

Barrières linguistiques et communication dans une polyclinique de médecine

Alexander BISCHOFF, Louis LOUTAN & Hans STALDER

Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Médecine Communautaire,
CH-1211 Genève 14

Kommunikation hat also etwas zu tun mit Verantwortung. Wer kommunizieren will, muss sich mit seinem Partner «gemein» machen, wie es das lateinische Adjektiv «communis» zu verstehen gibt.

Peter Höfle

Wie steht es mit der Verantwortung, sich mit dem Gesprächspartner *communis* – «gemein» – zu machen, wenn der fremdsprachig ist? Wie wird die Verantwortung für die Kommunikation wahrgenommen, wenn Sprachbarrieren bestehen? Und wie sieht diese Verantwortung im Gesundheitsbereich aus? Im Universitätsspital Genf wurde dies im Rahmen eines Pflegequalitäts-Projektes untersucht. Die Studie zeigt, dass Französisch nur in 36% aller Fälle die Muttersprache der Patienten war, welche die medizinische Poliklinik während zwei Monaten (1999) aufsuchten. Zudem sprach mehr als ein Drittel der Patienten, entsprechend den Angaben der Ärzte, nicht fließend französisch. Die Auswertung der von Patienten und Ärzten ausgefüllten Fragebogen ergab folgende Resultate: Fremdsprachige Patienten bewerteten die Kommunikation in der Sprechstunde dann am besten, wenn ein qualifizierter Dolmetscher zugegen war, weniger gut, wenn auf eine Drittsprache ausgewichen wurde, und noch weniger gut, wenn Patientenangehörige Ad-hoc-Übersetzungsdienste verrichteten. Auf der Ärzteseite wird die Kommunikation mit französisch sprechenden Patienten durchwegs besser bewertet. Was die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten angeht, werden oft höhere Bewertungen der Kommunikation angegeben, wenn der Arzt allein dem Patienten gegenüber sitzt (d.h. also eine «Verkehrsprache» benützt), im Durchschnitt jedenfalls höher als wenn ein Dolmetscher anwesend ist. Am wenigsten gut kam auch hier, und zwar mit weit grösseren Unterschieden, die Kommunikation mittels Angehöriger weg. Die Zufriedenheit der Ärzte mit den qualifizierten Dolmetschern war sehr gross (8,8 im Durchschnitt, bei einer Skala von 1-10).

Introduction

Qu'en est-il de la responsabilité de se faire comprendre par son interlocuteur, quand celui-ci parle une autre langue? Comment cette responsabilité est-elle assumée lorsque des barrières linguistiques existent? Et qu'en est-il de cette responsabilité dans le secteur des soins de santé? Des études effectuées dans trois polycliniques médicales en Suisse ont montré que les problèmes de communication rencontrés par les médecins dans leurs contacts avec des réfugiés et des demandeurs d'asile étaient principalement de nature linguistique et que trois quarts des médecins concernés jugeaient la traduction indispensable (Blöchliger, Tanner, Hatz & Junghanss, 1997; Blöchliger, Ries, Gonon, Loutan, Mark, Vetterli, Tanner, Hatz & Junghanss, 1998). Les enquêtes menées à Bâle, Berne et Genève en 1994 ont par ailleurs montré

que, dans la plupart des cas, l'interprétation n'était pas assurée par des interprètes qualifiés, mais bien par la famille ou les amis des patients. Très souvent dès lors, la communication avec la clientèle de demandeurs d'asile et de réfugiés, principalement allophones, n'était pas satisfaisante.

