



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation de la satisfaction des médecins et des patients ayant
bénéficié du Réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 10 Octobre 2019 à 14h
Au Pôle Formation
Par Julie BIET

JURY

Présidente :

Madame le Professeur RICHARD Florence

Assesseurs :

Monsieur le Professeur LEROUGE Patrick

Monsieur le Docteur CHOURAKI Vincent

Directeurs de Thèse :

Monsieur le Docteur DELBERGHE Dany

Monsieur le Docteur DRION Benoît

AVERTISSEMENT :

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

SERMENT D'HIPPOCRATE :

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

ACRONYMES

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
BIAP :	Bureau International d'Audio-Phonologie
CH :	Centre hospitalier
CHRU :	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMP :	Centre Médico Psychologique
COL :	Centre Oscar Lambret
dB :	Décibels
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DM :	Donnée(s) Manquante(s)
FIR :	Fonds d'Intervention Régional
GHICL :	Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
HAS :	Haute Autorité de Santé
ILS :	Interprète en français - Langue des Signes Française
LPC :	Langue Parlée Complétée
LSF :	Langue des Signes Française
MIG :	Municipal Infrastructure Grant (Subvention pour des infrastructures municipales)
MMSE :	Mini Mental State Examination
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
UASS :	Unité d'Accueil et de Soins pour les patients Sourds et malentendants
RSS-NPDC :	Réseau Sourds et Santé Nord Pas-De-Calais
SAMETH :	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SIDA :	Syndrome de l'Immuno-Déficienc e humaine Acquis

TABLE DES MATIERES :

Partie I- INTRODUCTION :	1
Partie II- CONTEXTE :	3
1- LES SOURDS :	3
a- Définition de la surdité :	3
b- Démographie :	3
c- Non pas la surdité mais LES surdités :	4
d- Mode de communication :	6
e- Histoire Sourde :	8
f- Perception de la surdité par le corps médical : une déficience	9
g- Perception de la surdité par les sourds : une spécificité	10
2- LES RESEAUX DE SANTE :	12
a- Histoire et cadre juridique :	12
b- Définition :	13
c- Principe d'évaluation d'un réseau de santé :	14
d- Les Unités d'Accueil et de Soins pour les patients Sourds (UASS) :	15
e- Le Réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais :	17
f- Définition de la satisfaction :	18
3- L'INTERPRETARIAT MEDICO-SOCIAL PROFESSIONNEL :	19
a- La pratique actuelle :	19
b- La communication, base d'une bonne information :	19
c- L'interprète professionnel, un allié nécessaire :	20
d- La Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France :	21
e- Le code de déontologie :	22

f- Définition et recommandation de la Haute Autorité de Santé :	22
4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :	24
Partie III- MATERIEL ET METHODE :	25
1- CARACTERISTIQUES ET TYPE D'ETUDE :	25
2- DEFINITION DES POPULATIONS :	25
3- DEROULEMENT DE L'ETUDE :	26
4- CONCEPTION DES QUESTIONNAIRES :	29
5- ANALYSES STATISTIQUES :	32
6- REFERENCES :	33
Partie IV- RESULTATS :	34
1- RESULTATS DU VOLET MEDECIN :	34
a- Taux de participation :	34
b- Données sociodémographiques :	35
c- Répartition des réponses aux questions du volet médecin :	37
d- Comparaisons entre les questions :	45
2- RESULTATS DU VOLET PATIENT :	48
a- Taux de participation :	48
b- Répartition des réponses aux questions du volet patient :	48
c- Comparaison entre les questions :	56
3- RESULTATS DU VOLET INTERPRETE :	61
a- Taux de participation :	61
b- Données sociodémographiques :	61
c- Répartition des réponses aux questions du volet interprète :	63
d- Comparaison entre les questions :	67
Partie V- DISCUSSION :	68

1- RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS :	68
2- DISCUSSION DE LA METHODE :	69
a- Les points forts de l'étude :	69
b- Les limites de l'étude :	69
3- COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE :	73
a- Résultats du volet médecin :	73
b- Résultats du volet patient :	76
c- Résultats du volet interprète :	78
4- OUVERTURE :	83
Partie VI- CONCLUSION :	85
BIBLIOGRAPHIE :	86
ANNEXES :	97
RESUME :	108

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Données sociodémographiques des médecins inclus	36
Tableau 2 : Répartition du genre dans les différents groupes de spécialité du volet médecin	45
Tableau 3 : Répartition des réponses aux questions du volet médecin en fonction du statut	46
Tableau 4 : Test de Fisher entre les réponses aux questions du volet médecin	47
Tableau 5 : Recodage de la question « consultation avant RSS-NPDC » du volet patient	49
Tableau 6 : Recodage de la question « hospitalisation avant RSS-NPDC » du volet patient	50
Tableau 7 : Recodage de la question « connaissance du RSS-NPDC » du volet patient	51
Tableau 8 : Répartition des réponses aux questions du volet patient en fonction des motifs de recours au RSS-NPDC.....	57
Tableau 9 : Répartition des réponses à la question compréhension du volet patient en fonction de la satisfaction globale	58
Tableau 10 : Répartition des réponses aux questions du volet patient en fonction de la recommandation de l'accompagnement par le RSS-NPDC à leurs proches.....	59
Tableau 11 : Test de Fisher entre les réponses aux questions du volet patient	60
Tableau 12 : Données sociodémographiques des interprètes.....	62

