

Abstract - Groupe n°05

## **Analyse de l'interaction médecin et interprète dans la médiation culturelle**

Sarai Loewith, Osea Malherbe, Pooja Menon, Chloé Morier, Eva Vögeli

### *Introduction*

Une part, non négligeable, de la population suisse (200'000 personnes) ne parle ni l'une des langues nationales ni l'anglais (1). La barrière linguistique empêche la communication claire entre le médecin et le patient, impactant négativement sa prise en charge (2), raison pour laquelle nous faisons appel aux interprètes communautaires. Ces derniers sont des spécialistes de la traduction en triologie, ils se doivent de traduire tout ce qui est dit (3). Le travail avec ces derniers devrait être privilégié par rapport aux traducteurs informels (p. ex. : membre de la famille), avec qui le risque d'erreurs de traduction est plus grand (l'omission étant la plus courante) (4), ainsi que des limites par rapport à la confidentialité.

Maintenant, qu'en est-il de l'interaction entre médecin et interprète dans cette prise en charge ? Selon les recommandations INTERPRET (3), le déroulement de l'interaction entre un médecin et un interprète devrait suivre trois phases, qui sont : la phase « avant » qui fixe les objectifs de la consultation à venir et l'accord sur le temps imparti, puis le « pendant » qui rappelle la confidentialité, permet d'adopter un positionnement adéquat des trois parties, de parler lentement et simplement ainsi que de s'adresser directement au patient et finalement la phase « après » qui permet de faire le point sur le déroulement de la consultation (3). Ce serait une façon d'optimiser l'interaction entre médecin et interprète, qui, par conséquent, permettrait une meilleure prise en charge du patient. Alors, comment les médecins de premier recours et interprètes communautaires naviguent au travers d'une consultation en triologie sous le prisme de ces trois phases ?

### *Méthode*

Les objectifs de ce travail sont ; d'analyser comment les médecins de premier recours et interprètes interagissent avant, pendant et après une consultation en triologie, d'évaluer l'application ou non des recommandations et d'identifier des solutions concrètes pour optimiser cette interaction. Nous avons procédé avec une approche qualitative en nous basant sur des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés en nous focalisant sur des personnes exerçant dans le canton de Vaud, plus précisément à Lausanne. Afin de contextualiser la problématique, nous avons effectué une revue de la littérature dans les moteurs de recherche PubMed et GoogleScholar. Nous avons effectué 14 entretiens semi-structurés : 3 formateurs de médecins et interprètes (un sociolinguiste, une formatrice d'Appartenances, un Professeur d'Enseignement et Diversité) ; 5 médecins de premier recours, à Unisanté ou USMi (Unité de Soins aux Migrants) ; 2 assistants sociaux travaillant à l'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants pour avoir indirectement un point de vue des patients ; 4 interprètes dont trois étaient communautaires (russe et perse) et une interprète bénévole pour l'ukrainien. Ces entretiens s'intéressaient au déroulement en 3 phases, les différences entre la pratique et la théorie ainsi qu'à des propositions qui optimiseraient une consultation en triologie. L'analyse des données a été réalisée selon une analyse de contenu déductive, de manière indépendante par plusieurs membres du groupe pour s'assurer de la validité des résultats.

### *Résultats*

Premièrement, les 3 formateurs interviewés ont réitéré l'importance de suivre ces recommandations. L'un d'eux nous a notamment communiqué que « si on ne fait pas en trois temps, on fait faux ». Les phases permettent de mettre un cadre et contribuent au professionnalisme du travail d'interprète qui, selon une formatrice d'Appartenances, a permis aux interprètes communautaires d'en faire un métier à part entière. De plus, ils nous confirment qu'en effectuant ces trois phases, les interprètes et médecins peuvent mieux travailler ensemble pour assurer la meilleure prise en charge possible du patient.

Deuxièmement, selon tous les partis interviewés (interprètes, médecins, assistants sociaux et formateurs), il existe un écart important entre les recommandations théoriques et la pratique des consultations médicales en triologie, en particulier les phases avant et après la consultation. L'absence de la phase avant la consultation entrave la qualité de l'interaction car sans cela, l'interprète n'arrive pas à se préparer : « on ne connaît rien du

patient et on doit traduire sans savoir pourquoi on est là ou de quoi il s'agit » nous explique une interprète communautaire. La phase après la consultation, cruciale pour le feedback, est seulement faite quand la consultation se passe mal : s'il y a eu un conflit ou si un professionnel n'est pas satisfait du déroulement de la consultation. En effet, cette phase peut permettre la décharge émotionnelle de l'interprète lorsqu'il a fait face à un vécu traumatisant. Par exemple, une interprète nous a partagé qu'elle s'est sentie mieux après avoir discuté avec le médecin à la suite d'une consultation avec une patiente qui racontait un épisode de violence sexuelle. Cela dit, pendant la consultation, les recommandations sont respectées. La traduction mot-à-mot est préférée mais n'est pas toujours possible selon la littératie du patient, dans ce cas-là un langage simplifié est préféré pour traduire ce que dit le médecin, mais le discours du patient n'est jamais modifié par les interprètes. Ainsi, le médecin peut aussi évaluer l'état psychologique du patient correctement. Par rapport à la nuance culturelle pendant la consultation, les interprètes et assistants sociaux nous signalent que parler la langue du patient n'équivaut pas à connaître sa culture, sujet à clarifier avec le patient. En plus, il existe une formation à part de médiateur culturel, un acteur nécessaire dans certaines consultations délicates.

