenaires sociaux et les confrères, par des groupes de pairs multidisciplinaires par exemple. Informer les médecins des risques psycho-sociaux, pour les aider à mieux les identifier. Promouvoir le multilinguisme chez les jeunes médecins, accroître leur compétence en sensibilisant les internes au dialogue interculturel et à l'accueil des disparités sociales, pour une prise en charge globale et adaptée.

Suite à cette étude, nous proposons une nouvelle étude explorant une forme d'interprétariat professionnel par des médecins.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature



Vu :

**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **06 JUIL. 2017**

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Fainzang S., *Cohérence, raison et paradoxe. L'anthropologie de la maladie aux prises avec la question de la rationalité*, Ethnologies comparées, n° 3, 2001.
- 2 - *Le nouveau profil de population active immigrée*, Insee Rhône-Alpes, La lettre-Analyses, n°183, décembre 2012.
- 3 – Schwarzinger M., *Usage et opportunité de recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé*. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète, Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé, décembre 2012.
- 4 - Tourisme –*Tableaux de l'économie française*, Insee Références, édition 2016.
- 5 - *Une activité touristique fortement concentrée dans les zones de montagne*, Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes, n°17, juillet 2016.
- 6 - *Barrières de la langue : comment les surmonter en clinique ?*, Le médecin du Québec, p. 48-52, volume 42, n°2, février 2007.
- 7 – Richard C., *Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : place de l'interprétariat professionnel*, Thèse soutenue en vue du diplôme d'état de docteur en médecine, Rennes, juin 2016.
- 8 - Mathieu A., *Prise en charge des migrants en médecine générale, point de vue des patients*, Thèse soutenue en vue du diplôme d'état de docteur en médecine, Lille, septembre 2011
- 9 - Gavid B, Duhot D, Clerc P, Durand R, Griot E, Martinez L., *Sociologie et anthropologie quels apports pour la médecine générale*, Société française de médecine générale, n°64, novembre 2007.
- 10 – Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, Reed G., *Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates*, J Gen Intern Med, octobre 2012.
- 11 - Tabouri A., *L'interprétariat dans le domaine de la santé – Une question aux enjeux souvent ignorés*, Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux, Hommes & Migrations, p. 102-106, n° 1282, 2009.
- 12 – Cote L, TurgeonL., *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine*, Pédagogie médicale, 2002.

- 13 – *Tourisme*, TEF, Insee Références, édition 2017.
- 14 - Numéro thématique – *Santé et recours aux soins des migrants en France*, BEH de l'InVS, n°2-3-4, 17 janvier 2012.
- 15 - *Enquêtes et études démographiques*, Insee - Bilan démographique 2016.
- 16 - *Les immigrés récemment arrivés en France*, Insee Première, N°1524, Novembre 2014.
- 17 - Bensidoun I., *Immigration en France : quelles réalités, quelles idées reçues ?*, Entretien avec Anthony Edo, The Conversation, 17 janvier 2017.
- 18 - *Etrangers – Immigrés*, TEF, Insee Références, édition 2017.
- 19- *7,7 millions d'habitants en Auvergne-Rhône-Alpes*, Insee Flash Auvergne – N°12, 19 octobre 2015.
- 20- *Les immigrés sont davantage présents dans les grands pôles urbains*, Insee analyses, Auvergne-Rhône-Alpes – N°21, 08 septembre 2016.
- 21- *Le nouveau profil de population active immigrée*, Insee Rhône-Alpes, La lettre-Analyses, N°183, décembre 2012 .
- 22 - Infos migrations, *Le recours aux soins des nouveaux migrant*., DSED, Numéro 76, juin 2015.
- 23 - *Violences sexuelles liées aux conflits*, Rapport du Secrétaire général, Conseil de Sécurité des Nations Unies, 13 mars 2014.
- 24 - Rouland B., *La santé des migrants internationaux dans la province d'Almeria : indicateur de différenciations et d'inégalités*, (Géo)politique et Santé, n°26, février 2015.
- 25 - Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J., *Le recours aux soins de ville des immigrés en France*. Questions d'économie de la santé, n°146, Septembre 2009.
- 26- *L'interprétariat en santé mentale*, Santé mentale et précarité, Les Cahiers de Rhizome, n°55, Février 2015.
- 27 - Flubacher P., *Quand nos patients ne nous comprennent pas ou quand nous ne comprenons pas nos patients*, Forum Med Suisse, 2011.