Méthodes

Dans le cadre d'un projet visant à améliorer la communication avec les patients allophones («*Projet Qualité HUG*»), nous avons mené une enquête au sein de la polyclinique du «*Département de Médecine Communautaire*» (Hôpital universitaire de Genève) afin de voir comment, après l'instauration d'un service d'interprétation, étaient abordés les barrières linguistiques et les problèmes de communication avec les patients allophones. La polyclinique de médecine est l'institut de l'hôpital universitaire responsable des soins de base médicaux ambulatoires. Des médecins assistants ayant suivi une formation complémentaire de plus de trois ans assurent les consultations avec ou sans rendez-vous. Deux questionnaires contenant à chaque fois 18 questions (le plus souvent à cocher) sur la qualité de la communication, de l'interaction et de la compréhension lors des consultations, ont été élaborés; l'un s'adressant aux médecins, l'autre aux patients. Le questionnaire destiné aux médecins était joint au dossier du patient avant la consultation et il fut à chaque fois complété à l'issue de celle-ci. Le questionnaire destiné aux patients, disponible en dix langues (français, albanais, serbo-croate, anglais, allemand, portugais, espagnol, italien, turc et arabe), fut lui aussi complété immédiatement après la consultation. Une assistante informait les patients sur la procédure et le but de l'enquête, distribuait les questionnaires et répondait aux questions éventuelles. Les patients francophones faisaient office de groupe de contrôle et devaient également compléter le questionnaire.

A l'automne 1999 (en début de semestre), les nouveaux assistants médecins ont pris leur service à la polyclinique. Ils n'avaient pas encore beaucoup d'expérience en matière de contact avec des allophones et ignoraient encore que plus de la moitié de tous leurs patients seraient d'origine étrangère et qu'en outre, la moitié de ceux-ci ne maîtrisaient pas le français. Dès leur entrée en service, ils ont dû se débrouiller dans leurs contacts avec les allophones. Ils avaient trois possibilités pour communiquer avec les patients allophones: soit, au moyen d'une «langue véhiculaire» (donc dans une langue autre que la langue maternelle du patient), soit avec l'aide d'un parent ou d'une connaissance du patient, qui faisait office d'interprète, soit encore – et cette possibilité a été souvent soulignée dans le cadre de formations

complémentaires et de sessions d'information – en recourant à des interprètes qualifiés, qui faisaient partie du service d'interprétation accrédité officiellement par l'hôpital (Croix- Rouge genevoise).

Pour évaluer la qualité de la communication lors des consultations, les patients devaient répondre à des questions en les cochant d'une croix sur une échelle allant de 1 à 10. Les questionnaires se sont inspirés de ceux élaborés dans le cadre d'études sur l'interaction médecin-patient et sur la satisfaction des patients (Flocke, 1997; Hayes & Baker, 1998). Dans le cadre de notre enquête axée sur les allophones), les questions suivantes ont été reprises et adaptées:

Questions pour les patients

Comment trouvez-vous les explications du médecin?

Comment trouvez-vous la communication entre vous et le médecin?

Comment trouvez-vous le déroulement de la consultation en général?

Comment trouvez-vous les informations sur le suivi après la consultation?

Questions pour les médecins

Comment trouvez-vous les explications du patient?

Comment trouvez-vous la communication entre vous et le patient?

Comment trouvez-vous le déroulement de la consultation en général?

D'après vous, le patient a-t-il compris les explications sur le suivi après la consultation?

Résultats

Les résultats exposés ci-après proviennent de l'évaluation de tous les questionnaires complétés pendant deux mois (par les médecins et les patients) et fournissant des informations sur 638 consultations au total. Celles-ci comprenaient également les consultations générales des patients qui pour la première fois ou non venaient en consultation à la policlinique médicale du «*Département de Médecine Communautaire*» (DMC), ainsi que les consultations dans le service des urgences attaché au DMC.

Langue maternelle et compréhension

Pour seulement 226 (36%) des consultations examinées, le français était la langue maternelle du patient (voir tableau 1). Les langues maternelles les plus souvent citées étaient l'albanais, l'espagnol, le serbo-croate/bosniaque, le portugais, l'italien, le somalien et l'arabe. L'allemand, le persan (également appelé le farsi), l'anglais, le tigrinien (la langue principale en Erythrée), le turc, l'amharien (la langue principale de l'Ethiopie), le russe, le kurde et le tamoul ont également été mentionnés quelques fois (entre 4 et 14 fois).

