

Les interprètes dans les cabinets suisses de médecine de famille et de pédiatrie

Analyse de la situation actuelle et des besoins, et propositions d'amélioration

Etude mandatée par:
Collège de Médecine de Premier Recours
CMPR
Rue de l'Hôpital 15 / CP 1552
1701 Fribourg

Dr Fabienne Jäger, MPH
FMH Pédiatrie
FMH Prévention et santé publique
Fabienne.jaeger@unibas.ch

Binningen, 30.04.2017

Les interprètes dans les cabinets suisses de médecine de famille et de pédiatrie

Table des matières

Abréviations	3
Résumé	4
I Introduction	6
II Situation initiale	6
Migration et diversité linguistique.....	6
Surmonter les barrières linguistiques dans les soins de santé.....	7
Interprètes professionnels.....	7
INTERPRET, les services d'interprétariat et le Service national d'interprétariat téléphonique	8
Traductions non professionnelles.....	9
Le système de santé suisse: interventions d'interprètes et prise en charge des coûts.....	10
III Méthodologie	13
Objectif.....	13
Démarche générale.....	13
Enquête auprès des médecins de famille et des pédiatres	13
Enquête auprès des services d'interprétariat.....	14
Recherche d'informations auprès des cantons et institutions	14
IV Résultats	15
Enquête auprès des médecins de famille et des pédiatres	15
Participation et répartition	15
Barrières linguistiques et recours à des interprètes.....	15
Conséquences du manque d'interventions d'interprètes	18
Interventions d'interprètes professionnels au cabinet: qui les sollicite?	20
Motifs pour lesquels les médecins ne sollicitent pas d'interventions d'interprètes	23
Financement et offres	25
Besoin non satisfait: pour quels groupes de patients?	29
Minutes d'interprétariat à libre disposition	32
Enquête auprès des services d'interprétariat	33
Expériences des cantons	35
V Mesures recommandées et perspectives	38
Arguments en faveur de l'intervention rémunérée d'interprètes	39
Solutions possibles	41
Information/sensibilisation.....	42
Aspects organisationnels	43
Aspects financiers.....	44
Un pas en avant.....	45
Qui doit payer?	49
Autres approches.....	51
VI Remerciements	53
Références	54

Abréviations

AG	Canton d'Argovie
AI	Canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures
AR	Canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures
BE	Canton de Berne
BL	Canton de Bâle-Campagne
BS	Canton de Bâle-Ville
CMPR	Collège de Médecine de Premier Recours
CSIR	Centre social d'intégration des réfugiés
FR	Canton de Fribourg
GE	Canton de Genève
GL	Canton de Glaris
GR	Canton des Grisons
IC	Interprète communautaire
JU	Canton du Jura
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie
LU	Canton de Lucerne
mfe	Médecins de famille et de l'enfance Suisse
MNT	Maladies non transmissibles
NE	Canton de Neuchâtel
NW	Canton de Nidwald
OFSP	Office fédéral de la santé publique
ONG	Organisation non gouvernementale
OW	Canton d'Obwald
SEM	Secrétariat d'Etat aux migrations
SG	Canton de Saint-Gall
SH	Canton de Schaffhouse
SO	Canton de Soleure
SSP	Société Suisse de Pédiatrie
SZ	Canton de Schwytz
TG	Canton de Thurgovie
TI	Canton du Tessin
UR	Canton d'Uri
VD	Canton de Vaud
VS	Canton du Valais
ZG	Canton de Zoug
ZH	Canton de Zurich

Résumé

A l'heure actuelle, nous ne disposons pas d'une vue d'ensemble au sujet du recours à des interprètes dans les cabinets de médecine de famille et de pédiatrie, d'un éventuel besoin non couvert et des obstacles à un recours approprié aux interprètes.

Une enquête réalisée à l'échelle suisse auprès de 599 médecins de famille et pédiatres révèle que plus de 90% des participants ont au moins une fois par an des consultations au cours desquelles une communication directe adéquate avec le patient, ou avec ses parents dans le contexte de la pédiatrie, est impossible en raison de barrières linguistiques; plus de la moitié des médecins interrogés ont même déclaré être confrontés à cette situation au moins une fois par mois. Près d'un tiers des participants ont signalé l'intervention d'un interprète professionnel au moins une fois par an dans le cadre de leur consultation. La grande majorité des médecins qui ont déploré des consultations sans communication directe possible souhaiteraient d'avantage d'interventions d'interprètes professionnels : au moins une fois par mois pour plus de la moitié d'entre eux et même au moins une fois par semaine pour plus de 10% d'entre eux, avec un besoin non couvert légèrement plus élevé chez les pédiatres. Environ deux tiers des médecins interrogés ont indiqué que le recours à des interprètes permettrait d'économiser des coûts inutiles. Au cours de la dernière année et dans des proportions plus ou moins élevées, les médecins ont confirmé avoir dû renoncer à fournir des conseils préventifs et des informations relatives aux procédures et aux traitements. Ils ne pouvaient savoir si les patients avaient tout compris, et ont été confrontés à des complications. Ils ont dû pratiquer des examens supplémentaires en raison de difficultés de recueil de l'anamnèse ou encore orienter les patients vers des services d'urgences ou des services stationnaires en raison de la barrière linguistique. Toutes ces situations auraient pu être évitées selon eux par la collaboration avec des interprètes professionnels. Seul un cinquième des pédiatres et un peu plus d'un quart des médecins de famille (de l'ensemble du collectif de participants) ont déclaré ne pas avoir rencontré de problèmes ou difficultés interculturels.

Parmi les participants ayant signalé des consultations avec difficultés linguistiques, 34,4% ont déjà au moins une fois fait appel à des interprètes. Toutefois, 57% des interventions d'interprètes, en moyenne, sont sollicitées par des tiers externes, en particulier pour les personnes en procédure d'asile.

Les motifs pour lesquels les médecins ne font pas appel à des interprètes professionnels sont multiples. En tête figurent les aspects organisationnels (58,7%), le manque de couverture financière (53,7%) et la méconnaissance des modalités d'organisation de ces interventions. Par ailleurs, une partie des participants a déclaré que l'organisation de telles interventions n'en valait pas la peine, car les patients viendraient accompagnés d'une personne qui s'occuperait de traduire. L'organisation de ces interventions a souvent été considérée comme fastidieuse et contraignante, et la non-disponibilité en temps voulu d'interprètes pour les langues souhaitées a souvent été déplorée. Le manque de couverture financière a exacerbé certains aspects organisationnels: ainsi, une intervention doit être payée même si le patient ne se présente pas. Env. 50% des participants ne savaient pas qui devait prendre en charge les coûts de l'intervention d'un interprète. Seulement 10% des participants ont affirmé connaître les possibilités de financement pour le recours à des interprètes professionnels. Parmi les participants ayant répondu par l'affirmative

à cette question, la probabilité d'organiser des interventions d'interprètes était 8 fois plus élevée. Seule une minorité des participants qui connaissaient les possibilités de financement (17%) n'y avaient pas recours.

Le canton des GR dispose d'un système de financement qui permet à tous les médecins installés dans le canton de solliciter l'intervention d'interprètes directement auprès du service d'interprétariat 'Verdi', avec une prise en charge des coûts par le canton. Les médecins ont pour seules contraintes administratives de convoquer l'interprète professionnel et de contresigner la fiche d'intervention. Les deux tiers des participants du canton avaient connaissance de ce projet. D'autres cantons subventionnent les services d'interprétation locaux, ce qui abaisse légèrement le tarif horaire (par ex. chez 'Verdi', de 90 CHF à 75 CHF). Dans le domaine de l'asile, ce sont avant tout les cantons de VD et de GE qui sont bien parés pour répondre aux besoins. Dans ces cantons, il n'y a quasiment pas de besoin non couvert en interprètes pour les requérants d'asile. A l'échelle de toute la Suisse, les plus grandes lacunes concernent néanmoins les requérants d'asile et les réfugiés (besoin non couvert en interprètes confirmé par 87,7% des pédiatres et 77,4% des médecins de famille), les autres nouveaux arrivants (pédiatres: 44,3%; médecins de famille: 33,7%) et les patients de la première génération dont le niveau de langue est insuffisant pour les consultations médicales complexes (médecins de famille: 37,2%).

A la question de savoir s'ils auraient recours à un projet qui mettrait à libre disposition des minutes gratuites d'interprétariat, 94,3% des médecins interrogés ont répondu qu'ils y auraient certainement ou potentiellement recours. Parmi eux, 46% préféreraient des interprètes sur place, 10% des minutes d'interprétariat par téléphone, 32,4% un mélange des deux, et les participants restants n'avaient pas de préférence à ce sujet.

Une enquête auprès des services d'interprétariat, qui avait pour objectif de refléter les réponses des médecins et d'en apprendre davantage sur les instruments de financement locaux dont les médecins n'avaient peut-être pas suffisamment connaissance, s'est soldée par un très faible taux de réponses, bien que le questionnaire ait été envoyé par e-mail et par voie postale et fait l'objet d'une relance téléphonique. Il est frappant de constater que de nombreux centres ont indiqué ne pas disposer d'interlocuteur pour ces questions ou devoir faire face à des restructurations des effectifs. Les demandes auprès des cantons, visant à obtenir de plus amples informations, ont fourni des retours plus satisfaisants. Il semblait toutefois qu'une véritable vue d'ensemble fasse défaut à certains endroits.

Le modèle gagnant appliqué par les GR montre que des modèles de financement d'interprètes bien organisés peuvent être couronnés de succès. Certains points essentiels doivent néanmoins être respectés: une *organisation* simple, qui répond également aux besoins du corps médical (peu de démarches à accomplir et disponibilité relativement rapide et au bon moment d'interprètes professionnels); une *prise en charge financière* complète; une bonne *information* de toutes les personnes impliquées via différents canaux. Les services d'interprétariat ont eux aussi besoin d'une marge suffisante pour pouvoir prendre leurs dispositions face à une augmentation potentielle des demandes. Face à la pression économique qui pèse sur les cantons et pour obtenir une certaine harmonisation solidaire, l'issue la plus judicieuse serait vraisemblablement de trouver une solution nationale.

I Introduction

Une relation médecin-patient fructueuse paraît difficilement envisageable sans une bonne compréhension. L'importance primordiale de la santé est universellement reconnue. Les barrières linguistiques dans les soins ambulatoires semblent néanmoins fréquentes. Une partie d'entre elles peuvent certes être surmontées grâce à des interprètes amateurs, mais il y a toutefois consensus sur le fait qu'un interprète professionnel serait utile, si ce n'est nécessaire, dans bon nombre de situations. Cette étude a évalué la situation en premier lieu depuis la perspective des médecins de famille et des pédiatres installés car, alors que ce groupe de professionnels assure une part déterminante des soins de santé, l'accès aux interprètes pour leurs patients allophones semble insuffisant dans le cadre des soins ambulatoires.

II Situation initiale

Migration et diversité linguistique

La Suisse se distingue par sa diversité linguistique et culturelle, qui est accentuée par la proportion élevée d'étrangers. En 2015, 24,6% de la population résidente permanente étaient d'origine étrangère [1]. La plupart de ces étrangers (68%) sont originaires de pays membres de l'Union Européenne (UE)/Association européenne de libre-échange (AELE), avant tout d'Italie, d'Allemagne et du Portugal [2]. Ainsi, pour l'année 2015, le solde migratoire s'élevait à 71 495 personnes, qui étaient le plus fréquemment originaires de France, d'Italie et du Portugal [2].

En 2015, 39 523 personnes ont déposé une demande d'asile en Suisse. La plupart d'entre elles étaient originaires d'Erythrée (9'966), d'Afghanistan (7'381), de Syrie (4'745) et d'Irak (2'388), suivis du Sri Lanka (1'878), de la Somalie (1'254) et d'autres pays, tels que le Nigéria (970) et la Gambie (968). A la fin 2015, 40 277 réfugiés reconnus (permis B et C) vivaient en Suisse. Parmi les 66 352 personnes en procédure d'asile à la fin 2015, 33'059 possédaient le statut d'admission provisoire [3].

A côté des quatre langues nationales, les migrations et l'intégration sont à l'origine d'une diversité linguistique supplémentaire. Ainsi, en 2014, d'après une enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la langue, la religion et la culture, quatre personnes sur 10 (38%) résidant en Suisse et âgées d'au moins 15 ans parlaient, écrivaient, écoutaient ou lisaient au moins une fois par semaine dans deux langues, une personne sur cinq (19%) dans trois langues et 7% au moins dans quatre langues. En particulier les jeunes (âgés de 15 à 24 ans: 79% maîtrisaient plusieurs langues), les personnes avec une formation tertiaire (76%) et les personnes actives (72%) utilisaient proportionnellement le plus souvent plusieurs langues, de même que les migrants de la deuxième génération ou plus (84%). L'anglais est particulièrement populaire chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans: 63%). Cette langue est toutefois aussi souvent utilisée par les personnes actives et celles ayant un diplôme du degré tertiaire (62%). L'espagnol (6%), le portugais (5%), ainsi que

les langues des pays balkaniques (3%) comptent parmi les autres langues étrangères les plus souvent utilisées en Suisse [4].

Ainsi, alors qu'en particulier les personnes originaires des pays voisins sont souvent capables de s'exprimer dans une langue nationale de la Suisse et que les travailleurs bien qualifiés («expatriés») peuvent souvent s'exprimer en anglais, le manque de connaissance des langues nationales ou d'une langue alternative usuelle telle que l'anglais chez une partie des migrants peut limiter la communication avec la population locale et avec les prestataires de service, institutions et autorités du pays hôte.

Surmonter les barrières linguistiques dans les soins de santé

Une médecine qualitative est difficilement concevable sans compréhension linguistique. L'anamnèse fournit généralement des indications importantes pour le diagnostic et influence ainsi fortement les examens et traitements prescrits. En cas de compréhension limitée, des examens et traitements inutiles ou inadéquats peuvent être prescrits, ce qui génère non seulement des coûts supplémentaires, mais peut également se révéler délétère pour le patient. Une bonne communication est également indispensable pour la suite du plan thérapeutique. En particulier dans le domaine ambulatoire, le médecin traitant doit pouvoir avoir la certitude que les instructions concernant les médicaments et procédures ont été totalement comprises. En cas de doute quant au fait que le patient ait bien compris les instructions relatives au traitement et à la nécessité de se représenter en cas d'évolution défavorable, il n'y a parfois pas d'autre solution que l'hospitalisation. Même dans ce cas de figure, les patients allophones sont plus fréquemment victimes d'incidents médicaux [5].

En cas de consultation médicale avec incompatibilité linguistique, autrement dit de consultation lors de laquelle le médecin traitant et le patient ne maîtrisent pas les mêmes langues, il convient dans l'idéal de faire appel à un interprète compétent.

Interprètes professionnels

L'intervention d'interprètes professionnels présente divers avantages et est généralement recommandée [6].

Parmi ces avantages, il convient tout particulièrement de mentionner:

- Garantie d'une bonne qualité de traduction (y compris des contenus complexes) et de communication [7].
- Possibilité d'aborder des aspects intimes, psychologiques ou sociaux, qui peuvent ne pas être traités suffisamment en présence d'amis ou de membres de la famille.
- Réduction du risque que des informations soient volontairement passées sous silence par l'interprète laïc.
- Moins de prescriptions et d'hospitalisations inutiles [8].
- Plus grande satisfaction des patients (le personnel est aussi perçu comme plus ouvert/serviable) [9].
- La médiation interculturelle permet également de tenir compte de différences culturelles [10].

- Meilleure adhérence/observance, dans ce sens que les patients se représentent chez le médecin et font usage de l'offre de prévention recommandée [6, 11].
- Plus courtes durées d'hospitalisation et moins de ré-hospitalisations [12].
- Possibilité d'explication adéquate des interventions médicales, de recueil satisfaisant de l'anamnèse et d'explication des procédures et traitements.
- Surmonter la barrière linguistique permet une amélioration générale de la qualité de prise en charge [6].

Outre les difficultés purement linguistiques, il peut également y avoir des malentendus culturels et des incertitudes, lorsque le personnel médical et le patient ne partagent pas la même culture. En plus de la traduction de la langue, les interprètes professionnels en Suisse sont également formés à la médiation et traduction interculturelles. Pour mettre en avant le fait que les interprètes ne se contentent pas de transposer les paroles prononcées dans une autre langue mais tiennent également compte du contexte social et culturel des personnes participant à la discussion, le terme «interprète communautaire» ou «interprète communautaire et médiateur interculturel » est également utilisé en Suisse à la place du terme «interprète professionnel» [10]. Dans le cadre de ce travail, nous utilisons les termes de manière équivalente. Etant donné que tous les interprètes professionnels ne sont pas formés à l'interculturalité, nous utilisons généralement le terme «interprètes professionnels». De même, par souci de lisibilité, nous utilisons uniquement la forme masculine, mais elle désigne les deux genres.

Parmi les inconvénients qu'implique l'intervention d'interprètes figurent les coûts occasionnés et, pour les interprètes intervenant sur place, l'organisation: il n'est pas toujours possible de faire venir suffisamment vite les interprètes professionnels. Pour les situations d'urgence, les interventions brèves et les situations dans lesquelles un contact direct avec l'interprète n'est pas souhaité, il est possible de recourir au Service national d'interprétariat téléphonique (0842 442 442; voir ci-dessous), qui est payant. D'une manière générale, l'intervention d'interprètes professionnels améliore clairement la qualité des traitements [6]. Plus la personne qui traduit dispose d'une bonne formation, moins les erreurs de traduction, avec des conséquences négatives potentielles, sont nombreuses [7].

INTERPRET, les services d'interprétariat et le Service national d'interprétariat téléphonique

Fondée en 1999, INTERPRET, l'association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle, forme des IC et les certifie. L'institution promeut la qualité de l'interprétariat communautaire en fixant des standards de qualité, en surveillant la qualité et en organisant des formations continues. Elle accompagne des projets et collecte les données de divers services d'interprétariat locaux. En Suisse, il existe 18 services d'interprétariat régionaux, qui dépêchent des interprètes certifiés pour des interventions sur place, par ex. dans des hôpitaux, des écoles ou des administrations [10].

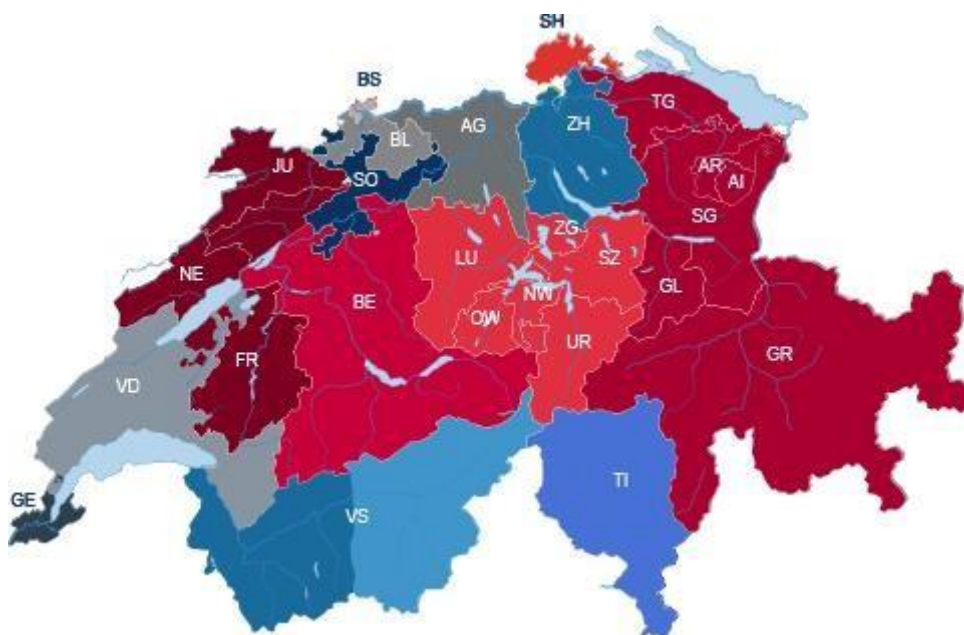


Fig.1: Zones couvertes par les différents services d'interprétariat régionaux.