28 – Richard C, Lussier MT., *La communication professionnelle en santé*, Editions du Renouveau Pédagogique, 2005.

29 - Boespflug E., *L'alphabétisation des adultes*, Association française pour la lecture, Les actes de Lecture, n°11, octobre 1985.

30 - *L'évolution de l'illettrisme en France*, Agence nationale de Lutte contre l'Illettrisme, Nouvelle édition, Janvier 2013.

31- *Maîtrise de la langue et emploi des immigrés : quels liens ?*, Emploi, chômage, revenus du travail – Insee Références, 05 juillet 2016

32- Fiches thématiques : *Education et maîtrise de la langue*, Insee édition 2012

33- Hamchiche I., *Migrants : Des patients comme les autres grâce à Traducmed*, What's up doc ? Le magazine des jeunes médecins, 28 juillet 2017.

34- Tuot DS., Lopez M., et al., *Impact of an easy-access telephonic interpreter program in the acute care setting: an evaluation of a quality improvement intervention*, Jt Comm J qual Patient Saf, Février 2012.

35 - Wofford JL., Claudia CL., et al., *Providing a Spanish interpreter using low-cost videoconferencing in a community health centre: a pilot study using tablet computers*, Inform Prim Care, 2012.

36 - Bienvault P., *Le poids des mots pour les patients venus d'ailleurs*, La Croix, 13 septembre 2010.

37 - Rapport de Médecins du Monde, *Etat des lieux des Permanence d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où MdM est présent*, Direction des Missions France, Août 2010.

38 - Article 90 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2017 de modernisation de notre système de santé.

39 - Sulzer A., *La Drôme ne veut plus d'interprètes dans ses centres médico-sociaux*, L'Express, 26 octobre 2015.

40 - *De l'enjeu d'une déontologie et d'une formation valorisée de l'interprétariat professionnel par les migrants*. Tribune des associations françaises de l'interprétariat-traduction de service public ISM interprétariat, 2016.

41 – Vince G., *Bilinguisme. L'avenir appartient aux polyglottes*, Courrier international, n° 1386, du 25 mai 2017.

42- Moro Marie-Rose, *De l'importance des langues maternelles pour la cohésion*, TEDx Champs Elysées Women, 2015.

43 - Erasmus, *ultime réussite d'une Europe qui déçoit ?*, Le Monde, 2 avril 2016.

44 - Graveleau S., *Les jeunes diplômés partis à l'étranger s'insèrent mieux que les autres*, Le Monde, 25 mai 2016.

45- Billet *Le monde dans notre salle d'attente*, blog de Marie-Rose Moro, site www.transculturel.eu de l'AIEP (association internationale d'ethnopsychanalyse).

46 - Heltberg A., Andersen JS., Kragstorp J., et al., *Social disparities in diabetes care : a general population study in Denmark*, Sand J Prim Health Care, Mars 2017.

47 - Béguin F., Rey-Lefebvre I., *Des médecins affichent sur Internet leur refus de soigner les patients précaires*, Le Monde, 27 janvier 2017.

48 - Milon A., *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe*, Rapport n° 328 fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 8 avril 2009.

49 - Stangret G., *Le centre médico-psychologique menacé de fermeture : le personnel se mobilise*, Le progrès, 9 février 2017.

50 – Psychiatrie, *Le Rhône et la métropole lyonnaise refondent l'organisation des urgences*, Société française de médecine d'urgence, 5 novembre 2015.

51 - Farge A., *Malaise à l'hôpital public : il y a urgence !*, Le monde 30 juin 2017.