Au total, 232 patients (36%) ne parlaient pas couramment le français, selon les données des médecins à qui il était demandé de répondre à la question «*Le patient parle-t-il couramment le français?*» en cochant la case *oui* ou *non*. Ci-après, ces patients seront désignés par allophones. Dans 47% des consultations «allophones», le médecin et le patient devaient se tirer d'affaire sans aucune aide linguistique; dans 14% un parent ou une connaissance du patient était présent et dans 39% des consultations, on disposait d'un interprète qualifié.

Tableau 1

Langue maternelle du patient

Langue maternelle	Nombre	%
Français	226	35,4 %
Albanais	71	11,1 %
Espagnol	44	6,9 %
Serbo-croate ^a	41	6,4 %
Portugais	36	5,6 %
Italien	32	5,0 %
Somalien	25	3,9 %
Arabe	20	3,1 %
Allemand	14	2,2 %
Farsi	12	1,9 %
Anglais	12	1,9 %
Tigrinien ^b	9	1,4 %
Turque	7	1,1 %
Amharique ^c	6	0,9 %
Russe	5	0,8 %
Kurde	4	0,6 %
Tamoule	4	0,6 %
<i>Autres</i>	<i>49</i>	<i>9,8 %</i>
<i>Sans données</i>	<i>21</i>	<i>3,3 %</i>
<i>Total</i>	<i>638</i>	<i>100 %</i>

^a y compris le Bosniaque

^b langue principale en Érythrée

^c langue principale en Éthiopie

Tableau 2

Moyen de communication entre médecin et patient

Consultations de patients allophones («Le patient ne parle pas bien le français»)	36% (n=232)
Dont:	
• Consultations avec interprètes qualifiés	39% (n=91)
• Consultations avec proches comme interprètes	14% (n=33)
• Consultations sans aucune aide linguistique	47% (n=108)
Consultations de patients francophones («Le patient parle bien le français»)	64% (n=406)
Total	100% (n=638)

Données sur les patients

Un tiers des patients visitant la polyclinique sont demandeurs d'asile (c'est-à-dire qu'ils ont le statut de «demandeur d'asile»). Le tableau 3 présente les données démographiques (âge, sexe, statut de demandeur d'asile et première consultation) ventilées en allophones et francophones. Il est intéressant de noter que, chez les allophones, les femmes sont majoritaires, alors que, chez les francophones, il s'agit surtout d'hommes. L'âge moyen respectif est également différent: il est de 41 ans chez les allophones et de 47 ans chez les francophones. Près de trois quarts de la clientèle allophone sont des demandeurs d'asile, alors qu'ils ne sont que 10% chez les francophones (surtout des réfugiés de l'Afrique de l'Ouest et du Congo). Le groupe de patients allophones est donc principalement constitué de demandeurs d'asile, de patients plus jeunes et plus souvent du sexe féminin.

Tableau 3

Données démographiques des patients

	Patients allophones (n=232)	Patients francophones (n=406)	Total (n=638)
Âge moyen	41 ans	47 ans	45 ans
Femmes	58%	42%	47%
Hommes	42%	58%	53%
Requérants d'asile	71%	10%	32%
Première consultation	18%	32%	27%

Evaluation de la communication par les patients

Dans le tableau 4, les valeurs moyennes de l'échelle d'évaluation (1-10, «peu clair» – «très clair», respectivement «mauvais» – «excellent») sont présentées en quatre groupes en fonction des réponses aux questions sur la communication: a) consultations des patients allophones avec interprètes qualifiés; b) consultations de patients allophones sans aucune aide en matière d'interprétation; c) consultations de patients allophones avec des parents comme interprètes; d) consultations de patients francophones (Groupe de contrôle).

En général, les patients donnent les moyennes les plus élevées aux consultations où un interprète qualifié était présent, et même des scores plus élevés que les patients francophones. Si le patient devait communiquer avec le médecin sans aucune aide, son jugement sur la consultation était moins bon, surtout en ce qui concerne la communication entre le médecin et le patient en général (tableau 4b) ainsi que l'aspect «déroulement de la consultation» (tableau 4c). En ce qui concerne les consultations avec des parents et des amis du patient, les scores attribués sont encore plus faibles, et ce pour les quatre questions.