Source: Migesexpert/INTERPRET

<http://www.migesplus.ch/fr/migesexpert/communication-interpretariat/recherche-dinterpretes/services-dinterpretariat-regionaux/>

Le Service national d'interprétariat téléphonique (0842 442 442) propose 24h/24 365 jours/an des traductions par téléphone dans plus de 50 langues. La centrale téléphonique d'interprètes se charge de la mise en relation avec un traducteur dans la langue souhaitée. Une fois la mise en relation établie, un appel coûte au minimum 30 CHF et à partir de 10 minutes, la prestation est facturée à 3 CHF/minute [13].

Ce service présente l'avantage d'être rapidement disponible, de permettre un certain anonymat et de convenir également pour des traductions courtes [10]. En outre, il n'y a pas de frais de déplacement. En cas d'urgence par ex., grâce à la disponibilité rapide, il est également plus attractif pour les conversations de courte durée que la convocation d'un interprète professionnel sur place.

En Allemagne et en Autriche, il existe en plus un service d'interprétariat vidéo (www.videodolmetschen.com). Celui-ci allie l'avantage de la disponibilité rapide, y compris pour les interventions brèves, à la possibilité de tenir compte du langage corporel et de l'attitude dans la traduction interculturelle, grâce aux images.

Des informations supplémentaires sur l'interprétariat communautaire sont disponibles sur www.inter-pret.ch

Traductions non professionnelles

Il n'est pas toujours possible de faire appel à des interprètes professionnels face à des patients allophones. Par conséquent, il est fréquent que des amis et des membres de la famille se chargent de la traduction. Ces personnes accompagnent généralement le patient et il n'est alors pas toujours garanti que le patient puisse parler librement en leur présence et que les personnes accompagnantes

comprennent vraiment tout et le traduisent ou même que des informations ne soient pas volontairement passées sous silence (censure) ou ne soient pas mal transmises, par ex. pour ne pas inquiéter un proche. La qualité de telles traductions laisse souvent à désirer. Il n'est dès lors pas étonnant qu'il y ait davantage d'erreurs de traduction, avec des conséquences négatives potentielles pour le patient, en cas de traductions non professionnelles qu'en cas de traductions professionnelles [7, 14] et que des examens inutiles soient plus souvent prescrits même en cas de traductions non professionnelles *ad hoc* [6]. Certaines traductions sont même éprouvantes pour des interprètes professionnels [15], mais la situation devient particulièrement difficile lorsque des mineurs doivent traduire les paroles de membres de leur famille malades au sujet de thèmes délicats ou lourds. Il convient globalement de tenir compte du risque de conflits de loyauté, de tabous socioculturels (les diagnostics graves ne peuvent pas être avoués) et contraintes socioculturelles, ainsi que de la censure et du taux élevé d'erreurs [7, 16].

Il est également fréquent d'utiliser le personnel présent pour assurer une interprétation *ad hoc*. Alors que ces traductions sont souvent rapidement disponibles, les traducteurs ne sont généralement pas formés à cette tâche supplémentaire et doivent l'accomplir à côté de leur activité normale. Sur ce point, il convient de faire la distinction entre le personnel n'ayant pas de formation médicale et le personnel ayant une formation médicale, cette dernière catégorie devant clairement être privilégiée (d'autant plus en cas de formation à la traduction), car elle dispose du vocabulaire nécessaire et est habituée aux rapports avec les patients [17].

Les outils en ligne [16], tels que Google translate, peuvent uniquement être utilisés de façon limitée, car la qualité de la traduction est souvent insuffisante et elle n'est pas évaluable par le personnel médical. Ils impliquent en plus que le patient sache lire. Il existe également des applications et des guides de conversation.

Il est communément admis qu'il convient dans l'idéal de faire appel à des interprètes professionnels, ce qui est d'autant plus essentiel que la portée de la conversation est lourde et que sa complexité est élevée [17].

Le système de santé suisse: interventions d'interprètes et prise en charge des coûts

Depuis 2002, l'Office fédéral de la santé publique tente d'améliorer la santé et les soins de santé de la population migrante dans le cadre du programme national «Migration et santé» [18]. Outre la prévention et la promotion de la santé, la recherche et la promotion des compétences spécifiques aux migrations du personnel médical, le recours approprié aux IC est également un objectif de la stratégie actuelle pour aboutir à une égalité des chances. INTERPRET, le Service national d'interprétariat téléphonique et les formations continues sont notamment soutenus financièrement [18].

Le recours à des interprètes professionnels dans le domaine de la santé dépend de multiples facteurs: le niveau de compréhension pouvant être obtenu sans l'aide d'un interprète; la sensibilisation du personnel traitant ou des institutions vis-à-vis du

recours à des interprètes professionnels; les conditions-cadres générales, y compris les possibilités de financement.

A l'heure actuelle, les coûts des interventions d'interprètes ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire [19]. Cela est également appuyé par un arrêt du Tribunal fédéral (31.12.2002), selon lequel les coûts de traduction ne relèvent pas de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Une révision de la LAMal serait nécessaire pour que les coûts liés aux IC puissent être pris en charge. Toutefois, en 2008, une initiative parlementaire (Menétrey) qui exigeait la prise en charge des coûts liés aux interventions d'interprètes dans le cadre des consultations médicales, soit par les pouvoirs publics soit par l'assurance de base, a été rejetée [19].

La loi sur l'assurance-accidents est formulée de manière moins restrictive, raison pour laquelle les interprètes peuvent également être considérés comme des prestataires de service et les coûts de traduction générés peuvent alors être pris en charge si l'objectif diagnostique ou thérapeutique l'exige [19].

Etant donné que les hôpitaux publics ont l'obligation d'admission et de traitement, ils doivent assurer une traduction interculturelle en cas de besoin. Ils peuvent uniquement répercuter les coûts d'interprétariat sur les patients s'il existe une réglementation juridique [19]. Les cliniques privées et les médecins exerçant dans le privé peuvent conclure un accord avec le patient s'ils ne veulent pas assumer les coûts eux-mêmes ou refuser de procéder à un traitement électif [19].

Différents cantons (par ex. BE, SO, UR, VD, ZG) régissent dès lors le financement dans le contrat de prestations avec leurs hôpitaux [20]. Certains hôpitaux payent les interprètes à partir du budget global et ont recours à des fonds de tiers (par ex. Olten) [21]. Différents hôpitaux ont instauré un fonds supplémentaire.

Dans les hôpitaux, les interventions d'interprètes professionnels sont réparties pour env. 1/5 en gynécologie-obstétrique, pour 1/5 en pédiatrie, pour 1/3 en psychiatrie et pour près de 1/3 en médecine somatique adulte, avec une répartition variable en fonction des régions [22]. Les interprètes professionnels sont particulièrement sollicités pour les patients gravement malades et ceux ayant une faible compétence en matière de santé (*health literacy*) [22]. En outre, les chiffres indiquent que des interprètes professionnels sont proportionnellement plus souvent sollicités dans les hôpitaux de Romandie [22].

En particulier dans le domaine des traductions *ad hoc*, les employés des services de santé issus de la migration contribuent aussi de manière essentielle à la compréhension mutuelle. Leur présence peut sans doute aussi apporter un soulagement sur le plan émotionnel et aider à comprendre des différences culturelles, mais elle présente les inconvénients mentionnés plus haut. Plusieurs hôpitaux possèdent des listes des collaborateurs multilingues [20].

Certains hôpitaux affectent aussi volontairement les médecins de langue étrangère aux consultations pour migrants [23], ce qui réduit le besoin en interprètes, mais implique que certains groupes de patients sont préférentiellement convoqués lors d'une demi-journée précise. Par ailleurs, il convient de mentionner que de nombreux migrants bien formés travaillent en particulier dans le secteur de la santé et compensent ainsi un déficit en main d'œuvre qualifiée. Les consultations

assurées par des médecins parlant la même langue que les patients augmentent le nombre d'informations que les patients retiennent après la consultation et le nombre de questions qu'ils posent [24].

Ainsi, tandis que les hôpitaux peuvent faire appel à diverses ressources, les médecins installés en cabinet n'ont généralement pas cette possibilité. Les possibilités de financement sont limitées et le pool de collaborateurs de langue étrangère est beaucoup plus restreint.

III Méthodologie

Objectif

L'objectif principal de l'étude était de déterminer dans quelle mesure des interprètes professionnels sont nécessaires dans les cabinets de médecine de premier recours, autrement dit de médecine de famille et de pédiatrie. Par ailleurs, cette étude devait permettre d'identifier les raisons qui limitent le recours à des interprètes professionnels et les types de financement existants.

Démarche générale

Dans un premier temps, l'Office fédéral de la santé publique (section Migration) et INTERPRET ont été contactés. Ils ont confirmé d'une part qu'il existait un manque de connaissances concernant le recours à des IC dans le domaine de la médecine de premier recours et d'autre part que le recours à ces professionnels était insuffisant. L'on peut également penser au manque de financement ainsi que des connaissances insuffisantes des médecins concernant les prestations de service existantes.

Dans un second temps, les services d'interprétariat ont été contactés et l'enquête a été réalisée auprès des médecins de famille et des pédiatres. Des pistes relatives aux possibilités de financement des interventions d'interprètes dans les cabinets médicaux ont également été recherchées.

Enquête auprès des médecins de famille et des pédiatres

Un questionnaire a été développé et mis en ligne sur Findmind (www.findmind.ch), en ciblant tout particulièrement les médecins de premier recours. Le questionnaire a été rédigé en langue allemande et a fait l'objet d'une traduction professionnelle en français et en italien. Un essai a eu lieu avant l'envoi officiel. La Société Suisse de Pédiatrie (SSP) et l'association professionnelle Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe) ont mis à disposition leurs listes d'adresses et ont envoyé les invitations aux médecins pour qu'ils remplissent l'enquête en ligne. Les membres de la SSP et de mfe ont reçu le lien vers le questionnaire en février/mars 2017. Etant donné que certains pédiatres sont à la fois membres de mfe et de la SSP, les adresses des doubles membres ont été conservées dans un premier envoi de mfe. Le premier envoi de mfe englobait dès lors 3'443 internistes et généralistes germanophones et 915 internistes et généralistes francophones, ainsi que 500 pédiatres installés. Les membres de mfe italophones indiquent normalement s'ils veulent être inscrits en allemand ou en français et ils reçoivent la newsletter de mfe dans la langue choisie, mais ils avaient la possibilité de remplir le questionnaire en italien. Le premier envoi de la SSP (14.02.17) englobait 647 adresses, parmi lesquelles 34 pédiatres italophones, 395 pédiatres germanophones et 218 pédiatres francophones. Le deuxième envoi, qui incluait également les doubles membres, englobait au total 1 020 destinataires.

Dans la mesure où la SSP a obtenu de bien meilleurs retours, il a été décidé que la SSP se chargerait du deuxième envoi à l'attention de tous les pédiatres qui sont également membres de mfe.

Grâce au rappel envoyé 2 semaines plus tard (02.03.17), l'association professionnelle mfe est également parvenue à augmenter fortement les retours en faisant apparaître l'enquête de manière plus évidente dans la newsletter de mfe. La SSP a toujours envoyé des e-mails, dont le contenu portait exclusivement sur le questionnaire. Un e-mail de rappel supplémentaire était impossible pour mfe. Entre 5 et 10 minutes étaient nécessaires pour répondre au questionnaire en ligne. Le questionnaire était complété de façon anonyme. Une analyse descriptive des données a été réalisée au moyen de Stata IC 14.

Enquête auprès des services d'interprétariat

En Suisse, il existe 18 services d'interprétariat communautaire régionaux, avec un service supplémentaire en charge du Service national d'interprétariat téléphonique. Afin d'obtenir une perspective supplémentaire, tous ces services ont été interrogés. Etant donné qu'ils devraient généralement être informés des instruments de financement possibles dans leurs cantons respectifs, instruments que les médecins installés en cabinet ne connaissent peut-être pas, cette enquête avait pour objectif d'obtenir une meilleure vue d'ensemble de la situation dans les cantons.

Cette enquête avait pour but de déterminer si des interprètes intervenaient chez les pédiatres et médecins de famille, qui payait leurs prestations dans le domaine de la santé, s'il existait des possibilités de financement dans les cantons respectifs des services d'interprétariat (par ex. pour les requérants d'asile), s'il existait des lacunes en matière de financement, quelles étaient les langues les plus souvent traduites et pour quelles langues il y avait une pénurie, combien de temps de préparation était nécessaire pour organiser une intervention et quel était le délai minimal nécessaire pour les interventions urgentes, quels étaient les obstacles s'opposant un recours plus fréquent aux interprètes professionnels et quelles étaient les suggestions que les services d'interprétariat pouvaient faire.

Le questionnaire a été envoyé aux institutions par e-mail le 17.11.2016 par le Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR), dans la langue respective de chaque institution. Etant donné que seuls deux questionnaires remplis ont été retournés suite au premier e-mail et qu'une institution (ald Ausländerdienst, BL) a répondu qu'elle s'occupait uniquement des expertises pour l'AI, une deuxième tentative a été entreprise en envoyant un courrier postal le 25.01.2017 (à toutes les institutions qui n'avaient pas répondu, hormis le Service national d'interprétariat téléphonique). Toutefois, vu que les retours ne se sont pas améliorés suite à ce courrier, tous les services d'interprétariat ont encore été contactés par téléphone par le CMPR entre fin mars et avril 2017. Lorsque les personnes responsables ne pouvaient pas être jointes, un autre e-mail a en général été envoyé. Le Service national d'interprétariat téléphonique a été contacté une seconde fois par e-mail.

Recherche d'informations auprès des cantons et institutions

Afin de vérifier des données contradictoires, des pistes de modèles de financement ou certains renseignements, certains cantons et institutions pour requérants d'asile ont été contactés. Plus des $\frac{3}{4}$ des cantons sollicités ont répondu.

IV Résultats

Enquête auprès des médecins de famille et des pédiatres

Participation et répartition

Au total, 628 médecins ont participé à l'enquête. Parmi eux, ont été exclus des analyses ultérieures 10 pédiatres hospitaliers n'exerçant pas en cabinet, 2 médecins scolaires, 15 médecins n'ayant pas d'activité clinique (retraite/recherche), 1 médecin qui n'était ni médecin de famille ni pédiatre et un participant n'ayant pas indiqué sa fonction. Parmi les 599 médecins restants, 351 étaient médecins de famille (58,6%) et 247 pédiatres en cabinet (41,2%), incluant également les médecins exerçant en polycliniques ambulatoires en dehors des hôpitaux. En outre, un participant ayant indiqué qu'il effectuait un assistantat au cabinet médical sans préciser s'il s'agissait de la médecine pour adultes ou pour enfants a été inclus dans les analyses combinées. Les médecins exerçant à la fois à l'hôpital et en cabinet ont été priés de tenir uniquement compte de leur activité en cabinet dans le cadre de ce questionnaire. Parmi les répondants, les femmes et les hommes étaient équitablement représentés (262 hommes, 50,1%).

Des médecins de premier recours de tous les cantons, à l'exception du petit demi-canton d'AI (seulement env. 16 000 habitants), ont participé, ce qui indique une bonne couverture de l'ensemble de la Suisse. Par ailleurs, 71,3% des participants ont répondu au questionnaire en allemand, 25,9% en français et 3% en italien, cette dernière langue ayant ainsi été quelque peu sous-représentée malgré l'existence du questionnaire italien. Une personne a indiqué qu'elle utilisait principalement le romanche dans le cadre de son travail. Parmi les médecins participants, 45,2% travaillaient en ville, 29,6% en agglomération périurbaine et 25,2% à la campagne.

Barrières linguistiques et recours à des interprètes

L'enquête révèle que les consultations lors desquelles une communication directe de bonne qualité avec le patient, ou les personnes référentes dans le contexte de la pédiatrie, est impossible en raison de barrières linguistiques correspondent à une réalité de la pratique quotidienne en cabinet. Il est certes fait appel à des interprètes professionnels, mais le besoin en traduction n'est toutefois pas toujours couvert. Il y a une différence considérable entre les pédiatres et les médecins de famille : ainsi, le pourcentage de médecins de famille ayant indiqué qu'ils n'étaient jamais confrontés à des consultations avec difficultés linguistiques sans communication directe possible ou qu'ils étaient confrontés à ce scénario moins d'une fois par an était près de quatre fois plus important que celui des pédiatres. Les pédiatres ont aussi davantage indiqué (36,8% vs 26,8%) qu'ils devaient faire face à de telles consultations au moins une fois par semaine (tableau 1).

Seuls les participants ayant indiqué qu'ils étaient confrontés au moins une fois par an à des consultations lors desquelles une communication directe serait impossible sans traduction ont été interrogés sur la fréquence du recours effectif à des

interprètes, sur les besoins non couverts et sur le potentiel d'économie de coûts en présence d'un interprète professionnel.

Nettement moins de 30% de ces médecins de famille ont indiqué que des interprètes étaient intervenus dans leurs consultations au cours de la dernière année, alors que cette proportion s'élevait à plus de 40% pour les pédiatres. Le pourcentage de praticiens ayant indiqué la présence d'un interprète au moins une fois par mois était près de deux fois plus élevé pour les pédiatres par rapport aux médecins de famille.

La majorité des médecins ayant indiqué qu'ils prenaient en charge des patients allophones avec des barrières linguistiques ont confirmé qu'il y a un besoin non couvert en interventions d'interprètes (total 87,8%; 85,6% des médecins de famille et 91,2% des pédiatres). En considérant tous les participants, c.-à-d. également ceux qui ne sont pas confrontés à des barrières linguistiques (totalité des participants), les proportions restent élevées: 73,5% (440/599) de la totalité des participants, 69,2% (243/351) des médecins de famille et près de 4/5 des pédiatres (79,5%; 196/247) ont affirmé être confrontés au moins une fois par an à ce déficit. Env. 1/3 de tous les médecins participants (196/599) ont indiqué avoir un besoin en interprètes 1-3x/mois et 11,1% ont même indiqué qu'ils avaient un besoin en interprètes au moins 1x/semaine. Globalement, cela signifie que la moitié des participants jugeraient souhaitable une intervention d'interprète supplémentaire au moins 1x/mois.

Le recours à des interprètes professionnels a certes un coût, mais il a également le potentiel de faire économiser des coûts de santé. Les deux tiers des médecins ayant répondu à cette question considèrent que le recours à des interprètes professionnels au moins 1x/an (285/423, 67,3%) permettrait une économie potentielle des coûts de la santé ; un quart des participants ont même estimé qu'il y avait un potentiel d'économie en cas d'intervention d'interprètes au moins 1x/mois.