52 - *166 psychiatres et médecins du Vinatier alertent sur les conditions de travail à l'hôpital public*, Article, ressources humaines, Hospimedia L'actualité des territoires de santé, 16 février 2017.

53 - Della Pietra N., *La Suisse débordée par les besoins en soins psychiatriques des migrants*, RTSInfo Radio Télévision Suisse, 25 juillet 2016.

54- Gayrard P, Harzo C., *Médecin ambulatoire-médecine hospitalière, quels liens construire ?*, Union Régionale des médecins libéraux de Rhône-alpes, Août 2008.

55 - *La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins*, L'information médicale numérique, Les cahiers du numérique, 2001.

56 - Molinier P., *Risques psychosociaux au travail. Etude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, Paris, Risques psychosociaux : le point de vue psychologique, J. Lerouge (éd.), L'Harmattan, p. 31-49, 2009.

57 - Morin E., *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, Montréal, IRSST, 2008.

58- Gomez P., *Le travail invisible. Enquête sur une disparition*, in François Bourin Editeur, 2015.

59 - Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, *Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser*, 2011.

60- *Les RPS : c'est quoi ?*, risques psycho-sociaux, Santé au travail, Ministère du travail, 2015.

61 - Le Fur P., *Le temps de travail des médecins généralistes*, Questions d'économie de la santé, N°144, Juillet 2009.

62 - Or Z., Com-ruelle L., *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?*, IRDES, décembre 2008.

63 - Clot Y., *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte, coll. Cahiers libres, 2010.

64 - *Transatlantic Trends : Immigration*, German Marshall Fund, 15 décembre 2011.

65 - Alexandre-Bailly F., Bourgeois D., et al., *Comportements humains et management*, 4^{ème} édition, Pearson, 2013.

66- Schernhammer E.S. et al., *Suicide rates among physicians : a quantitative and gender assessment (meta-analysis)*, Am J Psychiatry, 2004.

67 – Delepine N., *Suicide des médecins : silence médiatique sur un massacre programmé du système de santé*, Atlantico, 12 août 2013.

68– Chevreul K., Vinet MA, Le Jeannic A., Lefèvre T., Quelen C., *Estimation du fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France en 2009*, Etude à paraître de l'Unité de Recherche en Economie de la santé (URC ECO), 2014.

69 - European agency for Safety and Health at Work, *Economic impact of occupational safety and health in the member states of the European Union*, Bilbao, The Agency, 1999.

GLOSSAIRE

Allophone : personne ayant une langue maternelle différente de la langue présente en majorité. Chez les canadiens, ce sont des personnes qui ont une autre langue maternelle que le français et l'anglais. Cette expression est un québécois mais de plus en plus utilisée. Diverses méthodes permettent de caractériser un patient allophone (non francophone). Selon l'enquête sur la diversité des populations en France métropolitaine, Trajectoires et Origines (TEO), menée par l'INED/INSEE en 2008, un patient est défini comme 'allophone' s'il répond « un peu », « pas du tout », ou ne se prononce pas, à l'une des deux questions (« Diriez-vous que vous comprenez le français à l'oral ? » « Très bien » ; « Bien » ; « Un peu » ; « Pas du tout » ; ne se prononce pas, et « Diriez-vous que vous parlez en français... » « Très bien » ; « Bien » ; « Un peu » ; « Pas du tout » ; ne se prononce pas). Remarque sur la présence d'un accompagnant : après avoir posé les questions au patient, si l'accompagnant est obligé de traduire, le patient est considéré comme allophone. Il convient de noter que cette définition caractérise des patients « allophones » pour lesquels l'interprétariat est nécessaire, mais que la communication thérapeutique n'est pas forcément satisfaisante pour des patients « francophones » qui répondent « Bien » aux deux questions.