Troisièmement, plusieurs barrières à l'application des recommandations ont été mentionnées par les médecins, les formateurs et les interprètes communautaires. La plus pertinente selon les médecins et les interprètes, est le manque de temps. Les formateurs de leur côté, mentionnent des barrières plus systématiques notamment ; une difficulté dans la facturation de ce temps ; un manque de connaissance de la nécessité de ces trois temps et une formation pas assez axée sur la pratique.

### *Discussion et conclusion*

Selon nos résultats, nous avons pu observer une différence entre la théorie, dite idéale, et la réalité. Nous avons une concordance au niveau de la satisfaction des interprètes et des médecins qui est ressortie lors des entretiens. Cette satisfaction augmentée lors de présence des interprètes communautaires se retrouve aussi au niveau de la littérature (5). Cependant, certaines discordances subsistent. Nous avons une phase avant et une phase après difficilement réalisables en pratique qui sont jugées nécessaires dans la théorie (3). Cela peut avoir comme explication une méconnaissance ou un manque de temps. Les institutions pourraient jouer un rôle dans la diffusion de connaissance de ces recommandations et elles pourraient jouer un grand rôle dans leur systématisation. Nous avons identifié plusieurs limites à notre étude : les assistants sociaux ne se sont pas sentis aptes à exposer le point de vue des patients et nous avons peu de littérature issue de la Suisse. Un biais d'échantillonnage est que les médecins de premier recours ont des suivis au long terme, ce qui rend les phases avant et après non-nécessaires. Des aspects à améliorer dans cette interaction à trois sont : une formation plus pratique (patient simulé allophone et interprète) ; un rappel des différentes étapes de la consultation à chaque nouvelle demande ; essayer de toujours prendre le temps pour les phases avant et après même si ce n'est que deux minutes et une prise en charge des interprètes par les assurances.

### *Références*

1. OFSP, Division Services de santé et professions, Section Egalité face à la santé (octobre 2021)
2. Kasten MJ, Berman AC, Ebright AB, Mitchell JD, Quirindongo-Cedeno O. Interpreters in Health Care: A Concise Review for Clinicians. *Am J Med.* 2020 Apr;133(4):424-428.e2. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.12.008. Epub 2020 Jan 11. PMID: 31935351.
3. INTERPRET, Le Trialogue Santé - guide de collaboration avec les interprètes communautaire (2011, p. 6 / p.14-17)
4. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev.* 2005 Jun;62(3):255-99. doi: 10.1177/1077558705275416. PMID: 15894705.
5. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* 2007;42(2):727-54. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x

### *Mots clés*

Patients allophones ; trialogue ; interprète communautaire ; médecins de premier recours ; recommandations

Lausanne, le 1<sup>er</sup> juillet 2024

# Analyse de l'interaction médecin et interprète dans la médiation culturelle

Sarai Loewith, Osea Malherbe, Pooja Menon, Chloé Morier, Eva Vögeli

## Introduction

200'000 personnes en Suisse ne parlent ni l'une des langues nationales, ni l'anglais



### Interprètes = nécessité

Car ils ↑ : **qualité** des soins, **l'équité**, **sécurité** du patient

#### Consultation avec interprète, en théorie:

Avant

Pendant

Après

- Informer l'interprète

→ objectifs, durée

- Confidentialité, consentement

• Regard → patient

- Langage simple

- Bilan, assurer suivi

Comment les médecins de premier recours et interprètes communautaires naviguent une consultation en triologie sous le prisme de ces trois phases?

## Méthodologie

Revue de littérature



Entretiens

(N = 14)

Google Scholar + Pubmed

Revue systématique

Articles récents

14 articles



Formateurs



Assistants sociaux:  
point de vue patients



Interprètes



Médecins 1e  
recours

## Résultats

# THÉORIE ≠ PRATIQUE

"Si on ne fait pas en 3 temps, on fait faux"

- Professeur -  
Enseignement et Diversité

"On ne connaît rien du patient et on doit traduire sans savoir pourquoi on est là"

- Interprète

Avant

Pendant

Après

Rarement fait



Bien appliqué

Que si la consultation se passe mal / émotionnellement difficile

### Pourquoi?



Manque de temps



Méconnaissance guidelines



Temps non facturable

## Discussion et conclusion



Bonne satisfaction globale des médecins et interprètes

Mais on peut s'améliorer!

- Formation plus **pratique**
- **Rappel** des **étapes** à chaque demande d'interprète
- Prise en charge des interprètes par les **assurances**

Limites de l'étude:



- **Généralistes:** suivi à long terme avec le même interprète :  
↓ **nécessité phases**
- Littérature : peu d'études locales au niveau de la Suisse
- Pas d'entretiens de **patients**

Intéressé.e.x?



## L'Essentiel pour les médecins

- Informer l'interprète : **durée + objectifs** à l'avance
- Ne pas oublier de **se présenter**
- **Regard** → patient
- **Feedback** à la fin, demander **ressenti** interprète
- Etapes = importantes, **même si manque de temps!**

#### Références:

(1) OFSP, Division Services de santé et professions, Section Egalité face à la santé (octobre 2021)  
 (2) Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. Med Care Res Rev. 2005 Jun;62(3):255-99. doi:10.1177/1077558705275416. PMID: 15894705.  
 (3) INTERPRET, Le Triologue Santé - guide de collaboration avec les interprètes communautaire (2011, p.14-17)  
**Remerciements:** Nous tenons à remercier notre tutrice Caroline Heiniger ainsi que toutes les personnes interviewées.  
**Contacts:** sarai.loewith@unil.ch, osea.malherbe@unil.ch, pooja.menon@unil.ch, chloe.morier@unil.ch, eva.voegeli@unil.ch

Carte de poche ici!