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : flow chart des médecins.....	27
Figure 2 : flow chart des patients	28
Figure 3 : Répartition des médecins inclus dans les différentes structures de soins .	34
Figure 4 : Répartition des médecins analysés dans les différentes structures de soins	35
Figure 5 : Mode de connaissance du RSS-NPDC par les médecins.....	37
Figure 6 : Demande d'accompagnement par le RSS-NPDC	38
Figure 7 : Bénéfices pour les médecins de l'accompagnement par le RSS-NPDC ...	39
Figure 8 : Satisfaction globale des médecins vis-à-vis de l'accompagnement par le RSS-NPDC	40
Figure 9 : Nouvelle sollicitation du RSS-NPDC par les médecins pour les prochaines consultations.....	41
Figure 10 : Présence de l'interprète gênante ou non gênante pour le médecin.....	42
Figure 11 : Freins à l'accompagnement par le RSS-NPDC pour les médecins	43
Figure 12 : Avantages à l'accompagnement par le RSS-NPDC pour les médecins ..	44
Figure 13 : Motif de recours par les patients au RSS-NPDC	52
Figure 14 : Nombre de recours par les patients au RSS-NPDC sur une année	53
Figure 15 : Satisfaction globale des patients vis-à-vis de l'accompagnement par le RSS-NPDC	54
Figure 16 : Recommandation des patients à leurs proches du RSS-NPDC	55
Figure 17 : Qualité de la relation avec le médecin et perception de l'image de l'interprète par les médecins	64
Figure 18 : Autres rôles donnés à l'interprète par le médecin pendant la consultation	65

Figure 19 : Difficultés ressenties par les interprètes lors de consultations médicales66

Figure 20 : Améliorations souhaitées par les interprètes pour le fonctionnement du RSS-NPDC67

Partie I- INTRODUCTION :

En France, depuis plusieurs années, la politique de santé vise à améliorer le système de soins. Deux des axes prioritaires sont l'égalité d'accès aux soins et le droit à une information claire loyale et appropriée (1).

La population sourde correspond à 6 % de la population française (2) ; elle a longtemps été à l'écart du système de santé à cause de difficultés de communication et de compréhension vis-à-vis du corps médical (3). Les sourds ne communiquent pas, pour la plupart, en français parlé, mais sous d'autres formes comme par exemple la langue des signes française (LSF). Dans le Nord-Pas de Calais, il y aurait 4000 à 5000 sourds locuteurs de la LSF (selon les estimations 1/1000^{ème} de la population française) (4).

Les consultations médicales sont basées sur la communication, pour accéder à des informations pertinentes (utiles au diagnostic) et aboutir à des explications (utiles à la thérapeutique), somme toute, verbales. Par conséquent, comment répondre aux objectifs d'évolution du système de santé si médecin et patient ne parlent pas la même langue ?

Pour répondre aux objectifs de santé publique et d'évolution du système de soins, des réseaux de santé se sont développés. Ces réseaux de santé sont soumis à la législation française et définis de manière précise depuis les années 1990 (5). Une partie de leur définition concerne leur évaluation, condition sine qua non pour être un réseau de santé efficient et efficace (6). Ils sont en pleine expansion dans différents domaines médico-psycho-sociaux.

Concernant la difficulté d'accès aux soins de la population sourde, des Unités d'Accueil et de Soins pour les patients Sourds (UASS) se sont développées sur l'ensemble du territoire français (7). A l'initiative de l'UASS de Lille, le Réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais (RSS-NPDC), précurseur en France, a été créé en 2002. Il a pour objectif de répondre à un enjeu de santé publique : respecter le droit fondamental des patients de bénéficier d'un accès aux soins égal pour tous et d'une information claire loyale et appropriée.

Pour permettre la communication entre deux personnes qui ne parlent pas la même langue, à fortiori entre un professionnel de santé et un patient, le moyen le plus sûr est l'interprétariat médico-social professionnel, le seul soumis à une formation et à un code de déontologie (8). Pourtant, la littérature nous montre que les médecins ont des réticences à faire appel à l'interprétariat professionnel. Ils préfèrent faire appel à des interprètes « ad hoc » souvent des proches du patient ou du personnel hospitalier bilingue, même s'ils en reconnaissent les limites (9–13).

Partie II- CONTEXTE :

1- LES SOURDS :

a- Définition de la surdité :

Définition du dictionnaire « Larousse » : Diminution très importante ou inexistance totale de l'audition, qu'elles soient congénitales ou acquises (14).

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : On parle de perte d'audition lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale, le seuil étant de 25dB ou mieux dans les deux oreilles. La perte d'audition peut être légère, moyenne, sévère ou profonde. Elle peut toucher une oreille ou les deux et entraîner des difficultés pour suivre une conversation ou entendre les sons forts. Les personnes sourdes souffrent généralement d'une perte d'audition profonde, ce qui veut dire qu'elles n'entendent plus ou pratiquement plus. Elles communiquent généralement par la langue des signes (15).

b- Démographie :

La surdité toucherait 5 millions de personnes en France dont 303 000 seraient atteintes d'une surdité profonde et 119 000 personnes pratiqueraient la LSF (2). En moyenne, la surdité congénitale touche 1 enfant pour 1000 naissances, soit 800 nouveau-nés

chaque année. La surdité acquise, elle, concerne 3 enfants pour 1000 naissances (16). Dans le Nord Pas-de-Calais, les sourds locuteurs de la LSF représentent 1/1000^{ème} de la population, soit 4000 à 5000 personnes (4).

c- Non pas la surdité mais LES surdités :

La surdité présente une grande hétérogénéité en fonction (17) (18) :

- De l'étiologie (congénitale ou acquise)
- Du niveau de l'atteinte (surdité de perception, de transmission ou mixte)
- De l'âge de survenue (par rapport à l'âge d'acquisition du langage (situé entre 18 mois et 3ans))
- Du degré de surdité : Le Bureau International d'AudioPhonologie (BIAP) a proposé une classification de la surdité dans des recommandations établies en 1997 (19) :

- Déficience auditive légère : la perte tonale moyenne est comprise entre 21 et 40 dB. La parole est perçue à voix normale, elle est difficilement perçue à voix basse ou lointaine. La plupart des bruits familiers sont perçus.
- Déficience auditive moyenne : la perte tonale moyenne est comprise entre 41 et 70 dB. La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant les mouvements labiaux du locuteur. Il existe une gêne selon le bruit et l'éloignement de la source sonore.