Apparemment, ces patients sont les moins satisfaits du mode de communication en général et du déroulement de la consultation. En résumé, on peut dire que la communication entre médecin et patient allophone fonctionne bien lorsqu'un interprète qualifié est présent, elle est par contre moins satisfaisante lorsque la personne qui interprète est un parent ou un ami du patient.

Tableau 4

Evaluation par les patients de la qualité de la communication lors des consultations

(Valeurs moyennes sur l'échelle d'évaluation [1-10])

	Consultations de patients allophones avec interprètes qualifiés	Consultations de patients allophones sans aucune aide en matière d'interprétation	Consultations de patients allophones avec des parents faisant office d'interprètes	Consultations de patients francophones (Groupe de contrôle)	Test de Kruskal Wallis
(4a) Évaluation des explications du médecin (entre 1 et 10, de «pas claires du tout» à «très claires»)	8.9	8.6	8.4	8.7	p=0.6
(4b) Évaluation de la communication entre le médecin et le patient (entre 1 et 10, de «mauvaise» à «excellente»)	8.8	8.5	8.3	8.6	p=0.7
(4c) Évaluation du déroulement de la consultation en général (entre 1 et 10, de «mauvais» à «excellent»)	8.7	8.5	8.1	8.5	p=0.7
(4d) Évaluation de l'information sur le suivi après la consultation (entre 1 et 10, de «mauvaise» à «excellente»)	8.7	8.6	8.6	8.5	p=0.6

Evaluation de la communication par les médecins

Le tableau 5 présente, parallèlement aux sujets correspondants portant sur les patients (tableau 4), les réponses des médecins aux questions posées. Du côté des médecins, la communication avec les patients francophones est le plus souvent jugée meilleure. En général, les valeurs moyennes y présentent de plus grandes différences et sont dès lors le reflet de divergences de vue plus univoques. Il est étonnant de constater que les valeurs moyennes relatives aux explications des patients et aux informations sur le suivi sont plus élevées lorsque le médecin se retrouve seul face au patient (allophone),

et même plus élevées que les valeurs moyennes attribuées aux consultations en présence d'un interprète. Le fait que les consultations où le médecin est seul face au patient (allophone) se voient souvent attribuer des scores plus élevés que pour les consultations avec interprète est inattendu et sera examiné plus avant dans le cadre des conclusions. Le déroulement des consultations en général, est, à quelques petites différences près, jugé meilleur lorsqu'un interprète est présent. Dans ce cas-ci également et tout comme chez les patients, la communication avec l'assistance de parents est jugée la moins satisfaisante (avec des différences nettement plus importantes dans les valeurs moyennes des échelles d'évaluation). En comparaison avec toutes les autres questions, la communication entre le médecin et le patient avec l'aide de parents a reçu le plus mauvais score.

Tableau 5

Evaluation par les médecins de la qualité de la communication lors des consultations

(Valeurs moyennes sur l'échelle d'évaluation [1-10])

	Consultations de patients allophones avec interprètes qualifiés	Consultations de patients allophones sans aucune aide en matière d'interprétation	Consultations de patients allophones avec des parents faisant office d'interprètes	Consultations de patients francophones (Groupe de contrôle)	Test de Kruskal Wallis
(5a) Évaluation des explications du patient (entre 1 et 10, de «absolument pas claires» à «très claires»)	7.0	7.4	6.7	8.6	p<0.001
(5b) Évaluation de la communication entre le médecin et le patient (entre 1 et 10, de «mauvaise» à «excellente»)	7.6	7.6	6.4	8.1	p<0.001
(5c) Évaluation du déroulement de la consultation en général (entre 1 et 10, de «mauvais» à «excellent»)	7.7	7.7	7	8.0	p<0.001
(5d) Evaluation de l'information sur le suivi après la consultation (entre 1 et 10, de «mauvaise» à «excellente»)	7.2	8.0	6.9	8.0	p<0.001

Satisfaction avec interprètes

La satisfaction des médecins sur la présence d'interprètes qualifiés est très grande (8,8 en moyenne sur l'échelle 1-10). Lors de l'enquête, des interprètes ont été associées aux consultations pour les langues suivantes: l'albanais, l'arménien, le bosniaque/serbo-croate, le farsi, le kikongo, le kurde, le portugais, le somalien, le tamoul et le turc. Pour l'albanais, les interprètes sont intervenus 43 fois au total (satisfaction moyenne des médecins: 9,2) et pour le serbo-croate, 35 fois (valeur moyenne 9,1). Les autres interprètes ont été appelés une ou deux fois. L'interprétation assurée par des parents a obtenu un score nettement plus faible (6,7 en moyenne).