Tableau 1: Fréquence des consultations

Fréquence des consultations sans communication directe									
p<0.001 (médecins de famille vs. pédiatres)	Nbre total	< 1x/an		min. 1x/an (<1x/mois)		min. 1x/mois (<1x/sem.)		min. 1x/semaine	
Total	599	55	9.2%	153	25.5%	206	34.3%	185	30.9%
Médecins de famille	351	46	13.1%	87	24.8%	124	35.3%	94	26.8%
Pédiatres	247	9	3.6%	66	26.7%	81	39.5%	91	36.8%
Fréquence d'intervention d'interprètes									
p=0.003 (médecins de famille vs. pédiatres)	Nbre total	< 1x/an		min. 1x/an (<1x/mois)		min. 1x/mois (<1x/sem.)		min. 1x/semaine	
Total	506	338	66.8%	120	23.7%	41	8.1%	7	1.4%
Médecins de famille	286	210	73.4%	56	19.6%	17	5.9%	3	1.1%
Pédiatres	219	127	58.9%	64	29.2%	24	11.0%	2	1.8%

Fréquence d'intervention d'interprètes souhaitée mais actuellement pas disponible									
p=0.06 (médecins de famille vs. pédiatres)	Nbre total	< 1x/an		min. 1x/an (<1x/mois)		min. 1x/mois (<1x/semaine)		min. 1x/semaine	
Total	501	61	12.2%	177	35.3%	196	39.1%	67	13.4%
Médecins de famille	285	42	14.7%	105	36.8%	107	37.5%	31	10.9%
Pédiatres	215	19	8.8%	72	33.5%	88	40.9%	36	16.7%
Fréquence d'économies potentielles avec des interventions d'interprètes supplémentaires									
p=0.66 (médecins de famille vs. pédiatres)	Nbre total	< 1x/an		min. 1x/an (<1x/mois)		min. 1x/mois (<1x/semaine)		min. 1x/semaine	
Total	423	138	32.6%	176	41.6%	92	21.8%	17	4.0%
Médecins de famille	234	73	31.2%	104	44.4%	48	20.5%	9	3.9%
Pédiatres	188	65	34.6%	72	38.3%	43	22.9%	8	4.3%

Il a été demandé aux participants d'estimer le nombre approximatif d'interventions effectives mais également souhaitées. Pour les deux réponses, il y avait une répartition très inégale, avec des excursions vers le haut. Sur les 167 participants qui se sont exprimés au sujet des consultations existantes, la moyenne s'élevait à 16,8 consultations par an, mais la médiane était de 5/an. Cette répartition est attribuable à quelques rares participants: c'est ainsi qu'un participant a par ex. indiqué qu'il assurait env. 29 consultations avec des interprètes par mois car il s'occupe de requérants d'asile pour le compte de son canton, ce qui correspond à plus de 300 interventions d'interprètes par an. Dans l'ensemble, six participants ont indiqué plus de 100 interventions d'interprètes par an. De même, concernant la question du besoin non couvert en interventions d'interprètes, à laquelle 440 participants ont répondu, seuls 23 ont indiqué plus de 100 interventions souhaitées par an et la médiane s'élevait à 12 interventions par an.

Si l'on considère que 9,2% de tous les participants ont indiqué ne pas être confrontés à des barrières linguistiques considérables et que parmi les autres, seuls 33,2% profitent d'interventions d'interprètes et 87,8% souhaitent davantage d'interventions d'interprètes, il s'avère, sur la base des moyennes, que le nombre d'interventions effectives d'interprètes par médecin de premier recours s'élève à 5 et le nombre d'interventions souhaitées (supplémentaires) à 23/an (total 28/an).

Les chiffres révèlent également qu'avec 15 interventions/an, le besoin de 50% des médecins de premier recours confrontés à des consultations sans communication directe possible serait satisfait (tableau 2). Il convient toutefois de noter que ces chiffres sont des estimations approximatives.

Tableau 2: Estimation approximative du nombre d'interventions

Percentiles	Interventions effectives N=167	Interventions souhaitées N=440	Interventions totales N= 450
P 10	2	2	3
P 25	3	5	5
Médiane (p 50)	5	12	15
P 75	12	36	48
P 90	36	72	83
P 95	48	120	125
Max	348	360	372
Moyenne	16,8	30,1	35,7

Conséquences du manque d'interventions d'interprètes

La présence d'interprètes professionnels peut aider à éviter des situations qui affectent la qualité de la prise en charge. La question portant sur les situations rencontrées au moins une fois au cours de l'année passée et dues à la barrière linguistique en l'absence d'interprètes professionnels a été posée aux participants ayant déclaré des consultations avec incompatibilité linguistique, et 504 personnes y ont répondu.

Plus de 90% des participants ont indiqué avoir été en proie à des doutes quant à savoir si le patient ou la famille avait tout compris. Le sentiment de ne pas pouvoir prendre en charge suffisamment les patients et familles en raison de la barrière linguistique a été confirmé par 3/4 des médecins de famille et 4/5 des pédiatres. Ainsi, près de 2/3 des praticiens ont été confrontés à des difficultés dans la pose du diagnostic en raison d'obstacles lors de l'anamnèse, cette situation semblant être légèrement plus fréquente chez les médecins de famille (75,5%). En conséquence, ils ont également déjà prescrit davantage d'examen supplémentaires (médecins de famille 38,5% vs pédiatres 28,6%), car l'anamnèse était restée lacunaire. Globalement, cela signifie qu'1/3 des participants ayant répondu à cette question et 28,9% de l'ensemble des participants (totalité des participants) ont prescrit au moins une fois au cours de l'année écoulée des examens supplémentaires qui auraient dû pouvoir être évités avec l'aide d'un interprète professionnel.

Le renoncement à dispenser des conseils préventifs a été indiqué dans 55,8% des cas (totalité des participants 46,9%) et le renoncement à fournir des informations relatives à la maladie, au traitement et aux procédures dans 62,3% des cas (totalité des patients 52,4%).

Des complications qui auraient été évitables en l'absence de barrière linguistique ont été rapportées par près de 1/5 des répondants (17,9%; totalité des participants 15%). En outre, 11,1% des pédiatres répondants et 6,6% des médecins de famille répondants ont indiqué avoir déjà prescrit des hospitalisations pour éviter de telles complications lorsqu'ils doutaient de l'observance en raison de problèmes de compréhension linguistique (totalité des participants pédiatres 9,7%; totalité des participants médecins de famille 5,4%). Dans près de 10% des cas (9,3%; totalité des participants: 7,8%), des patients ont aussi été adressés au service des urgences en raison d'un manque de compréhension linguistique.

Près de 90% (88,1%) des répondants (79% de la totalité des participants) ont indiqué des durées de consultation prolongées en raison de la barrière linguistique.

Sur les 504 participants ayant répondu à ce bloc de questions, seuls moins de 1% ont indiqué ne jamais rencontrer de telles situations.

Parmi les médecins ayant répondu à la question, 27,1% des médecins de famille et 19,9% des pédiatres ont déclaré ne pas être confrontés à des défis interculturels.

Les interprètes communautaires (dénomination des interprètes professionnels de INTERPRET) ont également le potentiel d'agir en médiateurs à ce niveau (question posée à tous les participants).

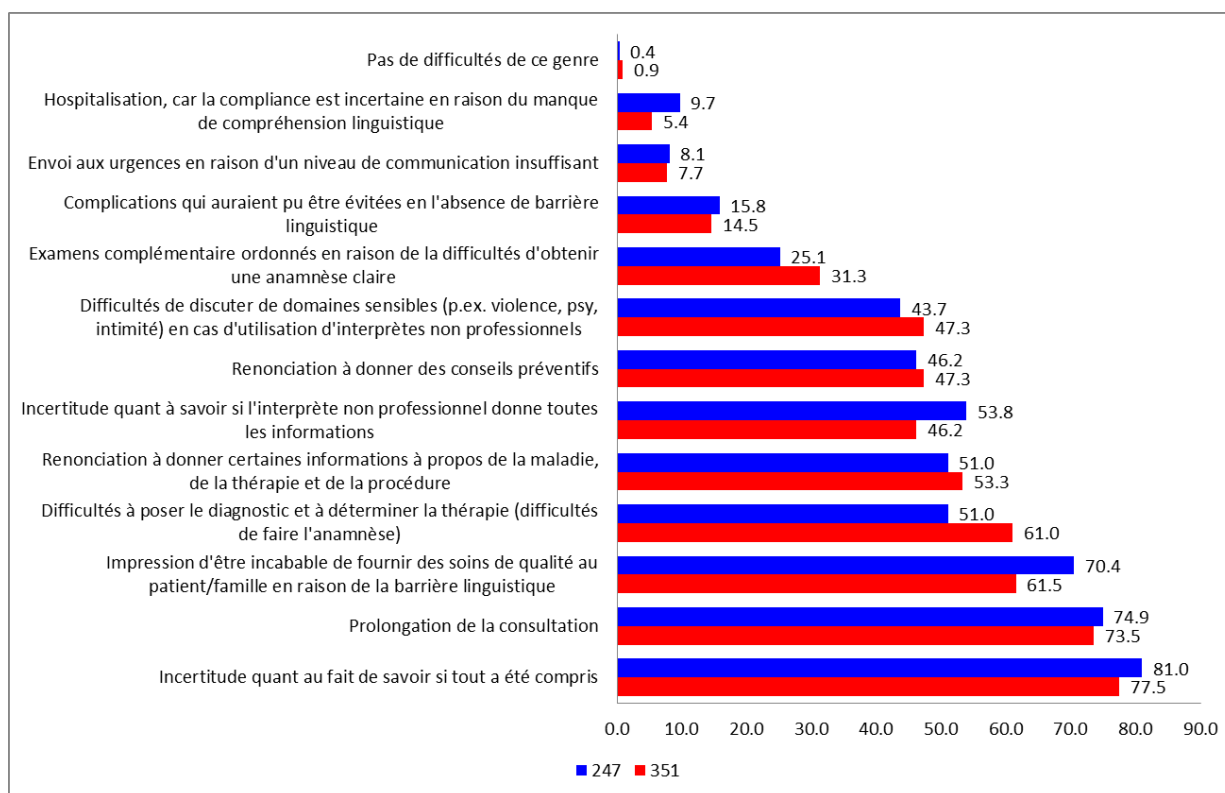


Fig. 2: Conséquences du manque d'interventions d'interprètes

Interventions d'interprètes professionnels au cabinet: qui les sollicite?

D'une manière générale, il est possible de faire la distinction entre les interventions d'interprètes professionnels qui ont été sollicitées par le médecin et les interventions sollicitées par des tiers externes, lors desquelles le patient se présente avec un interprète professionnel sans demande émise par le cabinet. Dans les deux cas, les interprètes sont souvent, mais pas toujours, convoqués par le biais des services d'interprétariat, mais la différence réside dans la personne/l'organisme qui est à l'origine de la demande. Certaines organisations qui s'occupent de requérants d'asile disposent également de leurs propres interprètes.

Interventions sollicitées par des tiers externes:

Il a été demandé aux participants qui sont confrontés à des consultations avec incompatibilité linguistique si les patients se présentent parfois avec des interprètes sollicités par des tiers externes (sans demande émise par le cabinet). Parmi les médecins ayant répondu à cette question, 169 sur 492 (34,4%) ont répondu par l'affirmative, avec des taux plus élevés (40,6%) pour les pédiatres (40,6%; 86/212) que pour les médecins de famille (29,8%; 83/279) ($p=0,04$). En appliquant ces proportions à l'ensemble des participants, cela représenterait 23,6% des médecins de famille et 34,8% des pédiatres.

Par ailleurs, 170 participants ont répondu à la question portant sur le pourcentage d'interventions sollicitées par des tiers externes. En moyenne, 57,0% des interventions seraient sollicitées par des tiers externes, mais la dispersion était

énorme (écart-type 41,07); 35,3% ont indiqué que toutes les interventions étaient organisées par des tiers externes.

Dans le cas des interventions d'interprètes professionnels sollicités par des tiers externes, il s'agissait dans la grande majorité des cas de personnes en procédure d'asile et de réfugiés. Ainsi, 100% des médecins de famille et 92,7% des pédiatres ont indiqué que les personnes en procédure d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les réfugiés sont les plus nombreux à profiter d'interventions d'interprètes externes. Les ambassades et les entreprises dépêchent plus rarement des interprètes (ambassades + entreprises: 6 des 72 médecins de famille répondants et 11 des 82 pédiatres répondants).

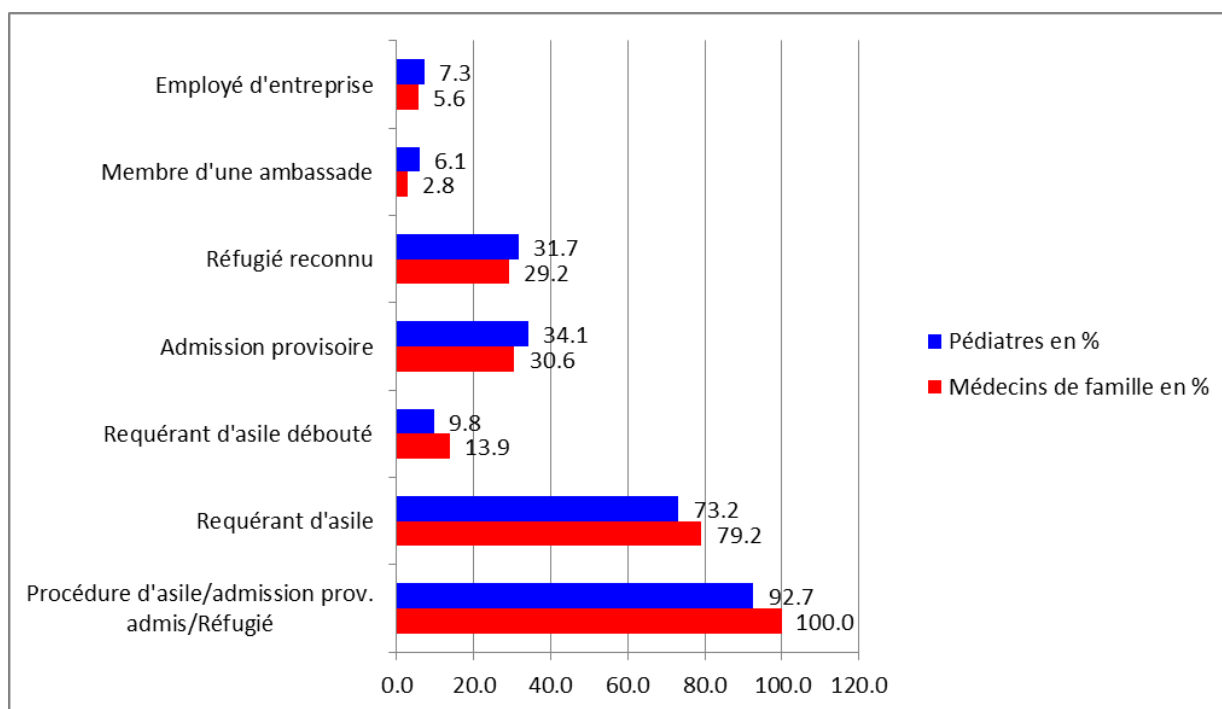


Fig. 3: Quelles catégories de patients se présentent (parfois) avec des interprètes professionnels sollicités par des tiers externes? Données en %.

Ces interventions ont en premier lieu été sollicitées par des centres d'asile, les autorités et des organisations non gouvernementales (ONG) qui s'occupent de requérants d'asile et de réfugiés. Dans de rares cas (1/79 médecins de famille et 1/90 pédiatres), les patients avaient organisé et financé eux-mêmes l'intervention d'un interprète.

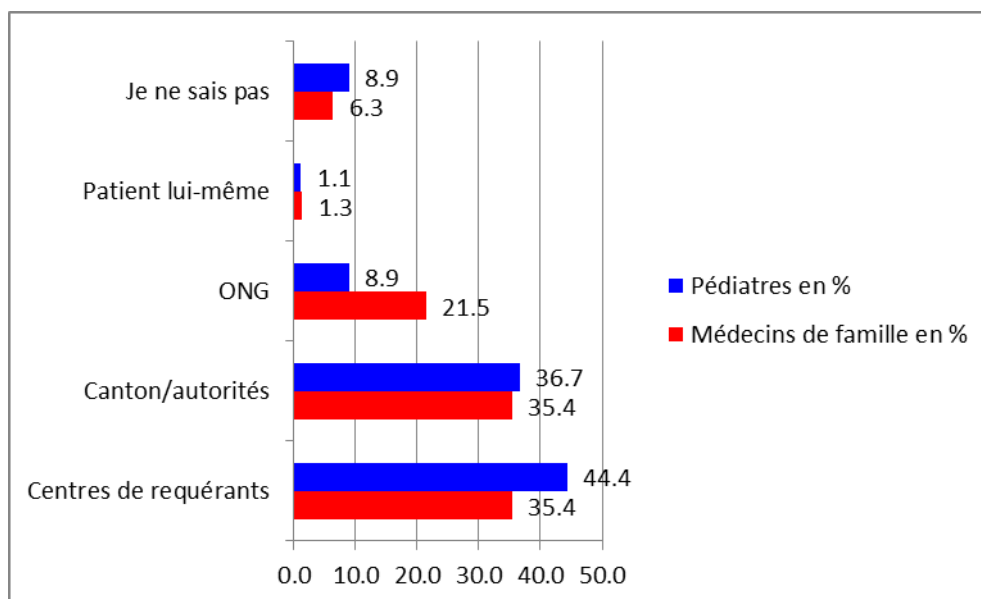


Fig. 4: Qui organise et finance les interprètes qui viennent avec les patients (sans demande émise par le cabinet)?

Des participants de quasiment tous les cantons ont confirmé avoir déjà été confrontés à des consultations pour requérants d'asile lors desquelles des interprètes ont accompagné les patients. Cela n'a pas été le cas pour les cantons de GE, TG et UR, ce qui pourrait toutefois aussi s'expliquer par le nombre de participants et le système local. Ainsi, les cantons de VD et GE disposent d'un réseau de médecins qui exercent en tant que médecins de famille pour les requérants d'asile. Si des médecins parlant la même langue que les requérants d'asile ne parviennent pas à être trouvés, des interprètes sont généralement aussi disponibles. Pour les enfants, la consultation Santé migrants de l'Hôpital des enfants des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) assume par ex. cette tâche. Pour le canton du VS également, il a été confirmé qu'il y avait rarement des problèmes d'interprétariat pour la prise en charge des requérants d'asile par des médecins sélectionnés à cet effet.

Des interventions d'interprètes sollicitées par des tiers externes pour des réfugiés reconnus ont aussi été confirmées, mais moins souvent, pour les cantons d'AG, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, SG, SO, SZ, TI, VS et ZH. Globalement, il semble y avoir un déficit d'approvisionnement plus ou moins grand en fonction des cantons (voir ci-dessous).