- Déficience auditive sévère : la perte tonale moyenne est comprise entre 71 et 90 dB. La parole est perçue à voix forte près de l'oreille. Les bruits forts sont perçus.

 - Déficience auditive profonde : la perte tonale moyenne est comprise entre 91 et 100 (premier degré), entre 101 et 110 dB (deuxième degré), entre 111 et 119 dB (troisième degré). Il n'y a aucune perception de la parole. Seuls les bruits graves très puissants sont perçus mais ils sont rarement identifiés.

 - Déficience auditive totale ou cophose : la perte moyenne est de 120 dB. Aucun son n'est perçu.
-
- Du moyen de communication choisi (ils seront détaillés dans un chapitre dédié)
 - Du sentiment d'appartenir ou non à la communauté Sourde
 - De la présence d'un appareillage ou d'un implant cochléaire

On peut alors différencier les sourds (« s » minuscule), les malentendants, les devenus sourds et les Sourds (« S » majuscule).

d- Mode de communication :

En l'absence d'interprète, les sourds compensent la surdité par différents modes de communication qui ne sont pas exclusifs : plusieurs modes de communication s'utilisent simultanément afin de permettre un échange de meilleure qualité.

L'oral : on désigne ce mode par le terme « oraliser » et non « parler ». Le sourd qui oralise ne s'entend pas, il doit fournir des efforts de concentration importants et un contrôle constant des sensations kinesthésiques et cénesthésiques liées aux mouvements articulatoires. L'oralité s'apprend grâce à une prise en charge orthophonique laborieuse.

La lecture labiale : pour comprendre son interlocuteur, le sourd peut utiliser la lecture labiale qui consiste à lire les mots prononcés sur les lèvres. Seul un mot sur trois est compris sur les lèvres et 70% des sons apparaissent similaires en lecture labiale (sosies labiaux). Ce mode de communication nécessite un effort de concentration important et des conditions d'utilisation optimales de la part de l'interlocuteur (position en face à face, le visage dans la lumière, bien articuler sans forcer, parler lentement, avoir la bouche dégagée (attention à la moustache, au masque...), utiliser des mots simples, une seule personne parlant à la fois). Seuls les mots connus sont décodés, le reste est compris grâce à la suppléance mentale.

L'écriture : l'écrit est devenu une source importante d'information avec internet et un mode de communication incontestable avec les textos, les courriels, les réseaux sociaux. L'illettrisme est pourtant très fréquent dans la population sourde. L'écriture ne

permet pas un échange de qualité : les informations transmises sont raccourcies ou abrégées, restreintes à l'essentiel. L'écriture est dénuée de sentiment, elle prend du temps et de l'énergie pour retranscrire toute une conversation.

La langue parlée complétée (LPC) : C'est un code gestuel des sons de la langue française. La main placée au niveau du visage retranscrit les sons, syllabe après syllabe. Les 5 positions de la main autour du visage sont associées à plusieurs voyelles qui se lisent différemment en lecture labiale. Les 8 formes de la main existantes sont associées à plusieurs consonnes. Ainsi, la position de la main associée à sa forme et au mouvement des lèvres de l'interlocuteur permet de créer une image visuelle de la syllabe. Il permet donc de lever le problème des « sosies labiaux ».

La langue des signes française : c'est la langue naturelle de la plupart des sourds de naissance. Elle n'est reconnue comme officielle que depuis la Loi handicap de 2005 mais existe depuis très longtemps (20). Elle se base sur le canal visuo-gestuel illustrant « la pensée visuelle » sourde. Elle est la seule langue permettant aux sourds une communication verbale illimitée (plusieurs interlocuteurs, échange rapide...). La LSF a sa propre syntaxe, elle s'apprend « oralement » et se transmet en dehors du cercle familial, pour la plupart. Elle évolue et s'enrichit dans le temps, il existe de nombreuses variations internationales et interrégionales.

Chaque signe en LSF se caractérise par cinq paramètres : la configuration de la main, son emplacement dans l'espace, l'orientation de la paume, le mouvement de la main et l'expression faciale. La partie supérieure du corps et le regard participent autant que les mains à l'élaboration de la phrase signée ; les " signes " constitutifs du lexique s'articulent suivant la syntaxe spatiale :

- on situe le moment de l'action (Quand ?)
- on situe le lieu de l'action (Où ?)
- on place les acteurs, les objets (Qui ?)
- enfin, on décrit l'action (Qu'est-ce qu'on fait ?)

Tous ces modes de communication ne sont ni performants ni suffisants en face d'une personne non ou mal informée des spécificités sourdes, notamment dans le domaine de la santé. La plupart des termes médicaux n'ont pas d'équivalence en LSF, l'anatomie n'est pas connue par la population sourde (21). Un mot sur trois est perçu lors de la lecture labiale, le reste est compris (deviné) grâce à la suppléance mentale en fonction du contexte (22,23). Le chiffre de 80% d'illettrisme dans la population sourde est souvent énoncé, alors que l'écrit est souvent utilisé par les personnes qui entendent pour (tenter de) se faire comprendre (22,24).

e- Histoire Sourde :