Analphabète : adulte qui n'a jamais été scolarisé et qui ne sait donc ni lire ni écrire dans sa langue. Il se distingue de l'**illettrisme**, c'est-à-dire un adulte qui a été scolarisé mais n'ayant pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture et du calcul. Il se distingue aussi du **Français Langue Etrangère (FLE)** qui est un nouvel arrivant en France qui apprend une nouvelle langue.

ARS : Agence Régionale de Santé est un établissement public administratif de l'Etat français chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans sa région. Crées le 1^{er} avril 2010, elles sont régies par le titre du livre de la première partie du code de la santé publique.

Compétence de communication : connaissance pratique des règles psychologiques, culturelles et sociales qui commandent l'utilisation de la parole dans un cadre social. Elle suppose la maîtrise de codes et de variantes sociolinguistiques et des critères de passage d'un code ou d'une variante à d'autres. Elle n'est pas une simple connaissance mais plutôt une disposition à agir, à s'engager dans une performance communicative (Hymes).

Compétence interculturelle : capacité du locuteur à saisir, à comprendre, à expliquer et à exploiter positivement les données pluriculturelles ou multiculturelles dans une situation de communication donnée. Il s'agit d'une compréhension de la variation culturelle (dimension anthropologique) (de processus, de situations mouvantes, complexes, imprévisibles et aléatoires compte-tenu de l'hétérogénéisation culturelle croissante au sein même de ce que l'on appelle traditionnellement les cultures). Elle déborde de la compétence

culturelle c'est-à-dire la connaissance des différences culturelles (dimension ethnographique) (Abdallah-Pretceille).

Compétence linguistique : ensemble de compétences permettant de s'exprimer dans sa langue maternelle ou dans une langue étrangère : les fonctions de lire, écrire, parler, écouter.

Compétence organisationnelle : capacité à coordonner et administrer des projets ou des budgets, dans son travail, lors d'activités bénévoles, ainsi que dans la sphère privée.

Compétence relationnelle : un ensemble de savoirs qui vont permettre au médecin de passer du savoir, au savoir-faire, dans le face à face médecin-patient

Compétence sociale : capacité à vivre et à travailler avec d'autres personnes, à des postes où la communication joue un rôle important, dans des situations où l'esprit d'équipe est essentiel, dans des environnements interculturels, etc.

ELCO : Enseignements de Langue et de Culture d'Origine qui vise à dispenser aux enfants des cours de la langue d'origine de leurs parents qui ne parlent pas français. Il concerne neuf pays : l'Algérie, la Croatie, l'Espagne, l'Italie, le Maroc, le Portugal, la Serbie, la Tunisie et la Turquie. Ils sont mis en œuvre sur la base d'accords bilatéraux prenant appui sur une directive européenne du 25 juillet 1977 visant à la scolarisation des enfants des travailleurs migrants.¹

Étranger : personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment). À la différence de celle d'immigré, la qualité d'étranger ne perdure pas toujours tout au long de la vie : on peut, sous réserve que la législation en vigueur le permette, devenir français par acquisition.

Immigré : selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui

définit l'origine géographique d'un immigré.

Langue étrangère familiale de référence : parmi les langues de l'enfance, une langue de référence a été définie comme étant pour les monolingues, l'unique langue déclarée et pour les plurilingues, la langue la plus utilisée pendant l'enfance en dehors du français.

Langue pivot : langue utilisée pour faciliter les traductions d'un même texte dans plusieurs langues.

MDM : Médecins du Monde est une organisation de solidarité internationale, constituée notamment de professionnels de la santé bénévoles, dans le but d'apporter une aide humanitaire aux populations les plus vulnérables

MG : Médecin généraliste

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé est un service hospitalier facilitant l'accès immédiat aux soins des personnes en situation de précarité et accompagnant ces personnes dans les démarches de reconnaissance de leurs droits. Une consultation sociale est couplée à une consultation médicale de premier recours.

Recours aux soins : la fréquentation d'un médecin ou d'un service d'urgence d'un hôpital pour des raisons de santé. **Non recours aux soins** : la fréquentation de ces mêmes services que la personne en ressent le besoin ou non.