Interventions sollicitées par les médecins:

Il a été demandé aux participants qui sont confrontés à des consultations avec incompatibilité linguistique s'ils avaient au moins une fois eux-mêmes sollicité des interventions d'interprètes. Parmi les médecins ayant répondu à cette question, 44% (224/498) ont répondu par l'affirmative, avec une fréquence significativement ($p < 0,001$) plus élevée chez les pédiatres (54,7%; 117/214) par rapport aux médecins de famille (37,8%; 107/283). En appliquant ces proportions à l'ensemble des participants, cela représenterait 30,5% des médecins de famille (107/315) et 47,4% des pédiatres (117/247) ayant déjà sollicité des interventions d'interprètes. Parmi les répondants, 79,0% ont indiqué faire uniquement appel à des interprètes

sur place, 4,9% ont indiqué recourir uniquement au service d'interprétariat téléphonique et 16,1% ont affirmé se servir de ces deux options, avec une répartition similaire chez les médecins de famille et les pédiatres.

Motifs pour lesquels les médecins ne sollicitent pas d'interventions d'interprètes

A la question de savoir quel était le **principal motif** pour lequel les médecins n'ont jamais sollicité un interprète professionnel en dépit de la barrière linguistique, il n'y avait pas de différences ($p=0,12$) entre les médecins de famille et les pédiatres. Le motif le plus souvent avancé, dans **30,6%** des cas, était **l'ignorance** quant à la manière d'organiser de telles interventions (75/245). La **couverture financière insuffisante (25,3%)** et les **aspects organisationnels (26,9%)** ont été évoqués comme motif principal par un quart des répondants pour chacun. Par ailleurs, **17,1%** des participants ont indiqué que «**cela va aussi sans**».

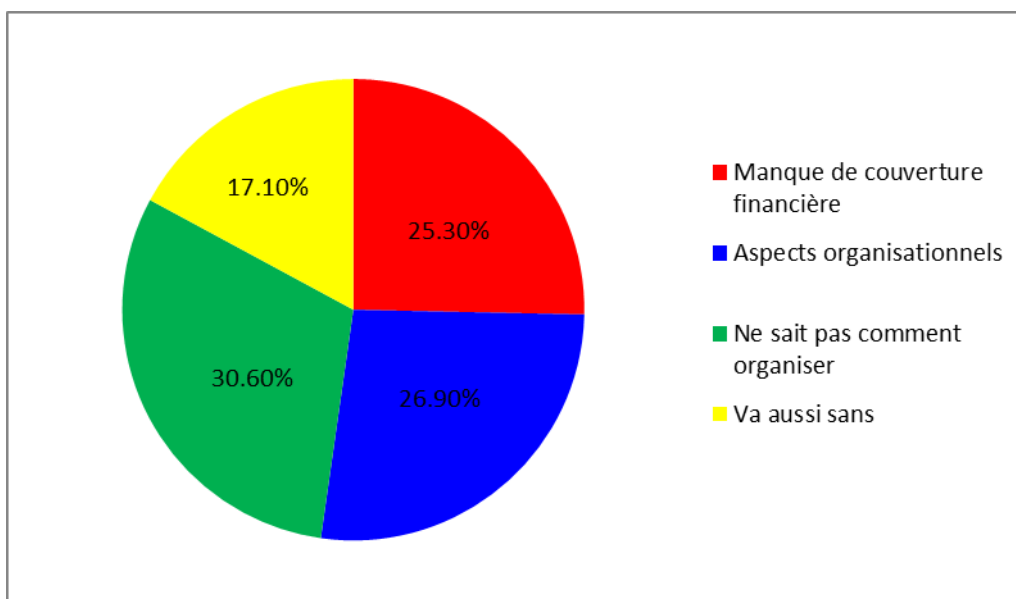


Fig. 5: Principaux motifs de non-recours à des interprètes

Etant donné qu'à côté des principaux motifs de renoncement à l'intervention d'interprètes, d'autres raisons pouvaient jouer un rôle, les participants qui font face à des barrières linguistiques ont été priés de cocher toutes les raisons pour lesquelles ils renoncent ou font moins fréquemment appel à des interprètes professionnels.

Les points centraux restaient l'organisation considérée comme laborieuse et contraignante, qui a été avancée par 58,7% des participants (277/472), et la couverture financière insuffisante (53,7%, 254/473), ces deux points ayant été évoqués par plus de la moitié des participants.

L'ignorance quant à la manière d'organiser une intervention d'interprète (total 44%) a été avancée comme motif pertinent par la moitié des médecins de famille (51,3%), contre seulement un tiers des pédiatres (34,7%, $p<0,001$).

Il est également frappant de constater que le sentiment qu'il ne vaut pas la peine d'organiser l'intervention d'un interprète professionnel était plus répandu parmi les

médecins de famille que parmi les pédiatres (total des répondants: 15,4%; médecins de famille:19,3%, pédiatres: 10,0%; $p=0,005$), sous prétexte que les patients se feraient accompagner de quelqu'un pour traduire (total des répondants: 40,7%; médecins de famille: 47,3%, pédiatres 31,7%; $p=0,001$) et que les médecins ne sont pas habitués à travailler avec des interprètes (total des répondants: 24,2%; médecins de famille: 28,6%, pédiatres:18,1%; $p=0,009$).

Parmi les raisons qui ont été identifiées aussi fréquemment par les pédiatres que par les médecins de famille figuraient le fait que les interprètes ne soient pas disponibles assez rapidement (37,1%), le doute quant au fait que le patient pour lequel une intervention d'interprète est organisée se présente réellement (29,5%), une sous-estimation de la barrière linguistique en amont (25,9%), le fait qu'il n'y ait pas suffisamment d'interprètes professionnels pour certaines langues (24,5%), l'allongement de la durée de la consultation (16,7%), ainsi que la durée minimale considérée comme trop longue pour les interventions d'interprètes (18,6%).

Les patients qui devraient normalement être accompagnés d'un interprète professionnel (comme prévu par les institutions), mais qui n'obtiennent pas cet accompagnement et se présentent sans interprète, représentent un autre problème (15,4%). Le refus de l'intervention d'un interprète professionnel par des membres de la famille du patient est une situation observée par près de 10% des pédiatres, contre seulement 4,0% des médecins de famille ($p=0,003$). Un manque de confiance dans la qualité de l'interprétation, au sens d'une mauvaise traduction, d'une rétention d'informations ou d'un ajout d'informations erronées, n'est que rarement incriminé (3,8%). Par ailleurs, 4,5% des répondants n'ont indiqué aucun obstacle.

Dans les zones de texte libre, les pédiatres et les médecins de famille ont à plusieurs reprises indiqué que même le recours au service d'interprétariat téléphonique de la Confédération était trop cher et coûtait même plus que ne gagne un médecin durant la même période.

Il a également été indiqué qu'il était illogique que le médecin doive financer une telle intervention lorsque le patient ne maîtrise pas la langue. Une prise en charge par les caisses-maladie a plusieurs fois été exigée, dans la mesure où l'intervention d'un interprète avait le potentiel de réduire les coûts de santé. Les longs trajets des interprètes pour rejoindre les cabinets situés à la campagne ont également été considérés comme un facteur d'augmentation des coûts. Différents participants ont réclamé dans les zones de texte libre une simplification de l'organisation, une meilleure information et une meilleure qualité. Cela comprend également l'exigence que les communes ayant des centres d'asile et des foyers de réfugiés recrutent de manière fixe des interprètes qui seraient également disponibles en temps utile et rapidement pour des interventions en cabinet médical.

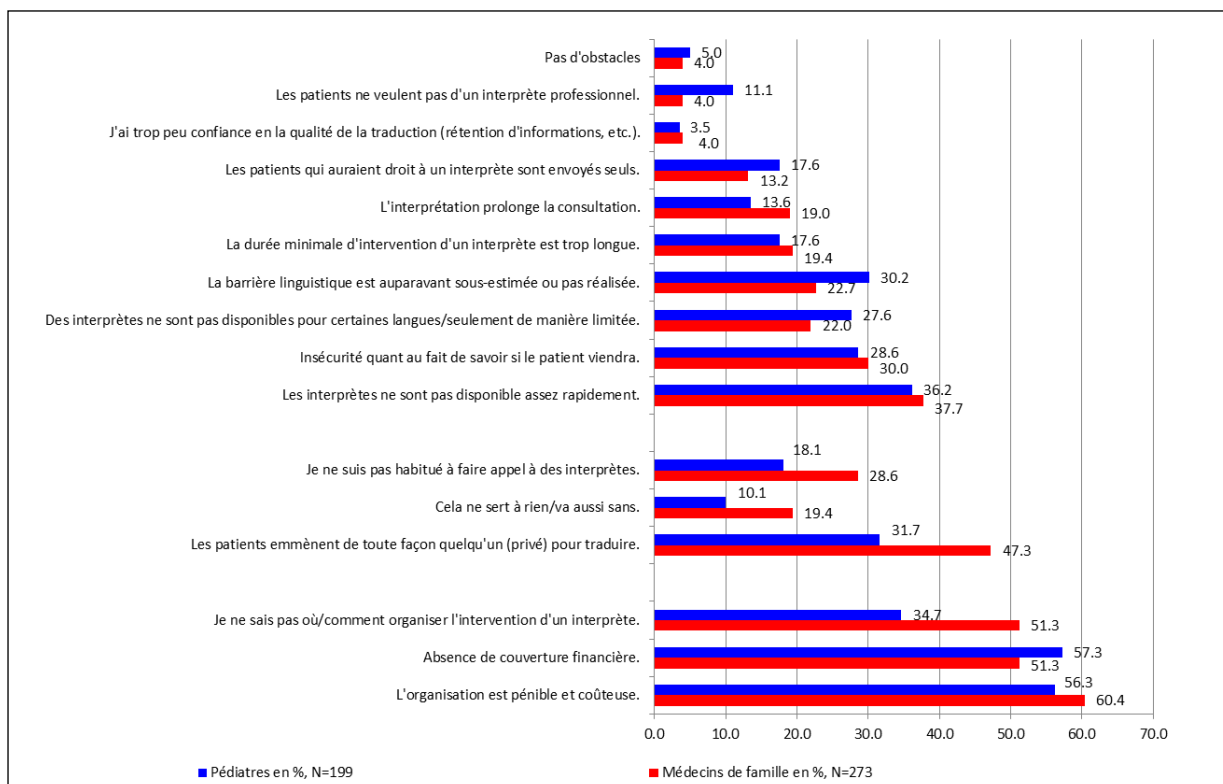


Fig. 6: Raisons de non-recours à des interprètes

Financement et offres

Les aspects financiers ont été cités à maintes reprises comme obstacle au recours à des interprètes professionnels. Dès lors, il a également été demandé aux participants qui paie les interventions d'interprètes professionnels s'ils devaient y avoir recours. La question a été posée à l'ensemble des participants.

La majorité des 518 médecins interrogés, qui ont répondu à la question du financement des interventions qu'ils sollicitent potentiellement ou effectivement, ont indiqué ne pas savoir qui prenait en charge les coûts de ces interventions (53,5%; 227/518); il s'est avéré que cette réponse a été plus souvent donnée par les médecins n'ayant encore jamais organisé une intervention (64,6% vs 29,5%; 177/274 vs 66/224). Les options les plus souvent cochées étaient «les autorités» (25,3%), «une fondation/ONG» (13,9%) et «le médecin lui-même» (13,1%), cette dernière option ayant été cochée légèrement plus souvent par les pédiatres. Les médecins qui avaient déjà organisé des interventions d'interprètes ont indiqué dans 42,4% des cas un financement via les autorités et dans 23,2% des cas un financement via une fondation, alors que ceux n'ayant jamais organisé d'intervention d'interprète ont indiqué dans 10% des cas un financement via les autorités et dans 6,2% des cas un financement via une fondation. Le financement par le médecin lui-même a également été coché deux fois plus souvent par les médecins qui avaient déjà organisé des interventions d'interprètes (18,8% vs 9,1%).

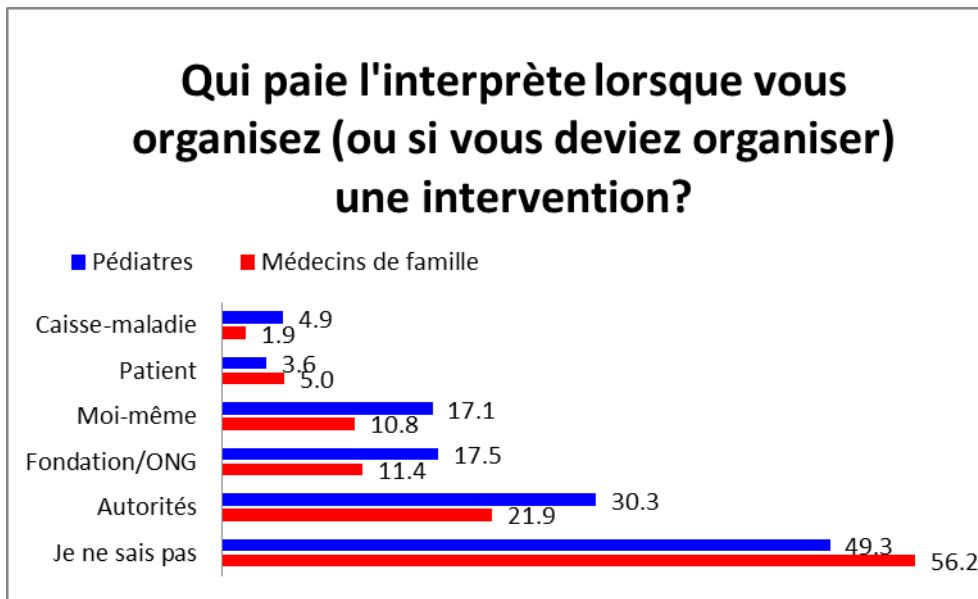


Fig. 7: Qui paie lorsque les cabinets sollicitent des interventions d'interprètes? Données en %.

Il a été demandé à tous les participants s'ils avaient connaissance de possibilités de financement dans leur canton pour les interventions d'interprètes sollicitées par les cabinets médicaux. Seul un participant sur 10 a indiqué connaître les possibilités de financement spécifiques pour les interventions d'interprètes dans son canton. **Il s'est toutefois avéré que ceux qui ont répondu par l'affirmative à cette question avaient une probabilité 8x plus élevée d'avoir déjà sollicité des interventions d'interprètes (adjusted OR: 8,1; p<0,001; IC à 95% 4.17 -15.91).** Seuls 17,0 % de ceux qui avaient connaissance des possibilités de financement auxquelles ils ont accès et qui sont confrontés à des consultations avec incompatibilité linguistique n'ont encore jamais organisé une intervention d'interprète. Parmi ceux qui n'organisent jamais d'interventions d'interprètes, seuls 3,3% connaissent une possibilité de financement. La méconnaissance des possibilités de financement ne semble toutefois pas dissuader certains médecins d'organiser des interventions d'interprètes: seuls 19,6% des médecins ayant déjà organisé des interventions d'interprètes ont clairement indiqué connaître les modes de financement.

Connaissez-vous des modes de financement dans votre canton pour les interventions d'interprètes organisées par les cabinets médicaux?

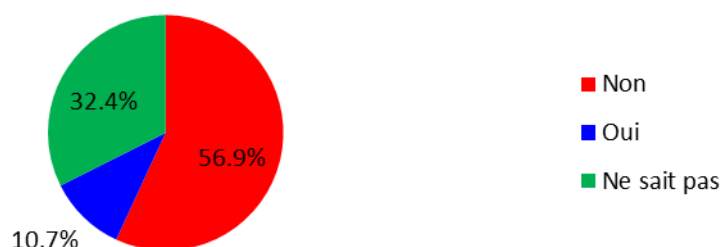


Fig. 8: Possibilités de financement connues

Parmi les médecins interrogés qui avaient connaissance d'une offre de financement pour les interventions d'interprètes professionnels, les $\frac{3}{4}$ ont affirmé y avoir déjà eu recours. La spécialisation n'avait pas d'influence sur les réponses des 54 participants ayant répondu à cette question. La figure 9 montre que les médecins sont dans l'ensemble satisfaits, mais que dans 13,0% des cas, l'offre de financement n'était pas utilisée car elle n'était pas pratique.

Avez-vous fait usage de cette possibilité? (en %)

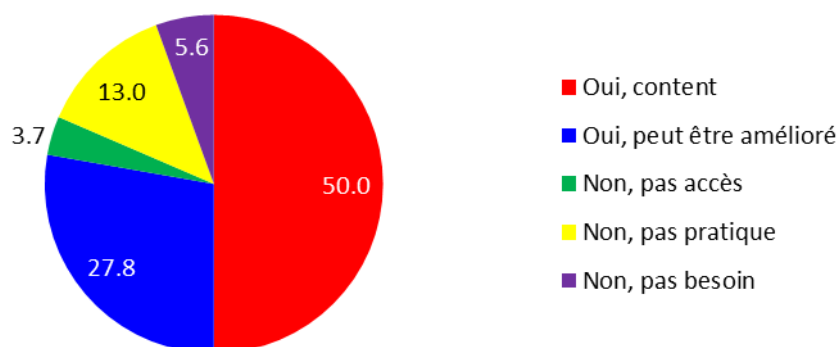


Fig. 9: Offre utilisée?

Pour les analyses approfondies par cantons (tableau 3), les cantons avec trois participants ou moins ont été exclus.

Tableau 3: Déficit d'approvisionnement, modes de financement et utilisation

Canton	N total	N-total Réponses besoin non couvert oui/non (si patients allophones)	% min. 1x/mois besoin non couvert	Organisé par le médecin lui-même	N total Réponses modes de financement connus oui/non	% modes de financement connus	N total Réponses offre connue utilisée	Util
Différence entre les cantons			p=0.018	p=0.026		p<0.001		p=0
AG	30	28	39.3	28.6	30	3.3	1	
AR						0.0		
BE	66	56	57.1	55.4	66	6.1	4	
BL	19	17	70.6	53.0	19	5.3	1	
BS	23	21	52.4	38.1	23	4.4	1	
FR	21	20	50.0	45.0	21	14.3	3	
GE	31	29	31.0	24.1	31	3.2	1	
GL	4	4	0.0	50.0	4	25.0	1	
GR	7	7	71.4	57.1	7	57.1	3	
JU	5	4	50.0	25.0	5	0.0		
LU	18	16	68.6	68.6	18	16.7	3	
NE	15	15	60.0	53.3	15	20.0	3	
NW						0.0		
OW							1	
SG	38	36	61.1	33.3	38	0.0		
SH	4	3	33.3	33.3	4	50.0	2	
SO	17	17	52.9	41.2	17	11.8	2	
SZ	10	10	90.0	70.0	10	20.0		
TI	16	6	16.7	33.3	16	6.3	1	
TG	13	12	50.0	16.7	13	0.0		
UR	4	3	66.7	100.0	4	0.0		
VD	50	45	57.8	46.7	50	26.0	13	
VS	10	10	60.0	60.0	10	20.0	2	
ZG	9	8	25.0	75.0	9	11.1	1	
ZH	113	104	51.1	39.4	113	4.4	5	
Total	529	476	52.9	43.7	529	9.6	50	

(Barre noire: non représenté car trop faible nombre de participants)

Les participants du canton des GR, où l'accès à des interprètes professionnels est gratuit pour les cabinets médicaux, étaient les plus nombreux (66,7%) à avoir indiqué qu'ils connaissaient le système de financement. Parmi les médecins de ce canton, 57,1% ont également indiqué faire usage de l'offre. Sur les trois médecins qui n'y avaient pas fait recours, seul un a indiqué qu'il ne savait pas comment organiser les interventions d'interprètes; deux ont expliqué que les aspects organisationnels les en dissuadaient.