Il existe une culture Sourde avec ses humoristes, ses artistes et son Histoire (25). Nous ne citerons que quelques dates importantes de l'Histoire Sourde. Au XVIII^{ème} siècle, l'Abbé de l'Epée instruit pour, la première fois, des enfants sourds selon la méthode gestuelle et crée en 1779 la première école publique pour sourds sous le nom de « Institution nationale pour sourds-muets de Paris » (26,27). En 1880, après des années de lutte entre les partisans de la méthode orale et les partisans de la méthode gestuelle, a lieu le congrès de Milan intitulé « Congrès international sur l'amélioration du sort des sourds-muets » (28). La langue des signes devient interdite en France. Cela dure plus d'un siècle, jusqu'à la loi Fabius de 1991 qui reconnaît le

droit à une éducation bilingue (LSF et français parlé) des enfants sourds en France (29). Dans les années 1970, a lieu « le réveil sourd » (30) avec ses revendications d'exister à part entière et de reconnaître la LSF et la culture Sourde. De nombreuses associations sont créées et ont pour but de défendre les droits des sourds. Dans les années 1980, lors de l'épidémie du SIDA, est mise en évidence la carence effective des personnes sourdes en termes d'accès aux soins, de prévention et de santé (31). Cela devient alors un enjeu majeur de santé publique. C'est ainsi qu'est créée en 1995, à la Pitié Salpêtrière, par le Docteur Jean DRAGON, la première unité de soins dédiée aux sourds avec des consultations effectuées en LSF. Ce fut un succès immédiat, dix fois plus de patients que prévu ont franchi les portes de cette unité (22). Le rapport Gillot de 1998 émet 115 propositions afin d'améliorer la vie des sourds dans tous les domaines, y compris celui de la santé (24).

f- Perception de la surdité par le corps médical : une déficience

La surdité permanente ou déficience auditive est perçue comme un handicap par le corps médical, « une oreille à réparer ». La formation médicale obligatoire se concentre sur la physiopathologie et les techniques d'appareillage existant pour rétablir l'audition, et non sur la personne dans sa globalité.

La déficience correspond à l'atteinte, à une perte de substance ou une altération physiologique, anatomique ou mentale, provisoire ou définitive. Elle ne concerne qu'une partie de l'individu et peut donc se situer au niveau intellectuel, verbal, comportemental ou sensoriel, moteur ou viscéral (32)...

L'incapacité se définit comme la conséquence de cette déficience en termes de restriction d'activité par rapport à ce que l'on considère comme " normal " pour un être humain, dans la vie quotidienne. Elle dépeint les perturbations au niveau de la personne en son entier. Ces incapacités s'inscrivent dans différentes rubriques : communication, comportement, locomotion, soins corporels, vie professionnelle (32)... Le handicap est le désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui gêne ou limite le sujet dans l'accomplissement de son rôle social. Accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. Ceci concerne l'interaction entre l'individu et l'environnement. Il apparaît que le langage du handicap désigne, en premier lieu, un problème social, celui de l'exclusion (32).

La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (dite « loi handicap ») a, dans son article 114, défini la notion de handicap (20):

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

g- Perception de la surdité par les sourds : une spécificité

Pour le patient Sourd, le handicap n'est pas dû à la déficience auditive mais à la difficulté pour communiquer, à la barrière de la langue. La population sourde peut être assimilée à une minorité linguistique. C'est alors un « handicap partagé » entre sourd

et entendant (33). Ce terme « entendant » est un surdisme, terme utilisé par les sourds pour désigner « les personnes qui entendent » (34). La communauté Sourde s'organise autour d'une langue des signes avec sa propre syntaxe et de nombreuses variations interrégionales et internationales, d'une approche visuelle du monde et des choses et d'une capacité d'adaptation très importante (35–37). Les sourds se considèrent comme normaux (38). Pour eux, certaines personnes communiquent avec la bouche (les entendants), d'autres avec leurs mains (les Sourds).

Ne serait-ce pas la société qui, par manque d'adaptation visuelle, rendrait les sourds handicapés ?

2- LES RESEAUX DE SANTE :

a- Histoire et cadre juridique :

Les premières expériences de réseau paraissent, pour certains auteurs, remonter en 1914 dans le cadre de la lutte contre la tuberculose (39).

Au début des années 1980, avec l'épidémie du SIDA, des médecins s'organisent localement et de manière informelle, sur l'ensemble du territoire, pour accompagner les patients dans une prise en charge coordonnée.

L'apparition des réseaux de santé, plus formelle, remonte au début des années 1990 avec la création du réseau ville-hôpital, pour répondre à une demande de santé publique. Les enjeux majeurs sont de (40) :

- Décloisonner le système de santé afin d'améliorer les prises en charge médico-psycho-sociales complexes,
- Centrer la prise en charge sur le patient et le rendre actif de sa santé,
- Accroître les compétences des acteurs et revaloriser les professionnels, afin d'améliorer l'efficacité du système de santé.

C'est en 1996 que le concept de réseau de santé est inscrit dans le Code de la sécurité sociale et dans le Code de la santé publique : ce sont les « ordonnances Juppé » (41,42). Dans les années suivantes, de nombreuses circulaires et décrets voient le jour afin de préciser le cadre juridique et de promouvoir le développement des réseaux de santé (40).

A partir de 2002, la loi de financement de la sécurité sociale crée une dotation nationale de développement des réseaux au sein des dépenses de l'assurance maladie (43).

Avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi Kouchner », une définition légale est donnée (1).

b- Définition :

D'après la loi du 4 mars 2002 et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) (1,40) : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet, chaque année, dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que des financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

c- Principe d'évaluation d'un réseau de santé (44,45):

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'évaluation du réseau de santé fait partie intégrante de sa définition.

Avant l'évaluation du réseau, il est nécessaire de répondre à 5 questions :

- Le réseau répond-il à un besoin ?
- Quand et quoi évaluer ?
- Pour qui et pourquoi évaluer ? Qui évalue ?
- Avec quels moyens évaluer ?
- Le réseau a-t-il un système d'information disponible permettant l'évaluation ?