Renoncement aux soins : le non recours alors que la personne ressent le besoin de se faire soigner (problèmes de santé ou limitation fonctionnelle). Ce renoncement peut avoir de nombreuses causes comme le coût (avance des frais), le temps disponible, le manque de maîtrise de la langue, le sentiment de discrimination..

ANNEXE 1

CANEVAS D'ENTRETIEN

Je vous remercie d'avoir répondu positivement à la demande d'entretien. Mon travail de thèse est d'explorer le vécu du médecin sur la communication avec un patient ne parlant pas la langue française. C'est pourquoi votre pratique m'intéresse tout particulièrement. Je vais donc vous interroger sur votre ressenti, vos expériences. J'ai une liste de thèmes que nous aborderons en fonction du déroulement notre entretien. Si vous le voulez bien, la discussion sera enregistrée, puis retranscrite pour l'analyse. Les données (noms, lieux) seront anonymisées.

CONTEXTE :

Objectif = Connaître les caractéristiques de l'interviewé

Consigne= Si vous le voulez bien, pouvez-vous vous présenter ? (Âge, sexe, type d'exercice, milieu d'exercice, parcours, nationalité, langue maternelle)

-Parlez-vous des langues étrangères ?

-Avez-vous voyagé ?

-Rencontrez-vous beaucoup d'étrangers par jour ?

-Pouvez-vous me dire dans quel contexte vous les recevez ?

LA CONSULTATION :

Objectif = Connaître le vécu de l'interviewé avec la notion de barrière de la langue en médecine

Consigne= Parlez-moi de vos rencontres avec des patients ne parlant pas votre langue ?

-Racontez-moi la dernière fois que vous avez rencontré un patient ne parlant pas français ?

-Comment le vivez-vous ?

-Qu'est-ce que ça change pour vous ?

-Trouvez-vous cela difficile ?

-Pensez-vous que cela puisse être source d'erreur médicale ?

-Vous sentez-vous limité dans la relation médecin-malade ?

-Dans ce cas, qu'est-ce qui vous manque ?

LES AIDES :

Objectif = Identifier les outils utilisés par l'interviewé pour améliorer la communication

Consigne= Quelles solutions utilisez-vous pour passer cette barrière de la langue ?

-Quels outils utilisez-vous pour vous aider ?

-Vous sont-ils utiles ?

-Travaillez-vous avec un réseau de partenaires ?

-Lors de votre formation de médecin, pensez-vous avoir été préparé à cette complexité socioculturelle et linguistique ?

-Avez-vous bénéficié de formations sur la communication ?

-Il se peut que nous n'ayons pas tout abordé, souhaitez-vous me parler d'autre chose ?

ANNEXE 2

L'ORDONNANCE VISUELLE

Une adaptation visuelle de la prescription médicale écrite.

PRESENTATION

Comment prendre le bon médicament, au bon moment, de la bonne façon ?

Comment comprendre une ordonnance quand on ne maîtrise pas bien la lecture et la langue française ?

- pour toute personne qui se trouve seule et démunie face à la gestion de sa prescription médicale.
- En difficultés avec la langue française écrite et orale
- Personne analphabète, illettrée
- Personnes atteintes de surdité
- Personnes âgées
- Personne en situation stress état de grande fatigue, perte de cognition
- Mauvaise lisibilité de l'ordonnance à sa relecture à domicile

L'ordonnance visuelle propose de traduire la posologie détaillée d'une ordonnance grâce à des gommettes de couleur et des pictogrammes accolés sur un tableau. Un dispositif simple qui fait ses preuves pour faciliter les soins et la sécurité des personnes.