Pour six cantons, tous les participants ont indiqué ne pas connaître de possibilités de financement accessibles aux médecins de famille et aux pédiatres (AR, JU, NW, SG, TG, UR). Ces informations ont été confirmées pour les cantons d'AR SG, TG et

UR; la question est restée sans réponse pour les cantons de JU et NW. Le canton d'UR a toutefois mentionné que la Croix-Rouge suisse s'occupait des requérants d'asile et mettaient à leur disposition des interprètes en cas de besoin. Les cantons de TG, AR et SG subventionnent Verdi (service d'interprétariat communautaire), de sorte que les frais d'interprétation sont supprimés. Ainsi, les prestataires du domaine de la santé des cantons mentionnés profitent d'une réduction du tarif de 90 CHF à 75 CHF par heure d'interprétariat. Toutefois, pour les autres cantons, lorsqu'un faible pourcentage de médecins ont indiqué qu'il existait des possibilités de financement, cela ne signifie pas nécessairement qu'il existe une offre de financement généralisée. Ainsi, certains médecins ont indiqué qu'ils pouvaient pour certains cas recourir à l'Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte (APEA). D'autres médecins ont également mentionné avoir convié des représentants du Centre de puériculture pour une consultation commune, car ce dernier peut se faire payer des interprètes. Les cantons d'AG, BS, FR, SH, ZG et ZH ont également indiqué ne pas disposer d'offre de financement pour les interventions d'interprètes professionnels chez les médecins installés en cabinet. Le canton de ZH a déclaré être à la recherche d'une solution nationale et le canton de BS a affirmé rechercher une solution locale. Les cantons de ZG et SG ont déjà testé des modèles, mais qui n'ont pour l'instant pas encore inclus les médecins de premier recours (prise en charge des coûts pour les institutions, modèle de bons). Le canton de BL a, sur une courte période, mené une action promotionnelle pour les pédiatres, leur permettant sans grands efforts organisationnels de solliciter une intervention d'interprète à un tarif réduit de 50%; le projet n'a toutefois rencontré qu'un écho limité.

Dans le canton de VD, il existe pour certains médecins (réseau RESAMI) un accès à des interprètes pour les requérants d'asile dont ils s'occupent et pour les réfugiés dépendant de l'aide sociale. Les participants du canton de NE ont rapporté que les interventions d'interprètes pour les requérants d'asile étaient uniquement prises en charge durant la 1^{ère} année de séjour.

Besoin non satisfait: pour quels groupes de patients?

Un besoin non satisfait en interprètes a en particulier été identifié pour les patients requérants d'asile et réfugiés (381/465, 81,9%), suivis des nouveaux arrivants hors procédure d'asile (38,3%) et des migrants dont le niveau de langue n'est pas à la hauteur de la complexité et de la sensibilité d'une consultation médicale (33,85%). Les pédiatres ont mentionné les requérants d'asile et réfugiés ($p=0,04$) ainsi que les nouveaux arrivants au sens de travailleurs immigrants/expatriés ($p=0,04$) significativement plus souvent que les médecins de famille, qui ont plus souvent cité les migrants vivant en Suisse depuis plus longtemps, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative ($p=0,08$) en raison d'un faible nombre de cas. Il est essentiel de noter qu'un besoin accru non couvert a non seulement été identifié chez les personnes en procédure d'asile, mais également chez les réfugiés reconnus et les personnes admises à titre provisoire.

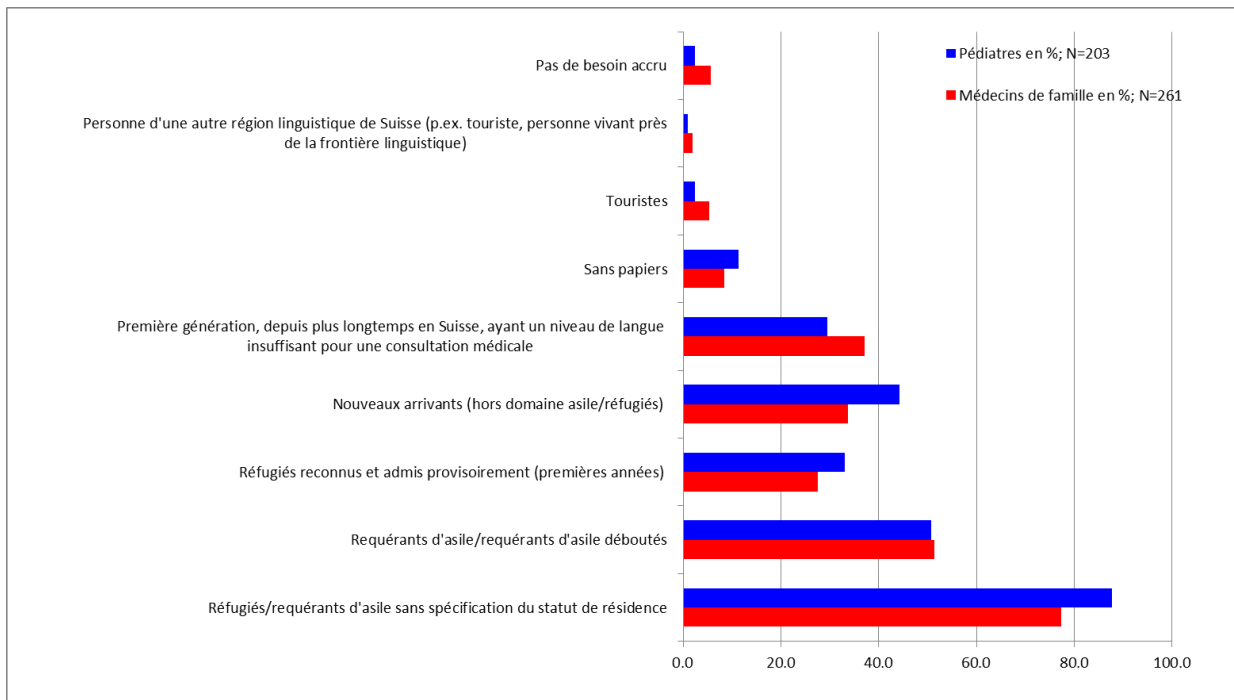


Fig. 10: Chez quels groupes observez-vous le plus souvent un besoin non satisfait en interprètes au sens d'une restriction pertinente de la compréhension linguistique avec le patient (la famille dans le contexte pédiatrique)?

En se penchant de plus près sur les cantons (tableau 4), il apparaît à nouveau qu'il y a un déficit d'approvisionnement en particulier chez les requérants d'asile. Il est toutefois particulièrement positif que le déficit d'approvisionnement chez les requérants d'asile soit extrêmement faible dans les cantons de GE et VD (pertinent pour 7,7% et 14,0% des répondants).

Dans le canton de VD, les médecins de famille et pédiatres ont depuis juin 2016 la possibilité d'obtenir, sous certaines conditions, un remboursement des interventions d'interprètes. Pour les familles qui sont suivies par l'EVAM (Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants, www.evam.ch) et sont prises en charge par des médecins de premier recours de RESAMI (Réseau de Santé et Migration, www.resami.ch, les médecins doivent être membres du réseau), les coûts d'interprétariat sont toujours pris en charge. Depuis peu, le CSIR (Centre social d'intégration des réfugiés) prend en charge les coûts d'interprétariat pour les réfugiés reconnus (permis F et B) dont il s'occupe et qui dépendent du Service de prévoyance et d'aide sociale, et ce jusqu'au niveau de langue A2 (demande à reformuler tous les 6 mois).

Le canton de GE dispose également d'un système de médecins sélectionnés, qui s'occupent des requérants d'asile et qui sont soit affectés aux patients en fonction des capacités linguistiques soit se voient mettre à disposition des interprètes. Pour les enfants, cette fonction est assumée par une consultation spéciale à l'Hôpital des Enfants (Hôpitaux Universitaires de Genève, HUG). Vraisemblablement grâce à ces deux systèmes, le besoin non satisfait est jugé faible pour les requérants d'asile dans les deux cantons. Les structures prévues ne semblent toutefois pas toujours garantir une couverture du besoin dans le domaine de l'asile.

Dans le canton du VS, un médecin a confirmé s'occuper d'enfants requérants d'asile pour le compte du canton et disposer d'interprètes permettant la communication, et le canton indique que l'Office cantonal d'asile organise des

consultations et, si nécessaire, des interventions d'interprètes (correspondance par e-mail, avril 2017). Pourtant, là aussi, certains participants ont identifié un déficit. Ce phénomène s'observe également dans d'autres cantons. Pour FR, le canton explique en partie ce phénomène par le fait que les requérants d'asile consultent parfois directement le médecin sans être passés au préalable par les instances compétentes (conversation téléphonique avec l'Office, avril 2017).

Dans les commentaires, des participants se sont plaints que des requérants d'asile se présentaient ou étaient envoyés en consultation, y compris par les centres d'enregistrement de la Confédération, sans accompagnement, ni même par un interprète amateur. Les tentatives des médecins d'obtenir un interprète auprès des centres compétents pour ces patients sont en partie restées vaines (par ex. SO). Des participants du canton de NE ont indiqué que des interprètes étaient uniquement disponibles pour les requérants d'asile au cours de la 1^{ère} année de séjour, ce qui causait un déficit d'approvisionnement. Dans certains cantons, les médecins semblent pouvoir compter sur des prestations d'interprétariat durant leur activité en institution, mais pas pour les personnes en procédure d'asile ou les réfugiés qu'ils voient dans leur propre cabinet (par ex. ZH). Dans les cantons de BS et BL, des structures d'interprétariat spécifiques ne sont par ex. pas prévues pour les requérants d'asile. En particulier lorsque les requérants d'asile habitent dans un logement privé, ils consultent des médecins de leur propre initiative.

Même s'il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les cantons en ce qui concerne les nouveaux arrivants hors procédure d'asile, il semble toutefois que les cantons de GE (61,6%), VD (58,1%), GR (50,0%, mais faible nombre de participants), ZH (43,6%), FR (42,1%) et VS (40%) aient tendance à être confrontés à des barrières linguistiques.

Tableau 4: Déficit d’approvisionnement – quels groupes?

Déficit de prise en charge en % des réponses						
	Nbre total de réponses	% requérants d’asile/réugiés	% requérants d’asile/débou tés	% réfugiés reconnus (permis B)	% nouveaux arrivants	% établis depuis longtemps
AG	28	82.1	53.6	21.4	25.0	32.1
AR						
BE	55	90.9	65.5	36.5	32.7	29.1
BL	17	76.5	58.8	35.3	17.7	29.4
BS	19	84.2	63.2	10.5	31.6	31.6
FR	19	79.0	31.6	31.6	42.1	63.2
GE	26	65.4	7.7	26.9	61.6	42.3
GL	4	75.0	75.0	75.0	25.0	25.0
GR	6	100.0	66.7	16.7	50.0	50.0
JU						
LU	16	87.5	81.3	43.8	25.0	18.8
NE	15	80.0	40.0	33.3	33.3	33.3
NW						
OW						
SG	35	85.7	65.7	20.0	45.7	37.1
SH						
SO	17	94.1	76.4	29.4	35.3	17.7
SZ	10	100.0	60.0	20.0	30.0	30.0
TI	6	100.0	50.0	66.7	16.7	16.7
TG	12	91.7	58.3	33.3	16.7	16.7
UR						
VD	43	65.1	14.0	44.2	58.1	48.8
VS	10	80.0	60.6	40.0	40.0	20.0
ZG	8	87.5	50.0	12.5	12.5	37.5
ZH	101	80.2	51.5	23.8	43.6	36.6
Total	460	81.9	51.3	30.1	38.3	33.7

(Barre noire: non représenté car trop faible nombre de participants)

Minutes d’interprétariat à libre disposition

Il a été demandé aux participants qui étaient confrontés à des consultations avec incompatibilité linguistique au moins une fois par an s’ils auraient recours à un certain nombre de minutes d’interprétariat mises à disposition gratuitement si une telle offre était disponible. Les deux tiers des 476 participants ayant répondu à cette question ont répondu par l’affirmative à cette question (68,5%) et seuls 27 répondants (5,7%) ont répondu par la négative. Un autre quart (25,8%) a indiqué qu’il ne le savait pas encore ou qu’il l’utiliserait peut être. Ainsi, 94,3% des répondants utiliseraient sûrement ou potentiellement un tel dispositif.

Extrapolé à la totalité des participants (c.-à-d. également ceux sans barrière linguistique), cela correspond à plus de la moitié de tous les participants (54,4%; 326/599) qui utiliseraient sûrement un tel dispositif et à 20% (20,3%, 122/599) qui utiliseraient potentiellement un tel dispositif.

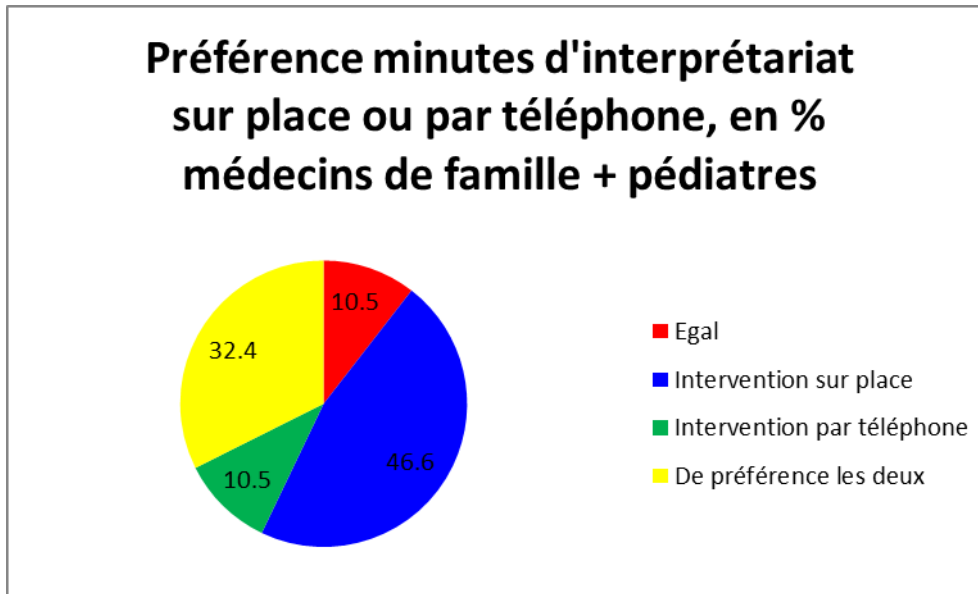


Fig. 11: Préférence pour l'interprétariat sur place *versus* par téléphone

Sur les 324 participants qui se sont exprimés sur le type idéal d'interventions d'interprètes mis à disposition, le souhait d'interprètes sur place l'emportait avec 46,6%, suivi d'un mélange des deux types (32,4%, sur place et par téléphone). Il n'y avait pas de différence significative entre les pédiatres et les médecins de famille ($p=0,18$) en ce qui concerne le type d'intervention souhaité, mais les pédiatres avaient tendance à préférer un mélange des deux types (38,4% vs 27,5%).

Enquête auprès des services d'interprétariat

Les retours de l'enquête auprès des services d'interprétariat se sont avérés maigres. Suite à l'envoi en ligne initial, seuls deux services ont répondu; seul un service supplémentaire a répondu à l'envoi postal ultérieur. Afin d'améliorer les retours, les autres services ont été contactés par téléphone par la suite, ce qui a permis d'obtenir un questionnaire supplémentaire rempli. AOZ Medios a répondu à des questions spécifiques dans un e-mail. Parmi les raisons avancées par les centres pour justifier la non-participation à l'enquête figuraient l'absence de personne compétente pour répondre à ce genre de demandes (par ex. BE), les réorganisations (avant tout relatives au personnel), le manque de personnel et l'absence temporaire de la personne compétente. HEKS Basel et le service d'interprétariat de Suisse centrale ont affirmé qu'ils ne dépêchaient pas d'interprètes dans les cabinets de médecins de famille/pédiatres car il n'y avait selon eux pas de demande, mais ils ne savaient pas pourquoi. Interunido (Berne-Langenthal, questionnaire rempli) a également indiqué pour l'année 2016 que seule une intervention avait été organisée chez un médecin de famille, ce qui correspond à moins de 2% des interventions organisées dans le domaine de la santé. Les

services d'interprétariat communautaire du Haut-Valais FMO et Se comprendre (FR, JU, BE-francophone), qui ont aussi tous deux complété le questionnaire, ont également affirmé qu'ils n'organisaient jamais ou presque jamais des interventions pour les médecins de famille/pédiatres. Font exception dans le Haut-Valais les interventions sollicitées par des institutions, mais qui se déroulent dans des cabinets médicaux (par ex. par la Croix-Rouge) ou, dans le cas de Se comprendre, les interventions qui sont organisées dans les cabinets par ORS Service AG pour les requérants d'asile. Se comprendre a indiqué qu'il avait comptabilisé 4 730 heures d'interprétariat de ce type pour 2016. Interunido (BE) a expliqué que pour les requérants d'asile bénéficiant de l'aide sociale, les coûts étaient pris en charge par les services d'aide sociale, mais que les interventions étaient alors le plus souvent organisées avec leurs propres interprètes (programme d'emploi interne) et que pour les réfugiés également, les services d'aide sociale compétents apportaient une aide financière. L'*Agenzia Derman di interpretariato e mediazione interculturale* (TI, questionnaire rempli) a expliqué que l'*Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento* (USSI) prenait en charge les interventions d'interprètes pour les requérants d'asile chez les médecins de famille du canton du TI; elle a toutefois signalé qu'il existait un petit fonds privé pour les interventions au profit de personnes non requérantes d'asile, mais qu'elle n'organisait qu'occasionnellement des interventions d'interprètes chez les médecins de premier recours, ces interventions étant le plus souvent organisées pour des hôpitaux et des services psychiatriques, pour lesquelles il existe un financement cantonal. Pour les autres réfugiés, les deux autres institutions ont identifié un besoin non satisfait. Ainsi, Se comprendre a mentionné que Caritas intervenait pour les cas médicaux graves chez des réfugiés, mais qu'au demeurant, il y avait un manque de couverture financière pour les réfugiés et autres migrants; il s'agit là d'une préoccupation qui a également été confirmée par d'autres services d'interprétariat ayant rempli le questionnaire.

Concernant l'organisation, il apparaît que les centres peuvent également organiser des interventions rapides, en l'espace de 30 min à 4 h. Un centre a préconisé un délai de ½ à 1 jour comme délai d'organisation réaliste pour les urgences, mais l'idéal serait toutefois un délai de 3-5 jours. Une plus petite organisation a néanmoins indiqué que la plupart de ses interprètes exerçaient leur activité d'interprète de manière accessoire et qu'un délai de 1-2 semaines serait dès lors idéal, mais a estimé que son offre pourrait être étendue et améliorée s'il y avait une meilleure collaboration avec le secteur de la santé.

AOZ Medios (Service national d'interprétariat téléphonique et offre d'interprétariat sur site dans le canton de ZH) a également signalé que les interventions chez les médecins de famille et les pédiatres représentaient une infime partie des interventions d'interprétariat. Le service d'interprétariat sur site de Aoz Medios est subventionné dans le canton de ZH, le Service national d'interprétariat téléphonique est supporté par l'OFSP. Comme déploré par d'autres services d'interprétariat (par ex. Haut-Valais), le principal problème est ici aussi l'absence de prise en charge des coûts par les caisses-maladie. Globalement, le volume des missions augmente constamment, mais il y a encore un potentiel de croissance en particulier dans le domaine de l'interprétariat téléphonique, dont les capacités ne sont pas encore totalement exploitées. Le tarif élevé du service d'interprétariat téléphonique est justifié par la nécessité d'une disponibilité 24 h/24.