Lors de l'évaluation du réseau, 6 questions doivent trouver des réponses :

- Le réseau atteint-il ses objectifs ?
- Quelle est la qualité des processus mis en œuvre et des résultats atteints ?
- Les personnes prises en charge sont-elles satisfaites ?
- Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et les résultats ?
- Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?
- Quels sont les effets indirects, positifs ou négatifs, induits par le réseau ?

L'évaluation se déroule selon une méthodologie à quatre cadres de référence :

- L'évaluation médicale des pratiques et l'organisation des soins
- L'évaluation économique

- L'évaluation de la satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs
- L'évaluation des programmes de santé

d- Les Unités d'Accueil et de Soins pour les patients Sourds (UASS) :

Dans les années 2000, les unités dédiées aux sourds se sont développées sur l'ensemble du territoire français, à proximité des centres hospitaliers universitaires pour la plupart d'entre elles. Actuellement, il existe 25 UASS (Unité d'Accueil et de Soins pour les patients Sourds et malentendants) dont 16 sont dites « somatiques » et 6 sont spécialisées dans la prise en charge de la santé mentale. A noter l'expérience singulière de Saint-Etienne où a été mis en place un dispositif ambulatoire de médecine générale (46). La circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) du 20 avril 2007 étudie les missions et les rapports d'activité de ces unités (47). Devant le succès global, les rapports d'activité ne sont plus exigés depuis 2009 (48).

Les spécificités des UASS sont 16/09/2019 06:32:00:

- Le transfert de l'exigence linguistique sur l'équipe soignante
- Des actions de sensibilisation auprès des autres professionnels de santé
- Des actions pour une meilleure prise en charge globale
- Des actions de santé publique avec des « groupes préventions »
- Des actions de prise en charge sociale et psychologique
- Des actions de coordination de la prise en charge médicale

- La création d'un réseau de santé
- La mixité de l'équipe (personnel sourd et entendant)
- Des équipes pluridisciplinaires, transversales et mobiles bilingues
- La présence d'interprètes LSF-français diplômés (soumis à un code de déontologie et au secret professionnel)
- La présence d'intermédiaire sourd : il est l'interprète des conceptions et représentations d'un « monde » (celui des sourds), au profit d'un autre « monde » (celui de la médecine et des entendants), et réciproquement. Il doit parler la langue d'usage quotidienne des familles ou une langue de large communication qu'elles maîtrisent et dans laquelle elles peuvent énoncer leur point de vue (49). Autrement dit, ce sont des personnes sourdes permettant de combler le hiatus culturel entre professionnel entendant et patient sourd
- La présence de travailleurs sociaux sourds ou bilingues

L'UASS de la région Nord-Pas de Calais se situe à Lille au niveau du GHICL (Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille). Elle a été créée en 2002 et se compose d'un médecin signeur, d'interprètes LSF/français diplômés, de médiateurs, de secrétaires bilingues, d'une neuropsychologue, d'une art-thérapeute et d'une coordinatrice des programmes d'éducation à la santé. Le pôle du GHICL de Lille est le seul à avoir créé un réseau de santé régional : le Réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais (RSS-NPDC).

e- Le Réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais :

Le RSS-NPDC a été créé en 2005 à l'initiative de l'UASS de Lille. Il permet un maillage du territoire grâce à des consultations dans plusieurs hôpitaux, et une organisation permettant l'accès à l'ensemble des professionnels de santé de la région. Le RSS-NPDC, dont les locaux se situent au niveau du GHICL, dispose de 3 antennes implantées au niveau des Centres Hospitaliers (CH) d'Arras, de Dunkerque et de Valenciennes où des consultations sont faites directement en LSF (49). Le RSS-NPDC organise la venue d'interprètes français/LSF et/ou d'intermédiaires lors de consultations médicales en dehors de ses antennes (médecine libérale, structure privée, autres hôpitaux publics).

Ses Missions sont les mêmes que les UASS mais de manière plus large au sein de la région (accès aux soins, coordination, éducation, prévention, sensibilisation des professionnels de santé...). Le RSS-NPDC est à l'initiative de la première EHPAD (Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes) spécialisée dans la prise en charge des sourds ainsi que de recherche clinique (par exemple l'adaptation du MMSE (Mini-Mental State Examination) en LSF) (49,50).

Quelques chiffres concernant le fonctionnement du RSS-NPDC en 2018 :

- La file active de patients est de 972 patients par an
- La file active totale est de 141 nouveaux patients par an soit 2776 patients pour l'année 2018, ce qui équivaut à la moitié des sourds du Nord Pas-de-Calais.
- 1273 consultations en LSF par an dont 80-90% au sein de l'UASS et 10-20% au seins des antennes
- 50% de consultations avec interprètes en dehors du GHICL

- 899 interventions des intermédiaires par an

Le RSS-NPDC est financé par la MIG (Municipal Infrastructure Grant) pour le fonctionnement de l'UASS au sein du GHICL et par le FIR (Fonds d'Intervention Régional) pour le fonctionnement propre du réseau. Les rapports d'activité n'étant plus exigés par les circulaires DHOS, le réseau est actuellement évalué par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

f- Définition de la satisfaction :

Nous avons vu que l'évaluation de la satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs d'un réseau faisait partie de son évaluation globale et était importante pour sa pérennité.

En langue française la « satisfaction » est l'action de contenter ou de satisfaire un besoin (51).