Plurilinguisme et langues véhiculaires

Lorsque le patient était allophone et qu'aucun interprète n'était présent, il fallait évidemment trouver une langue commune («langue véhiculaire»). Cette situation s'est présentée 108 fois (47% de toutes les consultations allophones). Comme le montre le tableau 6, les connaissances linguistiques des assistants-médecins constituant l'équipe durant la période 1999/2000 étaient considérables. L'aperçu donne, pour chaque langue étrangère, l'évaluation moyenne des connaissances linguistiques, à chaque fois selon sa propre opinion et selon celle de l'interlocuteur (donc, médecin ou patient).

Tableau 6

Evaluation des connaissances linguistiques des patients et des médecins pour les consultations sans aide d'interprète (Valeurs moyennes sur l'échelle d'évaluation [1-10])

Langue véhiculaire	Maîtrise de la langue du patient selon l'opinion du médecin	Maîtrise de la langue du patient selon sa propre opinion	Maîtrise de la langue du médecin selon sa propre opinion	Maîtrise de la langue du médecin selon l'opinion du patient
Anglais (n=26)	6.9	7.5	7.7	7.7
Perse (n=10)	9	9	9	9
Arabe (n=8)	8.9	8.8	5.3	7
Espagnol (n=5)	9.4	9	5.2	6
Italien (n=5)	8	8.3	7.8	7.7
Russe (n=3)	7.6	9	8.3	8
Allemand (n=2)	5	7	7	6
Français (n=28)	3.7	4.1	8.5	8.3

Remarques

- **Anglais.** L'anglais comme langue véhiculaire est en quelque sorte un terrain neutre. Bien que l'anglais ne soit la langue maternelle que pour un petit nombre de participants, il permet très bien

tant aux patients qu'au médecins de se faire comprendre. Le score le plus faible a été attribué à la connaissance linguistique des patients selon l'opinion des médecins.

- **Perse.** En ce qui concerne les consultations en perse examinées, il s'agit de communication dans la langue maternelle. Les connaissances linguistiques ont dès lors été jugées excellentes par les deux parties. Le médecin assistant concerné est d'origine afghane et le farsi est sa langue maternelle. Tous les patients qui parlaient le farsi ont été adressés à ce médecin, qui parle d'ailleurs aussi le russe.
- **Arabe.** Les connaissances linguistiques du médecin concerné sont qualifiées de pas très bonnes par les patients, et même de médiocres par le médecin lui-même. Cela s'explique par le fait que la langue maternelle du médecin, originaire du Maroc, est le kabyle (une langue berbère) et qu'il a dû apprendre l'arabe contre son gré.
- **Espagnol.** A chaque fois, l'espagnol était la langue maternelle du patient, ce qui explique à coup sûr les valeurs moyennes élevées. En revanche, la connaissance de l'espagnol du médecin concerné était moins bonne, tant selon sa propre opinion que selon celle des patients.
- **Italien.** L'italien comme langue véhiculaire fut surtout utilisé avec les demandeurs d'asile somaliens et éthiopiens, qui maîtrisaient encore l'ancienne langue coloniale.
- **Russe.** Le russe n'a posé aucun problème au niveau de la communication dans la polyclinique, étant donné que deux médecins maîtrisaient cette langue au titre de troisième langue.
- **Allemand.** Bien que constituant le groupe linguistique le plus important en Suisse, l'allemand affiche les valeurs moyennes les plus faibles par rapport à toutes les autres langues. A l'époque de l'enquête, aucun des médecins assistants n'était bilingue allemand/français. En outre, les patients suisses alémaniques ne sont pas présents dans le groupe «Allophones», étant donné que, dans la plupart des cas, ils vivent depuis longtemps à Genève et parlent couramment le français.
- **Français.** En l'occurrence, le français n'est mentionné que par souci d'exhaustivité. Dans les situations examinées, il ne s'agit même pas d'une langue véhiculaire. La consultation eut lieu en français simplement lorsque le médecin ne disposait d'aucune autre langue appropriée, même quand le patient ne maîtrisait pas le français.