Dans l'ensemble, il semble en particulier y avoir un besoin de formation supplémentaire d'interprètes pour des langues telles que le tigrigna, le dari, le farsi et, dans une moindre mesure, l'arabe.

Les autres questionnaires que les centres ont promis de renvoyer complétés lors de l'entretien téléphonique ont été attendus en vain (dernier délai : 30.04.2017).

La nouvelle procédure d'asile rapide prévoit la présence d'interprètes dès le début du processus de demande d'asile. Cela implique un besoin accru en interprètes professionnels. Par conséquent, Caritas Suisse investit actuellement dans la formation de nouveaux interprètes pour ses services d'interprétariat (conversation téléphonique avec Caritas Suisse, avril 2017).

Expériences des cantons

Le canton des GR est un précurseur en matière d'accès des cabinets médicaux à des interprètes professionnels. Au printemps 2015, l'Office de la santé du canton des GR a lancé le «Triologue – interprétariat communautaire dans les cabinets médicaux» et a mis à disposition du Service spécialisé de l'intégration des GR des fonds pour le financement des interventions d'interprètes dans les cabinets médicaux du canton. Le projet abouti est désormais cofinancé par l'Office de la santé et le Service spécialisé de l'intégration des GR. Grâce à ce projet, les médecins de famille et spécialistes du canton des GR peuvent en 2017 bénéficier de cette offre auprès du service d'interprétariat Verdi et du Service national d'interprétariat téléphonique et de la valeur ajoutée que leur apporte l'interprétariat communautaire dans le travail quotidien [25]. Selon les informations du Service spécialisé (échanges e-mail/tél. février 2017), les médecins font les demandes d'interprètes directement auprès de Verdi et consignent le temps que ces derniers passent dans leur cabinet; la prise en charge des coûts est directe, sans effort supplémentaire pour le médecin. Toutefois, toutes les régions n'ont pas un besoin similaire de cette offre. En tant que langue alternative, l'italien est très répandu. La géographie et les longs trajets pour rejoindre les cabinets rendent le projet global onéreux. Le projet a débuté de façon hésitante: la première année, seul un quart (5 000 CHF) du budget (20 000 CHF) a été utilisé. Par la suite, une augmentation croissante de l'utilisation a été observée. Ainsi, entre avril 2015 et décembre 2016, env. 230 interventions ont été répertoriées, avec des chiffres en hausse. Les médecins ayant eu recours au service une fois y reviennent le plus souvent. Actuellement, les heures d'intervention sont en outre subventionnées par le canton (75 CHF/heure). Une tendance à répercuter sur cette structure de financement les interventions financées jusque-là par d'autres structures a été observée. En résumé, une solution nationale est espérée.

Différents autres cantons ont également cherché à promouvoir l'intervention de traducteurs communautaires.

Lorsque le canton de SG a tenté de mettre en place un système de bons pour les hôpitaux et les centres de puériculture (mais pas les cabinets médicaux), il s'est avéré que les bons n'étaient pas entièrement utilisés, probablement car le projet n'a pas fonctionné suffisamment longtemps pour en assurer une bonne information et une modification des pratiques [26].

Le canton de ZG a lui aussi tenté de favoriser l'intervention d'interprètes en faisant profiter les institutions (en particulier dans le domaine social), pour une durée limitée et une somme plafonnée, d'interventions gratuites d'interprètes, organisées par le service d'interprétariat de Suisse centrale. Au début du projet, ces institutions ont reçu une formation de 2 heures dispensée par le service d'interprétariat (fonctionnement de la réservation, points à surveiller en cas de sollicitation d'interprètes, rôle des interprètes, conseils pour la conduite d'un dialogue). Seuls les établissements qui ne faisaient pas encore intervenir d'interprètes ont pu en bénéficier. Le canton a expliqué que dans la mesure où les médecins établis à leur compte étaient des entrepreneurs, le financement s'articulait plus difficilement et l'implication de l'Office de la santé était indispensable (information: échange d'e-mails avec le service Intégration de l'Office social du canton de ZG, février 2017).

Une action promotionnelle pour le recours aux interprètes communautaires, qui avait pour but de favoriser l'intervention gratuite de traducteurs communautaires dans les écoles et centres de puériculture via le *Ausländerdienst Baselland*, a été un franc succès: la somme mise à disposition a rapidement été utilisée [27]. Etant donné que la traduction communautaire est un domaine de promotion du programme d'intégration du canton de BL, une action promotionnelle a vu le jour en 2014 afin de permettre aux jardins d'enfants, aux écoles primaires, aux centres de puériculture et aux services sociaux d'avoir un accès gratuit à des interprètes professionnels et de participer ainsi à la sensibilisation. Au départ, le projet a suscité peu d'intérêt, mais la demande a ensuite constamment progressé. Les institutions étaient satisfaites de l'offre. Au vu des ressources financières limitées, la participation du canton a été réduite de 50% dans une seconde étape dès l'automne 2015 et les pédiatres du canton du BL ont également eu accès à l'offre. Cela a nécessité la collaboration de la Direction de la santé, une sensibilisation du corps médical via circulaire et une présentation du projet en formation postgraduée et continue des médecins. Malgré de faibles contraintes administratives (simple remplissage d'un formulaire en ligne d'une page permettant de convoquer directement l'interprète), la demande est restée faible de la part des médecins. On ne sait toujours pas précisément dans quelle mesure la participation financière dont il faut s'acquitter et la sensibilisation et l'information encore insuffisantes ont contribué au faible recours à l'offre. Alors que dans les écoles et jardins d'enfants, la réduction de la participation financière n'a pas freiné la hausse des interventions, cela a été le cas dans les centres de puériculture et certains services sociaux. La pérennité du projet et la participation cantonale dépendront des ressources financières du canton; celui-ci prévoit toutefois, à l'avenir également, d'assumer une partie des frais d'interprétariat en fonction de ses capacités (échanges téléphoniques et e-mails avec le canton de BL).

Pour ces projets, il est frappant de constater i) qu'ils ont émané des **services d'intégration** et non des autorités sanitaires et ii) qu'un certain **temps de démarrage** est nécessaire avant la totale exploitation des projets. L'**information du public cible** apparaît comme absolument essentielle, mais pas toujours simple à réaliser. Il a été mentionné à plusieurs reprises qu'il était difficile d'atteindre le corps médical.

L'exemple de BL montre aussi la valeur d'un financement à long terme: la diminution du financement peut limiter l'utilisation si les institutions bénéficiaires n'ont pas le budget pour l'assumer. Par ailleurs, différents services remarquent que

des structures de financement existantes pour les interprètes (par ex. service social), qui devraient en réalité assumer les entretiens avec certains patients, reporteraient alors leurs frais sur le projet. Le canton d'AR mentionne également que la subvention indirecte, qui se produit lorsque des cliniques privées ont recours à des interprètes professionnels subventionnés pour des patients privés étrangers, ne serait bien sûr pas dans l'intérêt des cantons qui souhaitent soutenir les hôpitaux publics et les médecins de premier recours (entretien téléphonique avec le canton d'AR, avril 2017). La crainte qu'une trop bonne offre dissuade les gens d'apprendre la langue locale a également été mentionnée par divers cantons.

Parmi les autres initiatives (par ex. TG), on comptait: listes de médecins parlant une langue étrangère, informations du corps médical vis-à-vis des offres d'interprétariat (newsletter des médecins: informations sur le service d'interprétariat téléphonique), et subventions d'interprètes dans les centres de puériculture. La communication est également encouragée à l'aide de brochures à destination des parents (par ex. BS et TG).

En matière d'asile, ce sont particulièrement les modèles des cantons de GE et VD qui semblent avoir été couronnés de succès (cf. résultats de l'enquête pour plus d'informations). Dans l'ensemble, de nombreux cantons semblent au cours des premiers mois héberger les requérants d'asile dans des foyers dans lesquels, en règle générale, des médecins passent dans les centres ou des médecins externes sont en charge des soins médicaux. Ensuite, les requérants d'asile sont toutefois répartis dans des logements des communes. Les requérants d'asile et réfugiés couverts par l'assurance de base peuvent ensuite consulter de leur propre initiative un médecin de famille ou un pédiatre. Des interprètes ne sont alors pas automatiquement fournis (par ex. BS et BL). Par ailleurs, il semble y avoir un débat quant à savoir si la responsabilité de la mise à disposition d'interprètes relève du domaine de la santé ou du domaine de l'asile.

La responsabilité vis-à-vis des requérants d'asile (aucune décision encore rendue) et des réfugiés est très variable d'un canton à l'autre (par ex. FR: ORS Service pour les requérants d'asile, Caritas pour les réfugiés; SZ: centres d'asile: Caritas, réfugiés: le canton, mineurs non accompagnés: Caritas). De manière générale, il convient néanmoins de souligner que dans le contexte de pression économique dans les cantons, différents cantons ont décidé de prendre en charge eux-mêmes les soins des requérants d'asile et des réfugiés (par ex. LU, OW), de les déléguer au tiers le plus offrant (par ex. ORS Service AG, Confédération, SO) ou de chercher à baisser les remboursements de sorte que certaines organisations ne veulent plus, pour des questions de qualité, remplir la mission (Caritas Suisse: Flüchtlingsbetreuung LU) (entretien téléphonique avec Caritas Suisse, avril 2017). D'un point de vue financier, l'accroissement du volume des prestations dans le domaine de l'interprétariat, bien que souhaité, représente également un défi pour les cantons qui subventionnent les services d'interprétariat et qui, en fonction de la croissance, devront réfléchir à des limitations (entretien téléphonique avec le canton de TG, avril 2017).

Caritas Suisse rapporte que les ONG, lorsqu'elles étaient responsables des requérants d'asile et des réfugiés dans le canton d'OW, ont essayé d'organiser des interventions d'interprètes en cas de besoin de consultations médicales, mais elles font également état de difficultés pour toujours y parvenir de manière adaptée,

notamment lorsqu'un médecin de famille adresse un patient à un spécialiste mais que l'ONG n'en est pas informée. En outre, il n'est pas question de mettre à disposition des interprètes pour des consultations inutiles (par ex. simple rhume) (entretien téléphonique avec Caritas Suisse, avril 2017).

Dans les centres d'accueil de la Confédération, il n'y a actuellement aucune obligation globale d'interprétariat pour les consultations médicales confrontées à des barrières linguistiques. Toutefois, à partir de 2018, dans le cadre du raccourcissement de la procédure d'asile et de la nouvelle Loi sur les épidémies, des interprètes devront également être présents lors des consultations médicales (entretien téléphonique avec l'OFSP, avril 2017).

ORS Service AG, qui en plus des centres fédéraux, assume également la prise en charge en matière d'asile dans certains cantons, fait état des différences cantonales de gestion dans les centres dont l'organisation s'occupe sur mandat des cantons: pour le canton de SO, il a été rapporté que la première consultation médicale avait lieu auprès du médecin du centre. Si une traduction est nécessaire, on fait appel soit à un requérant d'asile de confiance issu du centre, soit à un encadrant pour l'interprétation, en sachant que les encadrants couvraient la majorité des langues. En cas de consultation de spécialistes, ceux-ci convoquent eux-mêmes des interprètes. Dans le canton de BE également, la première consultation a lieu avec l'aide de requérants d'asile issus du centre, qui sont choisis par le patient lui-même. Lors des consultations de spécialistes, ORS Service rapporte que pour le canton BE, des interprètes sont convoqués. Il existe une collaboration avec Comprendi, le service spécialisé bernois d'interprétariat communautaire de Caritas, mais si les requérants d'asile le souhaitent, d'autres requérants d'asile peuvent également intervenir comme accompagnants.

Dans le canton de FR, lorsque cela est nécessaire, le personnel soignant d'ORS organise des interventions d'interprètes pour les requérants d'asile. Il y a une collaboration régulière avec le service de traduction de Caritas «Se comprendre». Si le requérant d'asile parle une langue pour laquelle il n'y a aucun interprète disponible, le personnel soignant de ORS s'efforce de trouver un interprète issu d'un autre canton (échange e-mail avec ORS Service AG, avril 2017).

Le canton de FR confirme que dans la mesure où le requérant d'asile consulte au préalable une infirmière de ORS Service AG, celle-ci est tenue d'organiser une intervention d'interprète, si nécessaire. Le financement est assuré par le Service de l'action sociale (SASoc) dans le cadre d'un forfait. Les autres interventions d'interprétation dans les cabinets médicaux du canton sont généralement financées par le service en question dans le cadre d'expertises d'assurance-invalidité.

V Mesures recommandées et perspectives

L'enquête montre clairement qu'une grande partie des médecins de famille et pédiatres sont confrontés à des consultations lors desquelles un échange oral direct avec le patient n'est pas possible, que les médecins et les autorités organisent certes des interventions d'interprètes, mais que le nombre d'interventions organisées ne couvre pas le besoin. L'enquête montre également que la barrière de la langue peut entraîner des coûts supplémentaires pour le système de santé et avoir un impact négatif sur la qualité des soins.

La situation en Suisse varie en fonction des cantons. Le canton des GR mène avec succès depuis 2015 un programme d'interprétariat gratuit pour ses médecins établis en cabinet. Dans l'ensemble, on constate toutefois un approvisionnement insuffisant à l'échelle de la Suisse. Seul le domaine de l'asile semble bénéficier d'un nombre accru de structures pour l'intervention d'interprètes, sans pour autant répondre suffisamment au besoin.

Les indications des participants à l'enquête concernant la situation dans les cantons pourraient avoir été influencées par le manque de connaissances. Les réponses relatives au manque d'approvisionnement et de couverture financière peuvent donc également refléter un manque d'informations, bien que l'approvisionnement et la couverture soient en réalité offerts par les institutions. Toutefois, quelques cantons nous ont confirmé l'absence de mode de financement, sans pour autant oublier de mentionner le plus souvent que le problème est reconnu et qu'une solution cantonale ou nationale est ambitionnée.

Par ailleurs, il convient de noter qu'au sein de certains cantons, différents offices semblent n'avoir aucune réelle vue d'ensemble (par ex. peu de connaissances relatives aux structures qui existent, en particulier dans le domaine de l'asile, pour favoriser le recours à des interprètes). En outre, les déclarations des autorités, celles des services d'interprétariat, et les réponses des médecins de famille et pédiatres impliqués dans l'enquête ne se recoupaient pas toujours, ce qui laisse ouverte la question de savoir si cela est uniquement dû au niveau d'information ou bien si certaines règles ne sont pas assez bien appliquées.

Il est également frappant de constater qu'une grande partie des initiatives déjà existantes visant à améliorer le recours à des interprètes concernent les institutions sociales telles que les écoles ou les centres de puériculture et émanent des services d'intégration des cantons (par ex. SG, ZG et BL). De même, les projets sont en règle générale initiés en tant que projets pilotes, ce qui permet tout de même une sensibilisation à l'intervention d'interprètes professionnels, mais implique, pour la durabilité, des fonds supplémentaires.

Dans le domaine de l'asile, ce sont en particulier les cantons de VD et de GE qui semblent atteindre une bonne couverture en interprètes. Le déficit pour les réfugiés dans le canton de VD a été reconnu et depuis l'été 2016, des efforts ont été fait par le biais d'un financement destiné aux réfugiés dépendant de l'aide sociale.

Arguments en faveur de l'intervention rémunérée d'interprètes

Il existe différents arguments en faveur d'un financement des interventions d'interprètes dans les cabinets de médecins de famille et de pédiatres:

Amélioration de la qualité des soins

Les interprètes professionnels permettent d'améliorer la communication et la compréhension, et ainsi la qualité et la satisfaction dans le cadre de la consultation

médicale. Les malentendus, erreurs de diagnostic et complications pourraient ainsi éventuellement être évités.

Besoin existant, obstacle du financement et intérêt pour les interventions

Notre enquête auprès des médecins de famille et pédiatres montre clairement un besoin non couvert en matière d'intervention d'interprètes professionnels. Elle montre également que dans plus de 50% des cas, les obstacles financiers sont perçus comme une barrière à une intervention en règle et que l'élimination de ces obstacles multiplie par sept la probabilité qu'un médecin de famille/pédiatre ait recours à une intervention d'interprètes. Près de 95% des médecins qui font face aux consultations avec une barrière linguistique ont affirmé qu'ils utiliseraient sûrement ou possiblement un système de minutes gratuites d'interprétariat si un tel système existait. Il semble compréhensible que les requérants d'asile et réfugiés, pour autant qu'ils ne maîtrisent aucune langue alternative, aient plus souvent besoin d'interprètes au cours des premières années dans la mesure où l'apprentissage de la langue demande du temps. Même s'il est justifié d'exiger de la part des migrants qu'ils apprennent rapidement une langue nationale, il convient également de garder à l'esprit que le niveau de langue qu'exige une situation médicale chargée d'émotions est significativement plus élevé que celui qui est nécessaire pour la vie quotidienne. Atteindre ce niveau de langue peut toutefois ne pas être évident, en particulier pour les personnes actives dans des secteurs professionnels à faible revenu (bâtiment, usine, entretien). Cela se reflète également dans les résultats de l'enquête, qui ont souligné un important besoin également chez les personnes vivant déjà depuis longtemps en Suisse.

Potentiel d'économies et perspectives à long terme

Une amélioration de la qualité d'approvisionnement signifie aussi de potentielles économies. Cela a également été affirmé par deux tiers des participants ayant été confrontés à des consultations avec incompatibilité linguistique durant l'année passée. Il peut bien entendu s'agir de sommes relativement petites en évitant des examens supplémentaires (laboratoire, radiologie), mais également d'économies en rapport avec des hospitalisations, des examens de suivi, des orientations vers les urgences et des frais thérapeutiques liés à des complications. Dans la littérature également (*cf.* chapitre «Contexte») se trouvent des indications d'un potentiel d'économies.

Une bonne communication est décisive pour les entretiens lors desquels les médecins dispensent aux patients des conseils à visée préventive et pour, en cas de maladie chronique par ex., former les patients de façon à optimiser le pronostic. Aujourd'hui déjà, certains groupes de migrants exploitent moins bien des offres de prévention existantes, et les comportements à risque dans certains groupes de cette population sont plus fréquents [28]. Plus de la moitié des médecins de famille/pédiatres répondants qui sont confrontés à des consultations avec incompatibilité linguistique ont également affirmé, en l'absence d'interprète, avoir renoncé à fournir des informations relatives à la prévention, aux procédures et à la gestion de la maladie en raison de la barrière de la langue. Or, cela peut non seulement avoir des conséquences négatives pour la santé des individus, mais

également conduire à une augmentation à long terme des frais de santé dus à des affections en réalité évitables. Par conséquent, la commission Prévention de la FMH exige elle aussi, pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (MNT), l'accès à des interprètes communautaires [29].

Aspects éthiques

La Commission nationale d'éthique (CNE) exige la création de systèmes de soins adaptés aux besoins des patients confrontés à des barrières linguistiques ainsi qu'à ceux des institutions de soins, qui sont conformes aux obligations incombant à un Etat de droit, notamment en ce qui concerne les droits du patient. Les recommandations suivantes ont été formulées: 1) L'interprétariat communautaire est nécessaire pour garantir les droits des personnes au sein de l'ensemble du système de santé lorsqu'il existe une barrière linguistique; 2) Les professionnels de la santé doivent être sensibilisés aux défis spécifiques de l'interculturalité dans la prise en charge des patients [30].