L'ordonnance visuelle

Un outil pédagogique favorisant l'autonomie des personnes dans l'accès aux soins

- ✓ accessible
- ✓ mémorisable
- ✓ sécurisante
- ✓ document unique à généraliser dans toutes les officines
- ✓ moins de difficultés dans la prescription des médicaments génériques
- ✓ gain de temps en explication pour le pharmacien

Un autre code de lecture :
pictogrammes, pastilles de différentes couleurs, repères temporels







Préconise :	Matin	Midi	Soir
			
7h 9h 11h 13h 15h 17h 19h	10h 12h 14h 16h 18h 19h 20h 22h 23h	11h 13h 15h 17h 19h 19h 20h 21h 23h 25h	12h 14h 16h 18h 20h 21h 23h 24h 26h 27h 29h 30h 31h
7h 9h 11h 13h 15h 17h 19h	10h 12h 14h 16h 18h 19h 20h 22h 23h 25h	11h 13h 15h 17h 19h 19h 20h 21h 23h 25h	12h 14h 16h 18h 20h 21h 23h 24h 26h 27h 29h 30h 31h
7h 9h 11h 13h 15h 17h 19h	10h 12h 14h 16h 18h 19h 20h 22h 23h 25h	11h 13h 15h 17h 19h 19h 20h 21h 23h 25h	12h 14h 16h 18h 20h 21h 23h 24h 26h 27h 29h 30h 31h
7h 9h 11h 13h 15h 17h 19h	10h 12h 14h 16h 18h 19h 20h 22h 23h 25h	11h 13h 15h 17h 19h 19h 20h 21h 23h 25h	12h 14h 16h 18h 20h 21h 23h 24h 26h 27h 29h 30h 31h

Crédit : L'Oréal Université de la Santé

ANNEXE 3

TRADUCMED

Connexion Inscription Français

OUTIL D'AIDE POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PATIENTS MIGRANTS

ACCUEIL	DOCUMENTS	CONTACTEZ MOI	REVUE DE PRESSE	FORUM
Sélectionnez la langue du patient : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <ul style="list-style-type: none"> Albanais Allemand Anglais Arabe Arménien Bengali Bulgare Chinois Cingalais Croate Danoise Dari Espagnol </div> <div style="flex: 1;"> <ul style="list-style-type: none"> Grec Géorgien Hongrie Italien Malgache Polonais Portugais Roumain Russe Serbe Somalia Suédois Swahili </div> <div style="flex: 1;"> <ul style="list-style-type: none"> Tchèque Turc Vietnamien </div> </div>				

Available on the App Store
 ANDROID APP ON Google play
 RESPECTS 73
 arS Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

TRADUCMED

Connexion Inscription Français

OUTIL D'AIDE POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PATIENTS MIGRANTS

ACCUEIL	DOCUMENTS	CONTACTEZ MOI	REVUE DE PRESSE	FORUM
Anglais Affichage : <input checked="" type="radio"/> Accordéon <input type="radio"/> Liste	<input type="button" value="Afficher toutes les phrases"/>	TROUVER UNE PHRASE <input type="text"/>		
> ACCUEIL > INTERROGATOIRE > ATCD > EXAMEN CLINIQUE > EXAMENS COMPLEMENTAIRES > TRAITEMENT > ORDONNANCE > CONCLUSION > RESULTAT	PROFessions <input type="button" value="Toutes les professions"/>			
DATE Septembre mois Octobre année Novembre Janvier Décembre Février Mars Avril Mai Juin Juillet jours Août semaines				
NOMBRES 13 24 3 14 25 4 15 26 5 16 27 6 17 28 7 18 29 8 19 30 9 20 31 10 21 11 22 1 12 23 2				

ANNEXE 4



DISPOSITIF SOUTENU PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

Demande d'interprétariat à envoyer à ISM CORUM

A l'attention d'ISM CORUM – service Interprétariat Traduction

Interprete@lsmcorum.org

Fax : 04 72 84 78 92

Tél : 04 72 84 78 99

Date de la demande :	
Structure demandeuse :	
Nom de la personne référente :	
N° de téléphone de la personne référente :	
Type d'interprétariat :	sur site / par téléphone (*)
Lieu d'intervention si interprétariat sur site (adresse complète) :	
Date d'intervention :	
Heure d'intervention :	
Langue :	
Nom du professionnel à contacter sur place :	
N° de téléphone du professionnel :	
Nom de l'usager concerné (facultatif)	
Durée prévue :	