Conclusions

Le présent instantané des barrières linguistiques et des stratégies de communication dans une polyclinique est instructif à maints égards:

A l'heure actuelle, une grande partie de la clientèle de la polyclinique est composée de patients de langue et de culture différentes. En 1992 déjà, plus de la moitié de patients étaient d'origine étrangère (Loutan, 1993); en 1997, ce pourcentage était de 58. Du seul point de vue quantitatif, l'allophonie des patients est devenue un problème majeur: à l'heure actuelle, un tiers des patients ont le français comme langue maternelle, un tiers parlent certes le français mais non en tant que langue maternelle et un tiers ne parlent pas le français. La polyclinique (littéralement, «clinique pour la ville») se trouve ainsi confrontée au défi de permettre l'accès aux soins de santé aux immigrants, qui constituent une partie importante de la population de la ville.

Au cours des dernières années, la qualité des soins de santé dispensés aux immigrés a fait l'objet d'études plus poussées. Souvent, il s'agit en l'occurrence d'études comparatives portant sur des Latino-américains, c'est-à-dire des immigrés d'origine sud-américaine, et des patients anglophones aux États Unis. À Boston par exemple, les patients allophones étaient moins satisfaits des soins médicaux que les patients anglophones (Todd, Samaroo & Hoffman, 1993); les mammographies furent prescrites moins souvent aux femmes hispanophones qu'aux femmes anglophones (Fox & Stein, 1991); les Latino-américains étaient nettement moins satisfaits de la communication avec le personnel médical que les patients anglophones (Morales, Cunningham, Brown, Liu & Hays, 1999); plus les barrières linguistiques sont importantes, moins grande est la probabilité que les patients allophones soient invités à une consultation de suivi après un passage au service des urgences (Sarver & Baker, 2000); seul un tiers des patients allophones traités sans l'aide d'un interprète, ont dit avoir bien compris le diagnostic et le traitement; neuf patients sur dix auraient souhaité de meilleures explications (Baker, Parker, Williams, Coates & Pitkin, 1996).

Dans la plupart des études sur les soins de santé dispensés aux immigrés, le problème de la communication linguistique est mis en évidence; par conséquent, la priorité est accordée à l'amélioration de cette communication.

La communication par le biais des membres de la famille qui parlent quelque peu le français, ne donne pas satisfaction; et les explications du patient, traduites par un membre de la famille, sont en général peu claires. Le fait que, souvent, ce sont les patients qui doivent surmonter les barrières linguistiques en recourant à l'aide linguistique d'un membre de la famille, provoque manifestement un certain malaise tant chez les médecins que chez les patients. C'est pourquoi, ce mode de communication n'a été utilisé que dans 14% des consultations allophones. Il a déjà été démontré à plusieurs reprises (Jacobs, Kroll, Green & David, 1995) que la famille comme interprète n'est pas la solution idéale et que, dans de tels cas, les erreurs de communication sont fréquentes. Toutefois, selon nous, il n'avait pas encore été démontré que cela est confirmé par le jugement des patients.

Les résultats de notre étude montrent que la qualité de la communication avec l'aide de parents comme interprètes et, partant, la qualité de la prestation médicale est moins bonne, voire plus mauvaise, que si le patient vient tout seul. Si rien ne s'oppose à ce que des membres de la famille soient associés au traitement, il faut éviter que ceux-ci doivent assumer un double rôle, celui

d'accompagnateur du patient et celui d'interprète. La confusion des rôles, le problème du secret médical et le manque de feed-back (voir si le patient ou le médecin lui-même ont bien tout compris) en constituent les raisons principales.