Aspects légaux

En particulier dans le cadre d'interventions médicales, une déclaration de consentement faisant suite à des informations exhaustives est exigée. Cela n'est toutefois pas possible sans bonne compréhension de la langue [19].

Il est également possible d'argumenter avec la Constitution fédérale (art. 41 al. 1b) [31], selon laquelle «La Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé».

Le groupe professionnel d'interprétariat communautaire de *Hospitals for Equity* de H+ réclame lui aussi qu'une stratégie nationale de financement des interventions d'interprètes communautaires soit mise en place, que les interventions d'interprètes soient reconnues comme des prestations dans le système de santé, et qu'à tous les niveaux soient créées des structures permettant d'assurer une compréhension linguistique grâce à des interprètes qualifiés [32]. La Conférence tripartite sur les agglomérations, la plateforme politique de la Confédération, des cantons, des villes et des communes pour une politique d'agglomération commune en Suisse [33], qui s'occupe également des questions d'intégration et de santé, exige une garantie de la communication par des interprètes qualifiés en cas de compétences linguistiques insuffisantes, de décision délicate et complexe à prendre ou d'interventions médicales [34].

Solutions possibles

Des solutions concrètes doivent prendre en compte les différentes raisons connues pour lesquelles les médecins de famille et pédiatres renoncent à faire intervenir des interprètes professionnels. Le recours à des interprètes est d'une part influencé par le besoin (par ex. ampleur de la barrière linguistique, importance de l'information à communiquer, sensibilité) et d'autre part par la reconnaissance de ce besoin et du bénéfice qu'apporte l'intervention d'un interprète professionnel. L'offre existante doit être adaptée et de grande qualité. Cela implique entre autres la possibilité

d'organiser rapidement et facilement l'interprétation de la langue souhaitée. En outre, l'interprète doit être compétent, respecter le secret professionnel et être digne de confiance pour les patients. S'il existe une offre, le médecin doit savoir où et comment il peut y recourir sans grande difficulté. Sans prise en charge claire des frais, l'offre perd son attractivité, le contact avec le patient ne devant pas constituer une perte pour le médecin.

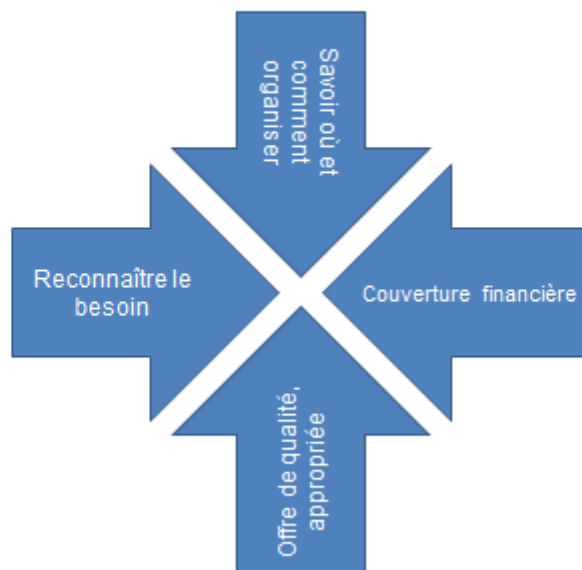


Fig. 12: Principes pour l'intervention d'un interprète

Les principaux aspects qui empêchaient les médecins de famille et pédiatres d'organiser des interventions d'interprètes professionnels étaient de nature organisationnelle, financière et liés aux connaissances.

Information/sensibilisation

Certains participants ont affirmé, certainement à juste titre, qu'ils n'avaient pas besoin d'interprètes, que les patients venaient de toute façon accompagnés (obstacle dans 40% des cas) et que cela fonctionnait le plus souvent suffisamment bien. Les interventions d'interprètes professionnels ne sont pas toujours nécessaires et pas toujours possibles sur le plan pratique et logistique. Il existe cependant des situations dans lesquelles une intervention est indispensable ou très souhaitable. Reconnaître ces situations exige une certaine sensibilisation au thème, ce qui semble être le cas chez une grande partie des participants. De la même manière, la gestion des interprètes doit s'apprendre. Près d'un quart des participants a mentionné le manque d'habitude dans la gestion des interprètes comme étant un obstacle. Des offres visant à favoriser ces compétences dans la collaboration avec des interprètes professionnels devraient être facilement accessibles et être valorisées dans les formations postgraduée et continue des médecins.

Quand le besoin est reconnu, une connaissance des offres existantes et structures de financement est nécessaire. Les médecins de famille, en particulier, ont mentionné un déficit dans ce domaine.

Les cantons qui ont tenté de mettre en place des modèles de financement se sont plaints de la difficulté à atteindre le corps médical. Même dans le canton des GR, qui mène depuis le printemps 2015 un programme d'interprétariat gratuit, tous les participants n'en avaient pas connaissance. Dans le canton de BL, il y a eu une offre mettant facilement à disposition des pédiatres des interprètes avec une réduction de 50%. Bien que le corps médical du canton en ait été informé, l'offre n'a guère été utilisée; on ne sait pas si cela était dû à l'absence de prise en charge à 100%, à une durée trop courte de l'offre ou à un manque d'information. Le corps médical est submergé d'informations. Les retours différents qui ont été obtenus en fonction de l'emplacement de cette enquête dans la newsletter de mfe font également ressortir que la place attribuée à l'information peut entraîner des résultats différents.

Le plus judicieux semble être une information répétée via plusieurs canaux: sociétés cantonales de médecine, sociétés de disciplines médicales, brochure du canton par voie postale et lors des conférences/formations postgraduées et continues. Point essentiel pour toutes les informations écrites: celles-ci doivent être attractives, concises et courtes, et se limiter à l'essentiel.

Résumé:

- *Sensibilisation et formation via des formations postgraduées et continues, plusieurs canaux, les sociétés de disciplines médicales.*
- *Informations relatives aux offres/nouveaux projets communiqués via plusieurs canaux.*

Aspects organisationnels

Les aspects organisationnels sont mentionnés dans plus d'un quart des cas comme étant la principale raison de renoncement à l'intervention d'interprètes. Est particulièrement cité le manque de disponibilité dans le délai souhaité ou pour certaines langues. L'effort organisationnel est lui aussi déploré à maintes reprises; il est par ex. parfois difficile de trouver des créneaux horaires.

Les aspects organisationnels actuellement mentionnés comme obstacles mais qui, d'après les médecins, disparaîtraient en cas de prise en charge globale des coûts sont la durée minimale des interventions d'interprètes qui doit être payée (généralement 1 heure sur place) et le fait que les coûts des interventions lors desquelles les patients ne se présentent pas doivent également être payés.

La sous-estimation préalable de la barrière de la langue peut en partie être améliorée par une meilleure formation du personnel qui prend les rendez-vous. Il serait également souhaitable, pour les grands groupes de migrants ayant des besoins spécifiques en interprètes, de faire des regroupements de rendez-vous, ce qui n'est toutefois guère réalisable au sein des cabinets médicaux.

Une bonne formation peut probablement aussi permettre d'atteindre une amélioration en ce qui concerne la question de la confiance envers les interprètes. Ainsi, il est par ex. essentiel pour les patients de pouvoir compter sur le secret professionnel.

L'enquête auprès des institutions d'interprétariat montre que certaines de ces institutions sont déjà tellement surchargées avec leurs missions actuelles qu'elles n'étaient même pas en mesure de répondre à une enquête, bien que celle-ci soit dans leur intérêt. Cela signifie que les institutions doivent être informées au préalable d'une possible hausse du volume de travail afin de pouvoir s'y préparer. Il est essentiel qu'au moment du lancement d'un éventuel projet, les institutions prestataires de services soient prêtes afin d'éviter les expériences négatives, que ce soit du côté des médecins ou du prestataire de services. Si la première expérience est négative en raison d'un manque de préparation, il existe un risque que les interprètes professionnels ne soient plus sollicités. De même, les institutions devraient réfléchir à la manière dont elles pourraient réduire ces obstacles organisationnels et améliorer leurs services.

Une partie des patients – en particulier des requérants d'asile et bénéficiaires d'aides sociales – se présentent d'ores et déjà en consultation avec des interprètes professionnels. Il convient de s'assurer qu'un nouveau système n'entraîne pas uniquement une réorganisation sans amélioration de l'offre.

Résumé:

- *L'organisation doit être aussi simple que possible.*
- *La prestation de service doit autant que possible être adaptée aux réalités.*
- *Les institutions doivent être préparées à une possible augmentation du volume de travail.*
- *La qualité doit être garantie.*
- *Les projets existants et sources de financement doivent être pris en compte et un task shift involontaire doit être évité.*

Aspects financiers

L'étude indique que les aspects financiers ne sont mentionnés en tant que principal obstacle à l'intervention d'interprètes que dans un quart des cas et que certains médecins organisent des interventions d'interprètes malgré une prise en charge financière insuffisante. La barrière financière ne doit toutefois pas être sous-estimée: la suppression de cette barrière multiplie par huit le recours à des interprètes. Un pourcentage relativement faible (seulement 17,0%) de ceux qui ont accès à une offre ne l'utilise pas. Plus de la moitié de ceux qui ne font pas appel à des interprètes malgré des consultations avec incompatibilité linguistique ont mentionné la prise en charge financière insuffisante comme étant une raison pertinente. Cela montre clairement que les aspects financiers doivent impérativement être réglés si l'on souhaite éliminer les obstacles à un recours aux interprètes adaptés.

Que cela soit en raison d'un manque d'information ou bien d'une couverture encore insuffisante des frais, un projet pilote n'ayant couvert que 50% des frais n'a trouvé qu'un faible écho – voire aucun – auprès des pédiatres qui y avaient accès, et ce bien que le projet ait prévu une prise en charge automatique de 50% des frais ne nécessitant aucun effort organisationnel supplémentaire. Les commentaires sous forme de texte libre de certains participants, qui se plaignaient que le prix des interventions était plus élevé que leur revenu, à durée équivalente, montrent

clairement que l'organisation d'interventions sans couverture financière intégrale n'est pas intéressante pour de nombreux médecins de premier recours.

Résumé:

- *Il convient de viser une couverture financière la plus complète possible par unité proposée.*

Un pas en avant

Le modèle du canton des GR est très attractif, car il promet aux médecins de premier recours du canton une prise en charge complète des frais sans contrainte supplémentaire et serait souhaitable pour toute la Suisse, si on vise une qualité optimale de la prise en charge.

Au total, 8 009 médecins exerçaient en Suisse en 2016 en tant que médecins de premier recours [35]. Si l'on applique l'estimation grossière de 28 interventions par an en moyenne (souhaitées et effectives) à ce chiffre, cela représenterait un volume annuel de plus de 224 000 interventions. Il convient toutefois de tenir compte du fait qu'actuellement, une partie du travail de traduction est réalisée par la famille, les amis, les encadrants dans les centres d'asile et les requérants d'asile eux-mêmes, et n'est pas comptabilisée ici.

La proportion pouvant réellement être prise en charge dépendra 1) des ressources financières, 2) de la part de couverture des besoins visée, 3) du public cible (seulement certains médecins/patients?) et 3) de la répartition de la responsabilité de la prise en charge des frais, ce qui ne doit pas entraver l'offre existante.

Mettre initialement à disposition de chaque médecin de famille et pédiatre un contingent de minutes d'intervention d'interprètes professionnels qu'il peut utiliser selon ses besoins représente une solution viable permettant une maîtrise des coûts. L'urgence et l'indication d'un soutien professionnel varient d'une consultation à une autre. Les médecins sont les mieux placés pour savoir chez quels patients utiliser au mieux leurs minutes. La facturation des coûts devrait néanmoins être adressée automatiquement au service finançant le projet jusqu'à épuisement du contingent de minutes, et ce sans tâches administratives pour les médecins; la convocation d'un interprète doit rester aussi simple que possible.

L'enquête montre une claire préférence pour les interprètes sur place, et ce vraisemblablement en raison de l'absence de vis-à-vis lors d'une conversation téléphonique et du fait que l'interprétariat téléphonique ne fait pas encore partie des habitudes. Une enquête menée auprès des médecins du canton de LU a également montré qu'avec 17%, cette possibilité est encore relativement inconnue [36]. L'interprétariat sur place est bien adapté aux entretiens longs et délicats, tels que l'explication de procédures complexes en cas de diagnostic grave. Il est souvent considéré comme plus personnel et plus pratique [36]. Toutefois, environ un tiers des participants préférait un mélange des deux, et 10% préféraient même l'interprétation par téléphone. Un mélange qui comprendrait également des minutes d'interprétation par téléphone serait judicieux, car l'interprétation par téléphone, bien qu'encore rare au cabinet médical, présente le potentiel pour des traductions rapides et disponibles de suite qui permettent, en cas d'incertitudes inattendues,

d'éclaircir rapidement la situation. De plus, elle présente l'avantage de l'absence de frais de déplacement, qui sont particulièrement pertinents dans les régions rurales.

Il ressort des réponses sous forme de texte libre des médecins participants qu'une prestation d'interprétariat par vidéo (par ex. via Skype) aurait tendance à être privilégiée vis-à-vis de la simple interprétation par téléphone. Dans la mesure où l'interprétariat par vidéo ne connaît un franc succès qu'à l'étranger et n'est pas encore proposé en Suisse, nous n'avons pas poussé les investigations plus loin. Il vaudrait cependant la peine de se demander si le service d'interprétariat par téléphone ne pourrait pas faire évoluer ses prestations vers l'interprétariat vidéo, vu que les interprètes sont de toute façon présents. Grâce à l'image, les mimiques et réactions corporelles peuvent également être prises en compte dans la traduction, sans que celles-ci aient besoin d'être décrites par le médecin.

Parmi les 90,8% de participants qui sont confrontés au moins une fois par an à des consultations au cours desquelles aucune communication directe n'est possible, seuls 33,2% profitent actuellement d'interventions d'interprètes et 87,8% souhaiteraient bénéficier de plus d'interventions. En médiane, ils ont déclaré avoir besoin de 15 interventions d'interprètes professionnels (interventions effectives et souhaitées) par année. Une intervention sur place par mois et 5 heures d'interprétariat téléphonique permettraient de bien couvrir ce besoin («schéma 12+5»). Si une couverture plus importante est souhaitée, les frais augmentent. Plus le contingent alloué est important, plus la proportion des médecins qui considèrent leur besoin comme couvert est élevée, mais également la proportion de médecins qui n'utiliseront pas complètement leur contingent par manque de besoin. Ainsi, 25% des participants confrontés à des consultations avec incompatibilité linguistique ont un besoin d'au maximum cinq consultations par an, et près de 10% de l'ensemble des participants n'ont même aucun besoin car ils ne réalisent pas de consultations au cours desquelles un interprète serait potentiellement utile. A cela s'ajoutent tous ceux qui n'utiliseront pas l'offre car ils n'en ont pas connaissance ou pour des raisons organisationnelles. L'expérience du canton des GR montre qu'il faut du temps et de l'engagement avant qu'un projet soit connu et utilisé.

Pour un «schéma 12+5», les coûts globaux s'articuleraient donc comme suit: si le tarif pour les interventions sur place est augmenté d'actuellement env. 90 CHF/heure à 150 CHF/heure en raison des frais de déplacement et si l'on part sur une base de 5 heures de Service national d'interprétariat téléphonique (180 CHF/heure), on obtient, pour les 8 009 médecins de famille et pédiatres, 21,6 millions de CHF par an. Si l'on tient compte du fait que près de 10% des médecins ne sont pas confrontés à des consultations avec incompatibilité linguistique et que 25% des médecins confrontés à ce type de consultation estiment leur besoin à un maximum de 5 interventions (percentile 25 = 5), le budget tombe alors à un maximum de 16,4 millions de CHF par an pour couvrir l'ensemble des frais additionnels du projet. Les expériences réalisées dans les cantons montrent toutefois que par ignorance ou pour des raisons organisationnelles, une part considérable des médecins n'utilisera pas l'offre, ce qui peut encore largement réduire le budget nécessaire. Bien que ce schéma couvre complètement les besoins de seulement un peu plus de 50% des médecins, cela semble un bon début.

Pour couvrir le besoin de 75% des médecins de famille et pédiatres confrontés au moins une fois par an à d'importantes barrières linguistiques, il faudrait 48 interventions par an; si l'on ne souhaite couvrir que la proportion déclarée comme besoin non couvert, cela représenterait 36 interventions par an (percentile 75 = 36). Si l'on part sur 48 interventions, et si l'on considère la répartition des besoins évoquée et la non-utilisation par les médecins qui ont déclaré avoir un besoin moins important ainsi que le fait que les consultations encore non couvertes le seraient grâce aux interventions sur place, cela reviendrait à une augmentation des coûts d'au maximum 17,8 millions de CHF par an pour une exploitation complète. Si l'on considère uniquement les interventions souhaitées et si l'on compte sur le maintien d'une couverture la plus complète possible avec les offres existantes, on serait encore à 36 interventions par an en tant que limite supérieure de contingent (+ 11,3 millions de CHF/an).

Ces calculs sont basés sur des estimations et ont tendance à surestimer les sommes, car ils sont toujours réalisés avec la valeur maximale de besoin des 25^e percentiles. Le fait qu'une partie des médecins ne travaille pas à 100% n'est pas non plus pris en compte, de même que le fait que probablement seule une partie (dans le canton des GR un peu plus de 50%) aurait recours à l'offre. Les frais seront donc probablement beaucoup moins élevés initialement.

Bien entendu, des sommes plus faibles permettraient déjà d'obtenir des améliorations, pour autant que les autres structures de financement ne soient pas démantelées.

Il convient de tenir compte du fait que dans la situation actuelle, il est certain que plus de la moitié des interventions réalisées sont déjà financées par les autorités, les ONG ou les centres d'asile, cette proportion pouvant varier grandement. Les calculs mentionnés ne prennent pas en compte les subventions préexistantes pour les services d'interprétariat (uniquement les tarifs actuels). Egalement pour les interventions déclarées comme d'initiative propre dans l'enquête, il y a parfois des interventions co-organisées et financées par le service social, les autorités de protection de l'enfance, les ONG, etc., ce qui peut expliquer pourquoi elles n'apparaissent pas dans les statistiques des centres d'interprétariat en tant qu'interventions de médecins de famille/pédiatres. En cas de nouvelle structure financière, il est toutefois à craindre que les offres existantes tentent de reporter leur mission sur le nouveau projet de financement. Une dégradation de la qualité des soins doit bien entendu être évitée.