(*) Rayer la mention inutile

ISM CORUM – 32 cours Lafayette 69421 Lyon Cedex 03
Interprete@lsmcorum.org – Fax : 04 72 84 78 92 – Tél : 04 72 84 78 99
www.lsmcorum.org



UFR de MEDECINE LYON-EST

**LENG GABRIELLE - EXPERIENCE VECUE DES MEDECINS ET PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE FACE AU PATIENT ALLOPHONE
(ETUDE QUALITATIVE).**

Thèse Médecine; Lyon-Est ; 2017 ; N°192.

RESUME

La communication médecin-patient passe par la parole. Elle peut être source de malentendus et d'incompréhensions avec un patient allophone. L'objectif de ce travail était d'explorer le vécu des médecins face aux différentes barrières rencontrées dans cette problématique. Et l'objectif secondaire était d'étudier leurs expériences pratiques et leurs attentes dans ce contexte. Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été entreprise. De septembre 2016 à février 2017, douze entretiens ont été réalisés auprès d'un échantillonnage varié de médecins (généralistes, urgentistes, de la PASS...) Le critère d'inclusion principal était d'avoir vécu des consultations se heurtant à la barrière linguistique du patient allophone. Cette situation était source de stress. Avec peu de compétences et de moyens pour répondre aux problématiques, linguistique et socio-culturelles rencontrées, le travail était complexe, intense, exigeant, chronophage, de mauvaise qualité, associée à une image de « mauvais médecin ». La relation avec le patient était tendue. Ils se sentaient isolés de leurs confrères et de leurs interlocuteurs sociaux. De nombreux ajustements, source de satisfaction étaient mis en place : adapter le rythme de travail, diminuer la tension émotionnelle, impliquer le patient dans la recherche de communication et le suivi, utiliser des moyens de communication adaptés comme l'interprétariat professionnel, identifier précisément les demandes du patient, assurer un suivi régulier, développer leurs compétences linguistiques, culturelles et sociales. Simplifier le travail à réaliser par le soutien des confrères et des partenaires sociaux. En pratique, les médecins exploitaient des outils de communication à la fois non verbaux et verbaux. Ils recouraient de plus en plus aux outils informatiques, pour une communication a minima. L'interprétariat informel était fréquemment employé alors que l'interprétariat professionnel semblait être la solution idéale, pour préserver la confidentialité du patient, et permettre une interprétation culturelle associée. Mais le coût et la méconnaissance de cette ressource étaient des freins. Par ailleurs, ils souhaitaient : se préserver du burn out ; développer leur compétence linguistique, culturelle et sociale ; enrichir leur réseau de personnes-ressources ; être mieux rémunéré. Il faudrait rendre accessible aux médecins des moyens de communication adaptés, comme un interprétariat professionnel, favoriser la rencontre avec les personnes-ressources, informer des risques psychosociaux, promouvoir le multilinguisme, sensibiliser au dialogue interculturel et à l'accueil des disparités sociales. La prise en charge de ces patients ne pouvait être que globale, biomédicale, psychosociale, linguistique et culturelle, afin d'éviter un vécu difficile pour ces soignants.

MOTS-CLES : communication médecin patient, allophone, risques psychosociaux, interprète, bilinguisme, prise en charge globale, compétence linguistique, compétence culturelle, compétence sociale, médecine, recherche qualitative.

JURY

Président : Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Membres : Monsieur le Professeur Mohamed SAoud

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Monsieur le Docteur Spyros FRANGUIADAKIS

Madame le Docteur Halima ZEROUG-VIAL

Membre invité : Monsieur le Docteur Charles VANBELLE

DATE DE SOUTENANCE : 8 septembre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : 6 grande rue des Feuillants LYON, lagabs1@hotmail.com