A la polyclinique de Genève, la collaboration avec des interprètes qualifiés est devenue de plus en plus courante dans le cadre des soins de santé aux patients allophones et immigrés. Dans pratiquement 40% de toutes les consultations de patients allophones, on a eu recours aux interprètes de la Croix Rouge. Début 1997, ceux-ci ne sont intervenus que dans un quart des consultations de patients allophones (Bischoff, Tonnerre, Loutan & Stalder, 1999). Cette augmentation montre que, de plus en plus, on recourt systématiquement à des interprètes qualifiés dans le cas de patients allophones. Une telle tendance se constate également à Lausanne (Gehri, Hunziker, Géraud, Rouffaer, Sopa, Sage-Da Cruz & Métraux, 1999). Une intervention systématique signifie également que le problème des coûts doit être résolu. Dans le cas de Genève, le DMC dispose d'un budget pour payer les interprètes. Ceux-ci sont rémunérés par le biais de la Croix Rouge en fonction du nombre d'heures d'interprétation prestées. C'est également la Croix Rouge qui règle les problèmes d'assurances, de formation continue, de caisse de pensions, etc. La question de savoir si, en général, la qualité de la communication ainsi que la satisfaction des médecins et des patients allophones augmentent en fonction d'un recours plus intense aux interprètes, fera l'objet d'une étape suivante du «*Projet Qualité HUG*», un sujet dont relève également le problème de l'effectivité réelle des interprètes (Baker, Parker *et al.*, 1996).

Les patients ont une expérience positive avec les interprètes, ce que montrent les scores donnés aux consultations en présence d'un interprète. La présence d'un interprète constitue un atout pour la qualité de la consultation. Notre assertion est confirmée par les résultats d'une étude de cohorte qui a été réalisée durant deux ans sur des patients allophones d'une HMO et qui fait apparaître que les patients disposant d'un interprète font plus souvent appel à des services de médecine générale et de médecine préventive (Jacobs, Lauderdale, Meltzer, Shorey, Levinson & Thisted, 1999).

Le jugement porté par les médecins sur la qualité de la communication en présence d'un interprète était loin d'être aussi positif que celui des patients eux-mêmes. Ce qui peut paraître étonnant à première vue, devient facile à comprendre lorsqu'on sait qu'il s'agit en l'occurrence de jeunes médecins assistants qui, s'ils admettent la nécessité de la présence d'interprètes, n'ont

aucune expérience dans le contact avec ceux-ci. A cela s'ajoute sans doute aussi le sentiment désagréable de se savoir observé, en plus par un autre professionnel, et, partant, d'être tributaire de l'interprète, considéré comme un «mal nécessaire». Où est-ce la présence de la tierce personne, qui minorise en quelque sorte le médecin? Ces questions seront examinées plus avant dans le cadre de formations complémentaires et de supervisions.

La troisième possibilité de communication, à savoir, le fait de recourir à une autre langue, ne s'en tire pas trop mal au vu des scores attribués aux connaissances linguistiques par les participants à la consultation, ainsi que des réponses aux questions sur la communication. Le fait que les moyennes dépassent parfois celles relatives aux consultations en présence d'un interprète est inattendu et étonnant. Cette constatation ne signifie toutefois pas nécessairement que les personnes concernées ne sont pas satisfaites des interprètes, mais plutôt que la communication dans une autre langue que la langue maternelle est souvent considérée comme solution acceptable. Les connaissances linguistiques considérables des médecins travaillant à l'époque dans la polyclinique expliquent certainement en partie le fait que la communication sans présence d'un tiers est souvent jugée satisfaisante. Une étude concernant l'influence de la langue sur le succès d'une thérapie chez des patients souffrant d'hypertension ou de diabète montre que les patients se sentent mieux et en meilleure santé lorsqu'ils ont un médecin qui parle leur langue («*language concordance*»); elle recommande dès lors d'améliorer les connaissances linguistiques du personnel soignant (Perez-Stable, Napoles-Springer & Miramontes, 1997).