3- L'INTERPRETARIAT MEDICO-SOCIAL

PROFESSIONNEL :

a- La pratique actuelle :

De nombreuses études démontrent que les médecins n'ont pas ou ont peu connaissance de la possibilité de recourir à un interprète professionnel lors d'une consultation avec un patient allophone (se dit d'une personne qui parle une autre langue que la ou les langues officielles du pays où elle vit). Parmi les médecins qui en ont la connaissance, beaucoup n'y recourent pas pour des raisons de temps, de coût, ou par sous-estimation de son importance. La majorité des médecins ont recours à un interprète « ad hoc » ou « de fortune » (c'est-à-dire non formé), souvent un proche du patient, un conjoint, un enfant. Malgré tout, les médecins ont conscience des problèmes que cet interprète « ad hoc » peut poser : erreur de traduction, omission de certains éléments, méconnaissance de certains mots employés, non-respect de la confidentialité, perte d'autonomie du patient, gêne sur certains sujets délicats à aborder, charge émotionnelle élevée lors d'annonce difficile (9–13,52).

b- La communication, base d'une bonne information :

L'accès aux soins est un droit fondamental en France. La base de toute consultation médicale repose sur la communication. L'anamnèse suffit la plupart du temps à poser le diagnostic, à évaluer la gravité. L'explication de la prise en charge et des traitements permet une bonne observance thérapeutique, une relation médecin-patient de qualité

et une alliance thérapeutique efficace. La qualité de la communication est primordiale. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades explicite le droit à une information claire, loyale et appropriée (1). La loi du 11 février 2005 (ré)affirme l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées (20). La charte de la personne hospitalisée inscrit, entre autres, que l'information donnée au patient doit être accessible et loyale et qu'un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient (53).

Comment aboutir à une bonne prise en charge d'un point de vue biomédical et d'un point de vue déontologique si le médecin et le patient ne « parlent » pas la même langue ?

c- L'interprète professionnel, un allié nécessaire :

L'interprétariat est le meilleur moyen pour deux personnes qui ne parlent pas la même langue de communiquer, de se comprendre. Seul le recours à des interprètes professionnels, formés aux thématiques médicales et soumis à un code de déontologie permet d'atteindre la même qualité de communication entre un médecin et un patient allophone qu'avec un patient maîtrisant le français oral (52). Dans ce cas, l'éthique médicale est alors garantie (qualité de l'information, recueil du consentement éclairé, respect de la confidentialité et du secret médical) et l'efficacité thérapeutique atteinte (relation de confiance, observance du traitement, prévention, suivi médical, compréhension des effets secondaires...).

C'est dans ce but que s'est déroulé le 18 mars 2010, le colloque « interprétariat, santé et prévention » pour sensibiliser les professionnels de la santé à l'existence et à

l'intérêt médico-éthique de l'usage des réseaux d'interprétariat professionnel pour la prise en charge des patients non francophones (principalement les migrants, les touristes). Mais le principe est le même pour notre population sourde dont la langue naturelle est la LSF. Madame Bachelot, à l'époque Ministre de la santé et des sports déclare « les ARS doivent être encouragées à développer les partenariats entre interprètes et professionnels de santé. Interventions ponctuelles d'interprètes, ou même assistance linguistique plus large et plus permanente dans les services d'accueil, grâce à des outils diversifiés : toutes ces expériences doivent être mutualisées et évaluées, pour ensuite permettre de développer les plus efficaces d'entre elles. » (54)

d- La Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (55) :

En 2012, la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France est adoptée à Strasbourg (55). Elle définit l'interprète médical et social comme une personne exerçant de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ne parlant pas une même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale. La charte de Strasbourg définit les fonctions essentielles de l'interprète médical et social professionnel ainsi que ses responsabilités et les délimitations de ses fonctions dans la pratique.

e- Le code de déontologie (55):

L'interprète médical et social professionnel est soumis à un code de déontologie selon quatre grands principes :

- La fidélité de la traduction : il restitue les discours dans l'intégrité du sens, avec précision et fidélité, sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens.
- La confidentialité et le secret professionnel : il a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au même secret professionnel que les acteurs auprès desquels il intervient.
- L'impartialité : il exerce ses fonctions dans une posture de retrait par rapport aux parties, sa traduction est loyale aux différents protagonistes.
- Le respect de l'autonomie des personnes : il n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes. Il leur reconnaît les compétences pour s'exprimer en leur propre nom et prendre des décisions en toute autonomie. Il ne se substitue pas à l'un ou l'autre des interlocuteurs.

f- Définition et recommandation de la Haute Autorité de Santé :

La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 émet un référentiel de compétences, formation et bonne pratique sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé (8). Elle donne une définition de l'interprétariat dans le domaine de la santé qui désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé

garantit aux patients/usagers, d'une part, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir ces droits.

Pourquoi les médecins, tout en reconnaissant les limites de l'interprète « ad hoc », et malgré les recommandations de la HAS, continuent-ils de ne pas faire appel à l'interprétariat médico-social professionnel ?

4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

Sur tout le territoire Nord Pas-de-Calais, les médecins peuvent bénéficier, dans la prise en charge médicale des patients sourds, de l'accompagnement du RSS-NPDC et de la présence d'un interprète français/LSF. L'hypothèse de ce travail est que le RSS-NPDC permet d'améliorer la prise en charge des patients sourds aussi bien du côté du médecin que du côté du patient lui-même. Nous ignorons le niveau de satisfaction de ses bénéficiaires et la place faite aux interprètes.

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer la satisfaction des médecins et des patients sourds ayant bénéficié de l'accompagnement du RSS-NPDC. L'objectif secondaire est d'analyser la place de l'interprète français/LSF dans le colloque singulier qu'est habituellement la relation médecin-patient. Ce travail permettra d'évaluer en partie le RSS-NPDC et de déterminer la place de l'interprète, afin de discuter d'éventuelles améliorations à apporter pour la qualité du RSS-NPDC.