Il est donc essentiel d'également tenir compte du fait que les modèles proposés ne couvrent pas les besoins de certains médecins de famille et pédiatres qui s'occupent de nombreux migrants, par ex. en collaboration avec les autorités en charge de l'asile. Afin d'éviter une couverture insuffisante, il serait donc dans l'idéal nécessaire de continuer à appliquer les schémas de traduction existants pour les requérants d'asile et réfugiés (financement par les centres d'asile, fondations, ONG, cantons, etc.). Cet aspect est particulièrement essentiel dans les cantons dans lesquels les requérants d'asile et réfugiés sont adressés soit à des médecins parlant la même langue qu'eux, soit à des médecins spécialement désignés ayant accès à des services d'interprétariat, qui non seulement voient un très grand nombre de migrants, mais disposent également d'une grande expérience dans leur prise en charge. Si les institutions en charge des requérants d'asile étaient tenues de payer

les interprètes, on peut imaginer que les factures de ces interventions seraient envoyées par les centres d'interprétariat directement aux institutions concernées et ne seraient ainsi pas décomptées du contingent du médecin. En revanche, si les institutions de réfugiés en étaient exemptes, il serait dans l'idéal nécessaire d'envisager, au moins pour les requérants d'asile, un système qui fasse parvenir automatiquement aux autorités les frais facturés par les services d'interprétariat sans pour autant menacer les petits contingents. Idéalement, les réfugiés reconnus et les personnes admises à titre provisoire devraient bénéficier de conditions similaires au cours des premières années, en particulier s'ils dépendent de l'aide sociale. Alternativement, en cas de libération des obligations existantes, les contingents pour les médecins devraient être fixés plus haut et un financement spécial devrait être prévu pour les médecins confrontés à un grand nombre de requérants d'asile et de réfugiés.

A la place d'un modèle basé sur les contingents, il est également possible d'envisager un modèle semblable à celui du canton de VD, dans lequel les interventions d'interprètes pour les requérants d'asile et les réfugiés dépendant de l'aide sociale sont prises en charge. La difficulté réside ici dans le fait que le statut de séjour doit être communiqué systématiquement et qu'un tel système exclut p.ex. les personnes également dans le besoin qui vivent en Suisse depuis longtemps, bien qu'il existe un besoin et que l'intervention ciblée et adéquate d'interprètes puisse potentiellement améliorer à long terme la qualité des soins et la santé.

Un modèle tel que dans le canton des GR – sans plafonnement ni limitation des groupes de patients – présenterait l'avantage d'avoir moins de barrières et charges administratives. Cependant, les frais escomptés au cours des premières années sont plus difficiles à estimer. Ces frais seraient massivement influencés par l'écho suscité par le projet et par les potentielles tentatives des institutions actuellement tenues d'assumer les frais d'interventions de répercuter leur mission sur le projet.

En fonction de la structure de la population, il est possible d'adapter les contingents. Etant donné que le besoin semble, selon l'enquête, être plus important chez les pédiatres, un modèle prévoyant un contingent plus élevé pour les pédiatres pourrait être judicieux. Une solution minimale que les cantons pourraient majorer en fonction des ressources locales et des besoins est envisageable. Cela permettrait à des cantons tels que GE et VD, bénéficiant déjà d'une bonne couverture dans le domaine de l'asile, et au canton des GR, de continuer à proposer leur offre de qualité. Un démantèlement de l'approvisionnement existant n'est pas souhaitable. Dans la mesure où une partie des médecins n'utiliseront pas leur contingent (pas de besoin, méconnaissance, habitude, aspects organisationnels, etc.), les interventions non utilisées pourraient être redistribuées tous les 6 mois aux médecins confrontés à de nombreuses consultations avec barrières linguistiques, par ex. du fait qu'ils prennent en charge un grand nombre de réfugiés.

Si la Confédération n'apportait une contribution financière que pour la promotion du Service national d'interprétariat téléphonique, une offre de 30-60 min. par mois de Service national d'interprétariat téléphonique pour tous les médecins de famille et pédiatres de Suisse serait une possibilité permettant tout de même de mieux maîtriser les situations d'urgence et ainsi éviter les graves malentendus, complications aiguës et orientations vers les urgences. Si l'ensemble des 8 009 [35] médecins de premier recours suisses utilisaient l'intégralité de l'heure offerte (ce qui

est très improbable au vu du fait que nombre d'entre eux n'ont aucun besoin et que seuls 52,9% des participants ont déclaré avoir un besoin d'interprètes non couvert au moins une fois par mois), cela coûterait à la Confédération 17,3 millions de CHF avec le tarif national actuellement élevé d'interprétariat téléphonique de 180 CHF/heure. Si l'ensemble des médecins utilisaient le service en moyenne 30 minutes, cela reviendrait à 8,6 millions de CHF; pour les raisons mentionnées, les frais à escompter seraient en réalité plus faibles. En outre, un plus grand nombre d'interventions téléphoniques conduirait probablement à une meilleure efficacité et ainsi à une baisse des tarifs. AOZ Medios, l'entreprise en charge du Service national d'interprétariat téléphonique, a également confirmé qu'une baisse des tarifs serait envisageable à long terme en cas de bonne utilisation (e-mail d'avril 2017). Etant donné que l'intervention téléphonique est prévue pour des interventions brèves, 1 heure de crédit par mois (12 heures par an) offrirait plusieurs interventions (durée minimale 10 minutes) gratuites par mois. Même 30 minutes de téléphone par mois auraient le potentiel de couvrir durablement le besoin, au moins dans certaines situations d'urgence.

A la place des interventions téléphoniques et potentiellement d'une partie des interventions sur place, on peut naturellement également recourir à l'interprétation vidéo – dès que le service sera mis en place – car, même si l'interprétation vidéo sera probablement aussi onéreuse que le Service national d'interprétariat téléphonique en raison des aspects techniques, elle présentera des avantages supplémentaires grâce à l'image.

Résumé:

- *Minutes gratuites d'interventions d'interprétariat à répartir librement pour les médecins de famille et pédiatres*
- *Mélange d'interventions sur place et d'interventions téléphoniques, avec une plus grande part souhaitée d'interventions sur place*
- *Tendance à un contingent plus élevé pour les pédiatres car besoin plus important*
- *Exploiter pleinement les obligations existantes, ou aspirer à un changement de système avec une meilleure couverture pour les requérants d'asile (consultations pertinentes).*

Qui doit payer?

Le financement reste le principal point d'achoppement. Dans les réponses sous forme de texte libre, les participants à l'enquête ont déploré que ce soit aux médecins de famille/pédiatres de payer le manque de connaissances linguistiques de leurs patients. Les participants ont déploré que les caisses-maladie ne puissent actuellement pas être mises à contribution, par ex. au moyen d'une position tarifaire supplémentaire. En outre, ils se posent la question de savoir pourquoi la Confédération et les cantons n'apportent pas plus de soutien.

La législation actuelle ne permet pas d'obliger les caisses-maladie à prendre en charge ces coûts [19] et ce, bien que le recours à des interprètes puisse également conduire à des économies de coûts pertinentes pour les assurances. Cela est possible uniquement dans le cadre de l'assurance-accidents [19].

Etant donné que ces économies de coûts concernent en particulier le secteur de la santé, les arguments visant à une prise en charge par ce secteur également, en plus ou à la place des services d'intégration et des autorités d'asile, sont justifiés.

Sur le plan organisationnel, les différentes initiatives qui ont actuellement pour but d'encourager la communication et le recours aux interprètes sont en règle générale implantées dans les bureaux cantonaux d'intégration, qui ne relèvent pas toujours du même département que la santé. De nombreux projets débutent en tant que projet pilote, mais ont ensuite du mal à trouver un financement ultérieur à long terme. Etant donné que le recours aux interprètes peut également mener à des économies de frais de santé, un co-financement par les autorités sanitaires et la Confédération paraîtrait logique.

En fonction de la répartition des habitants et de la capacité financière, un projet prenant en charge l'ensemble des coûts des interventions d'interprètes dans les cabinets de médecins de famille et de pédiatres, et peut-être même dans les cabinets de gynécologues ou d'autres spécialistes, pourrait sortir du cadre que les cantons sont en mesure de supporter. Au vu de la situation financière actuelle de certains cantons, nombreux sont ceux qui ne pourront pas mettre en place un projet d'interprétariat, à la fois pour des raisons politiques et en partie aussi pour des raisons de ressources techniques et financières. En ce sens, et également afin d'atteindre une homogénéisation et par conséquent une simplification du système, une solution au niveau fédéral serait souhaitable.

Si la Confédération assumait la responsabilité d'un tel projet, qui pourrait se réaliser en collaboration avec les cantons, cela présenterait différents avantages: le développement d'un modèle unique peut être pris en charge de manière centrale, sans que chaque canton ne doive s'efforcer de développer un système individuel. Le projet pourrait être mis en œuvre plus rapidement à l'échelle de toute la Suisse. Actuellement, il existe déjà des stratégies politiques concernant la migration et la santé ou les maladies non transmissibles (MNT), qui exigent ou impliquent en principe une bonne performance d'interprétation, y compris dans la médecine de premier recours. Un financement pouvant être augmenté par les cantons en fonction du besoin a le plus de chance de pouvoir être supporté par la Confédération.

Une évaluation économique financière traditionnelle, qui est souvent souhaitée par la sphère politique en préalable à de telles interventions, se révèle difficilement réalisable. Tandis que les méthodes pour comparer les traitements et enregistrer les éventuelles complications sont relativement bien définies dans les évaluations classiques en médecine, la problématique est ici bien plus complexe: les résultats d'une évaluation varieraient fortement en fonction des anomalies médicales et complications, des incidences et de la mesure dans laquelle les aspects préventifs sont pris en compte. Il n'est guère possible de déterminer de manière définitive si les économies potentielles couvriront également l'ensemble des coûts à long terme. De même, des aspects tels que la confidentialité, la charge émotionnelle des proches assurant la traduction et l'éthique sont difficiles à intégrer. La littérature internationale (voir ci-dessus) offre toutefois des indications quant à un net potentiel d'économie. Dans cette enquête, il a également pu être démontré que la présence d'interprètes professionnels peut conduire très probablement à des économies de coûts dans le domaine de la santé aussi en Suisse.

L'objectif des offres éventuelles n'est bien entendu pas de soutenir les personnes de langue étrangère nanties. Après concertation préalable, les médecins de famille et pédiatres peuvent aussi facturer les frais d'interprétation à ces personnes. En cas de contingent d'heures d'interprétation, ces groupes de personnes ne seraient pas privilégiées par les médecins de famille/pédiatres.

Résumé:

- *Les meilleures chances d'aboutir à une couverture nationale seraient obtenues avec une participation de la Confédération.*

Autres approches

Afin de réduire au maximum les coûts liés aux interventions d'interprètes, il convient évidemment de continuer à encourager l'acquisition de compétences linguistiques chez les migrants ainsi que leur intégration. Par ailleurs, lorsque cela est possible, adresser le patient à un médecin parlant la même langue que lui peut considérablement contribuer à diminuer les coûts. De nombreux médecins ont indiqué dans notre enquête qu'ils surmontaient les barrières linguistiques grâce à leurs propres connaissances linguistiques ou à celles de leurs collaborateurs. En outre, une concentration de consultations pour des patients avec le même besoin en interprétation peut être utile et économique. Il reste en particulier à déterminer le potentiel de consultations spéciales pour migrants en fonction de la situation géographique (notamment villes), étant donné que non seulement le savoir-faire spécialisé disponible mais aussi la possibilité de regrouper les interventions d'interprètes pourraient conduire à des économies de coûts à court et à long terme.

Pour le travail de prévention, la communication est capitale. Les brochures, films et documents permettent de n'en couvrir qu'une partie.

Transmettre des recommandations sur la sécurité, la santé et la maladie, l'alimentation et le développement des enfants constituent une partie du travail de prévention de chaque médecin s'occupant d'enfants. De plus, la transmission de connaissances, en particulier en cas de maladies chroniques telles que le diabète, revêt une importance centrale pour tous les médecins de premier recours.

Déjà actuellement, des séances d'information et de prévention secondaire concernant les maladies chroniques fréquentes sont organisées en groupe (par ex. le thème de l'asthme chez les enfants au CHUV). Pour la prévention primaire également, des séances de groupe sont organisées. Ainsi, depuis des années, Caritas Suisse organise avec succès des ateliers et manifestations sur le thème de la prévention de l'excision des jeunes filles, en veillant à rendre ces événements attractifs (repas en commun, musique, en règle générale organisés en collaboration avec les groupes de migrants concernés). Ce type de transmission des connaissances est souvent plus adapté culturellement, étant donné que de tels thèmes sont souvent plutôt abordés en groupe dans les pays d'origine et que les contacts sociaux peuvent être entretenus, ce qui est apprécié par les patients. L'organisation Femmes-Tische utilise également cette approche.

En plus d'un meilleur accès aux interprètes dans les cabinets, de telles manifestations peuvent, via la prévention, diminuer les frais de santé à long terme dans les régions comptant de grandes populations migrantes de langues étrangères. Cette approche reste à évaluer en tant que complément, mais elle ne remplace pas une consultation médicale en face à face.

Il reste également à déterminer si les employeurs qui engagent des personnes sans connaissances des langues locales ou les étrangers mieux lotis ne devraient pas davantage être sensibilisés à la possibilité de recourir à des interprètes professionnels à leurs propres frais.

Un autre aspect essentiel sera la transmission des connaissances et la formation des médecins de famille et pédiatres en matière d'interculturalité, de recours à des interprètes professionnels et d'accès aux différentes offres.

Les organisations médicales cantonales, les sociétés de discipline et le CMPR peuvent ici apporter leur pierre à l'édifice dans le cadre de leurs formations postgraduées et continues.

VI Remerciements

Un premier remerciement va à l'ensemble des médecins de famille et pédiatres qui ont pris le temps de participer à cette enquête. Nous remercions également les sociétés participantes, l'OFSP et INTERPRET, les services d'interprétariat et les cantons qui ont partagé des informations avec nous et tous ceux qui nous ont correctement renseignés. Il convient tout particulièrement de mentionner Mme B. Laville et le Dr Pierre Klauser, CMPR, et le Dr Nicole Pellaud, Société Suisse de Pédiatrie (SSP), sans qui cette étude n'aurait jamais pu voir le jour. Nous souhaitons également remercier M. Egli, CMPR, qui a contacté les services d'interprétariat germanophones. Nos remerciements vont aussi au groupe de référence Migration de la SSP pour ses observations ainsi qu'aux personnes ayant assuré la traduction professionnelle du travail. Nous remercions également la SSP (Mme C. Baeriswyl, Dr N. Pellaud) et mfe (M. R. Wiesli) pour leur contribution et l'envoi du questionnaire. Merci enfin à K. et Ch. Jäger pour leur relecture.

Références

1. Office fédéral de la statistique. *Bevölkerung 2015*. 2016 [10.11.2016]; disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.html>.
2. Secrétariat d'Etat aux migrations. *Etrangers : statistiques 2015, Communiqués, SEM, 28.01.2016*. 2016; disponible sur: <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/news/2016/2016-01-280.html>.
3. Secrétariat d'Etat aux migrations SEM, *Statistique en matière d'asile 2015*, E.J.-u.P. EJPD, Editor. 2016.
4. Office fédéral de la statistique OFS, *Premiers résultats de l'Enquête sur la langue, la religion et la culture 2014, partie langue – communiqué de presse*. 2016.
5. Divi, C., et al., *Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study*. Int J Qual Health Care, 2007. **19**(2): p. 60-67.
6. Flores, G., *The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review*. Med Care Res Rev, 2005. **62**(3): p. 255-99.
7. Flores, G., et al., *Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters*. Ann Emerg Med, 2012. **60**(5): p. 545-53.
8. Hampers, L.C. and J.E. McNulty, *Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2002. **156**(11): p. 1108-13.
9. Andrulis, D., N. Goodman, and C. Pryor, *What a difference an interpreter can make. Health care experiences of uninsured with limited English proficiency. The Access Project*. 2002: Boston.
10. INTERPRET. *INTERPRET - l'association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle*. 25.01.2017]; disponible sur: <http://www.inter-pret.ch/>.
11. Jacobs, E., et al., *The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients*. J Gen Intern Med, 2001. **16**: p. 468-474.
12. Lindholm, M., et al., *Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates*. Journal of General Internal Medicine, 2012(10): p. 1294–1299.
13. Office fédéral de la santé publique OFSP, *Urgence linguistique? Appelez-nous: 0842 442 442*, B.f.G. OFSP, Editor, AOZ.
14. Flores, G., et al., *Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters*. Pediatrics, 2003. **111**(1): p. 6-14.
15. Kurth, E., et al., *Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals*. BMC Public Health, 2010. **10**(1): p. 659.
16. migesExpert. *Communication / interprétariat*. 25.01.2017]; disponible sur: <http://www.migesplus.ch/fr/migesexpert/communication-interpretariat/>.
17. Bischoff, A. and R. Steinauer, *Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse*. Pflege, 2007. **20**: p. 343–351.
18. Office fédéral de la santé publique. *Programme national Migration et santé*. 2013 [22.04.2013]; disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit.html>.
19. Achermann, A. and J. Künzli, *Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung - Gutachten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachbereich Migration und Gesundheit* 2008.

20. Hösli, S., Baehler Michèle, *Regelung und Finanzierung des interkulturellen Übersetzens in Schweizer Spitälern - Auswertung einer Umfrage bei den H+ Institutionen* 2013, Office fédéral de la santé publique OFSP – Programme Migration et santé.
21. Gehrig, M. and I. Graf, *Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie)*. 2009, Le bureau d'études de politique du travail et de politique sociale Bass AG.
22. Gehrig, M., et al., *Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken*. 2012, Office fédéral de la santé publique; Bureau BASS.
23. Jaeger, F.N., et al., *Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective-- improving hospital care for migrant children*. BMC Health Serv Res, 2013. **13**: p. 389.
24. Seijo, R., H. Gomez, and J. Freidenberg, *Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients.*, in *Hispanic psychology—Critical issues in theory and research*, A.M. Padilla, Editor. 1995, Sage: Thousand Oaks, CA. p. 169-81.
25. Canton des grisons, F.I. *Triolog - Interkulturelles Dolmetschen in Arztpraxen*. [cited 2017; disponible sur: <https://www.gr.ch/DE/themen/Integration/integrationgr/dolmetschen/Seiten/default.aspx>].
26. St.Gallen, K., et al., *Auswertung Gutscheinmodell Gesundheitsvorsorge und Migration*. 2015.
27. Brägger, M., *Begleitstudie zur Promotion Interkulturelles Dolmetschen des Fachbereichs Integration Kanton Basel-Landschaft*. 2015.
28. Guggisberg, J., et al., *Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II)*. 2011, BASS AG, ZHAW, ISPM, M.I.S. Trend.
29. Quinto, C., B. Weil, and e. al., *Die Rolle der Ärzteschaft im NCD-Arbeitspaket 2*. SAEZ, 2017.
30. Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) *Migrants allophones et système de soins : la CNE souligne que l'accès à la communication est un prérequis pour accéder aux droits humains universels de chacun*. 22.03.2017.
31. *Constitution fédérale de la Confédération suisse*. disponible sur: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/201405180000/101.pdf>.
32. H+ les hôpitaux de Suisse, *Prise de position du groupe d'experts en interprétariat communautaire de «Swiss Hospitals for Equity» (SH4E)*. 2016.
33. *Conférence tripartite sur les agglomérations (CTA) –site internet*. 29.04.2017]; disponible sur: <http://www.tak-cta.ch/de>.
34. Conférence tripartite sur les agglomérations (CTA), *Dialogue CTA sur l'intégration "Entrer dans la vie en bonne santé" – recommandations aux partenaires* 2014.
35. FMH, *Statistique médicale de la FMH 2016* 2016.
36. Oetterli, M., et al., *Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund: Situationsanalyse, Handlungsbedarf und Empfehlungen zu Massnahmen. Studie zuhanden der Sektion Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG) des Kantons Luzern, Interface Politikstudien Forschung*.