Outre la présente enquête, des formations complémentaires (cours, supervisions) destinées aux interprètes du service ad hoc de la Croix Rouge ainsi que plusieurs cycles de formation continue pour les médecins ont eu lieu dans le cadre du projet d'amélioration de la communication. Ces différentes mesures ont mis en évidence la nécessité d'une interprétation adéquate et même sensibilisé d'autres départements, qui jusque là ne voulaient pas collaborer avec des interprètes (problèmes budgétaires), au point qu'ils recourent désormais au service d'interprétation. Cette sensibilisation explique sans doute aussi le fait que la communication avec des personnes allophones s'est avérée meilleure que dans une étude antérieure (Bischoff, Tonnerre *et al.*, 1999). Nous nous voyons confortés dans notre opinion selon laquelle toutes les considérations sur le profil professionnel et la formation des interprètes n'ont de sens que si elles vont de pair avec des campagnes de sensibilisation et de formation des «utilisateurs», c'est-à-dire le personnel soignant (Bahadir,

2000). C'est le seul moyen d'améliorer la communication avec les patients allophones, de garantir la prise en charge médicale des immigrés et de passer d'une communication unilatérale à un vrai dialogue: un dialogue à trois.

BIBLIOGRAPHIE

- Bahadir, S. (2000). Perspektivität und Positionalität in der Community-Interpreting-Forschung. *Dolmetschen*. Germersheim.
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M., Coates, M., & Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 275 (10), 783-8.
- Bischoff, A., Tonnerre, C., Loutan, L., & Stalder, H. (1999). Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. *Sozial und Präventivmedizin*, 44 (6), 283-7.
- Blöchliger, C., Ries, N., Gonon, M., Loutan, L., Mark, K., Vetterli, S., Tanner, M., Hatz, C., & Junghanss, T. (1998). [Asylum seekers and refugees in the medical polyclinic: a comparison between the Basel, Bern and Geneva polyclinics]. *Sozial- und Präventivmedizin*, 43 (1), 29-38.
- Blöchliger, C., Tanner, M., Hatz, C., & Junghanss, T. (1997). [Asylum seekers and refugees in ambulatory health care: communication between physician and patient]. *Schweizerische Rundschau Medizinische Praxis*, 86 (19), 800-10.
- Flocke, S. A. (1997). Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *The Journal of Family Practice*, 45 (1), 64-74.
- Fox, S. A., & Stein, J. A. (1991). The effect of Physician-Patient communication on mammography utilization by different ethnic groups. *Medical Care*, 29 (11), 1065-1082.
- Gehri, M., Hunziker, B., Géraud, F., Rouffaer, D., Sopa, S., Sage-Da Cruz, C., & Métraux, J. C. (1999). Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne: état des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels. *Sozial- und Präventivmedizin*, 44 (6), 264-271.
- Hayes, R., & Baker, D. W. (1998). Methodological problems in comparing English-speaking and Spanish-speaking patients' satisfaction with interpersonal aspects of care. *Medical Care*, 36 (2), 230-236.
- Jacobs, B., Kroll, L., Green, J., & David, T. (1995). The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88 (8), 474P-475P.
- Jacobs, E. A., Lauderdale, D. S., Meltzer, D., Shorey, J., Levinson, W., & Thisted, R. (1999). *The impact of adequate interpreter services on health care delivery to limited English-speaking patients*. 16th Annual Meeting AHSR.
- Loutan, L. (1993). *Soigner les migrants: une affaire de spécialistes ou de généralistes? Grenzübergänge - A travers les frontières - Attraverso i confini* (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie, 169. Jahresversammlung). Lugano.
- Morales, L. S., Cunningham, W. E., Brown, J., Liu, H., & Hays, R. (1999). Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? *Journal of General Internal Medicine*, 14 (7), 409-17.
- Perez-Stable, E. J., Napoles-Springer, A., & Miramontes, J. (1997). The effects of ethnicity and language on medical outcomes with hypertension or diabetes. *Medical Care*, 35 (12), 1212-1219.
- Sarver, J., & Baker, D. W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of General Internal Medicine*, 15 (4), 256-64.

Todd, K. H., N. Samaroo & J. Hoffman. (1993). Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Journal of the American Medical Association* **269**(12): 1537-1539.