Partie III- MATERIEL ET METHODE :

1-CARACTERISTIQUES ET TYPE D'ETUDE :

Pour ce travail, une méthode descriptive quantitative en 3 volets a été choisie. Il a concerné les bénéficiaires (médecins et patients) et les interprètes français/LSF du RSS-NPDC. Le premier volet s'oriente du côté des médecins, le deuxième volet s'oriente du côté des patients sourds, le troisième volet s'oriente du côté des interprètes français/LSF. Pour ce faire, 3 questionnaires ont été établis par les investigateurs (détaillés dans la partie 4).

Notre travail s'est déroulé sur une période de 4 mois et 10 jours, s'étendant du 20 juin 2018 au 31 Octobre 2018 inclus.

2- DEFINITION DES POPULATIONS :

Nous allons définir nos 3 populations :

Volet médecin : les critères d'inclusion sont d'avoir bénéficié, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation d'un patient sourd, d'un accompagnement par le RSS-NPDC pendant l'année 2017. Ont été exclus les médecins dépendant du GHICL n'ayant pas d'adresse courriel intra hospitalière, les médecins libéraux et les médecins extérieurs (médecins hospitaliers dépendant d'une autre structure de soins que le GHICL) n'ayant pu être joints au téléphone après 5 tentatives ou ayant exprimé leur refus de participer.

Volet patient : les critères d'inclusion sont d'avoir bénéficié, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, d'un accompagnement par le RSS-NPDC ou par l'UASS de Lille et d'avoir été présent à la conférence santé. Ont été exclus les patients ayant refusé de participer.

Volet interprète : les critères d'inclusion sont d'être intervenu lors d'une consultation ou d'une hospitalisation d'un patient sourd dans le cadre d'un accompagnement par le RSS-NPDC, être salarié ou contractuel du réseau.

3- DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Chaque volet a bénéficié d'une mise en œuvre indépendante. Le service informatique du GHICL a créé une adresse courriel spécifique pour l'étude afin de diffuser les questionnaires du volet médecin et interprète.

Volet médecin :

Le questionnaire a été diffusé par courriel interne aux médecins dépendant du GHICL. Les médecins extérieurs et les médecins libéraux ont été appelés par l'enquêtrice pour présenter l'étude et recueillir leur adresse courriel professionnel afin de leur diffuser le questionnaire. Une relance par courriel est prévue à deux reprises à deux semaines d'intervalle pour maximiser le taux de réponse.

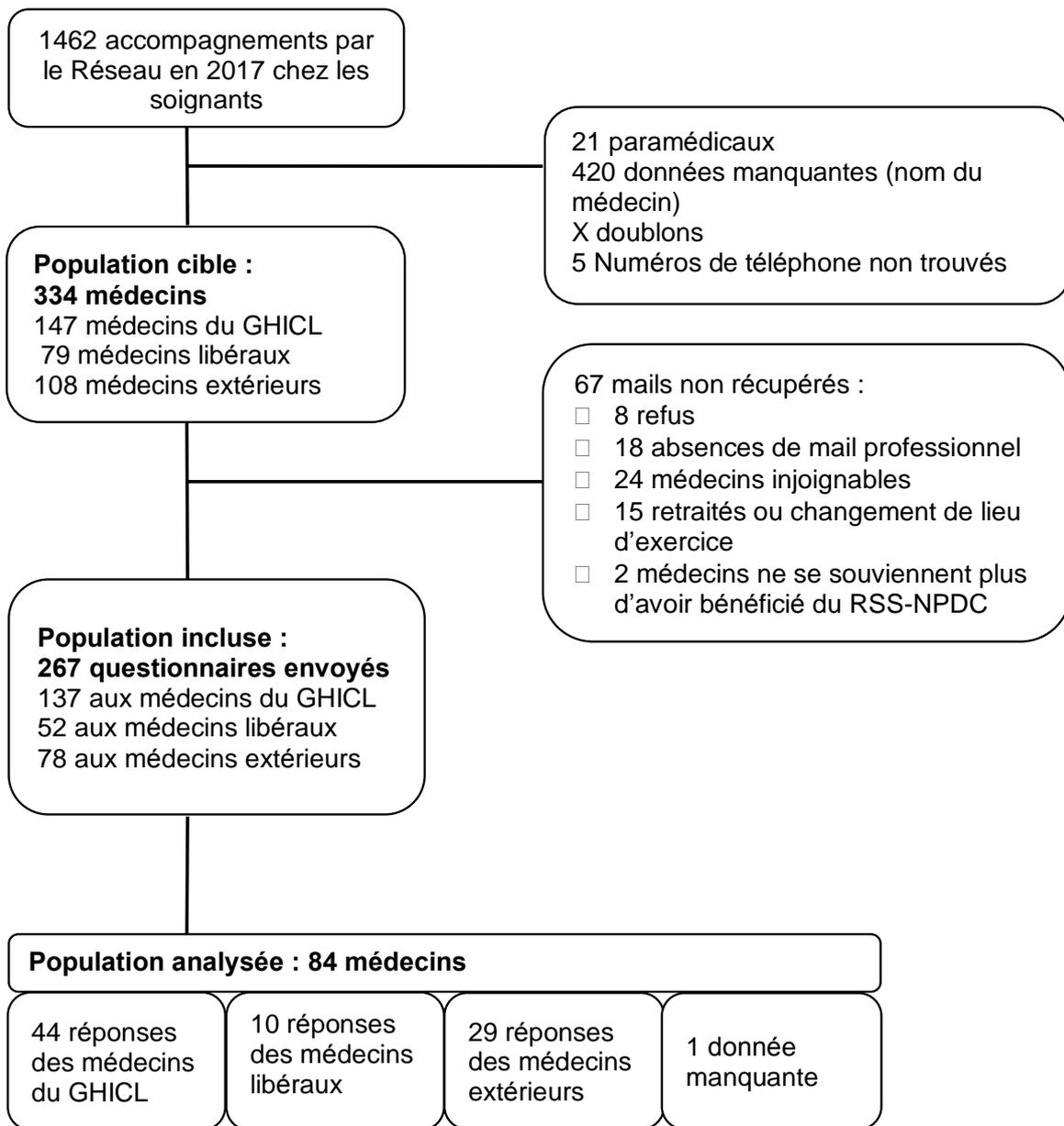


Figure 1 : flow chart des médecins

Volet patient :

L'enquêtrice a organisé une conférence santé au sein des locaux de l'UASS de Lille afin de regrouper un maximum de participants. Avant la conférence, les patients étaient prévenus du projet. Le questionnaire était présenté sous forme papier. L'affiche de la conférence santé est présentée en annexe 8.

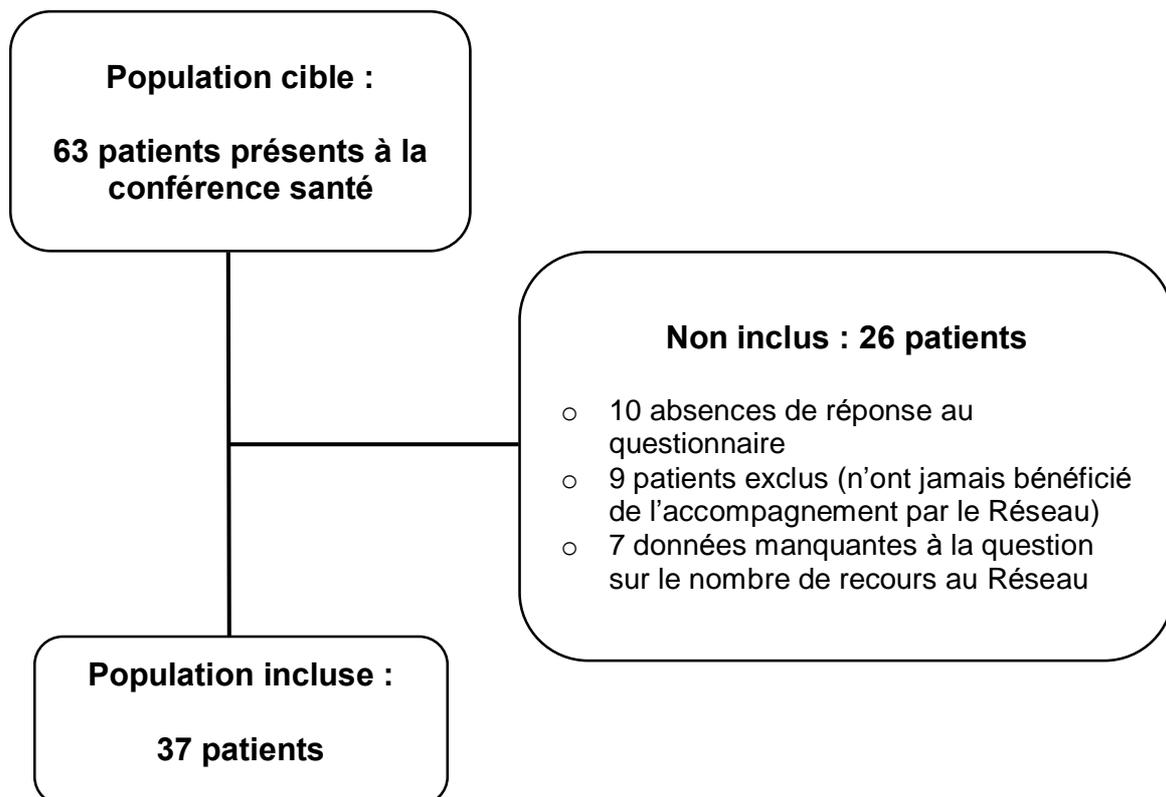


Figure 2 : flow chart des patients

Volet interprète :

Le questionnaire a été diffusé aux interprètes partenaires du RSS-NPDC par courriel. Une relance par courriel est prévue à deux semaines d'intervalle pour maximiser le taux de réponse.

4- CONCEPTION DES QUESTIONNAIRES :

Volet médecin :

Concernant l'évaluation de la satisfaction des médecins, un questionnaire composé de questions fermées et de questions ouvertes est élaboré. Ces questions portent sur les points qui nous semblaient les plus intéressants pour évaluer le RSS-NPDC d'une part et la relation avec l'interprète d'autre part. Il a été inspiré d'articles de la littérature, d'un précédent questionnaire utilisé dans l'UASS et d'une discussion avec le médecin coordinateur du RSS-NPDC. Le but est d'aboutir à un questionnaire court et rapide afin d'obtenir un maximum de réponses. Il a été effectué via Google form.

Après relecture par les différents investigateurs, il a été retenu 9 variables :

- Variables sociodémographiques :
 - âge : classé en < 35ans, [entre 35 et 49 ans], [entre 50 et 65 ans] et > 65 ans
 - genre : féminin/masculin
 - spécialité : médicale/médico-chirurgicale/chirurgicale
 - statut : dépendant du GHIC/libéral/extérieur
- Mode de connaissance du RSS-NPDC
- Demande d'accompagnement par le RSS-NPDC
- Bénéfice pour la pratique
- Qualité de l'accompagnement
- Nouvelle sollicitation
- Présence de l'interprète

- Avantages de l'accompagnement du RSS-NPDC
- Freins à l'accompagnement du RSS-NPDC

Volet patient :

Concernant l'évaluation de la satisfaction des patients, un questionnaire à questions fermées est élaboré. Il a été inspiré d'articles de la littérature et d'une discussion pluri professionnelle avec le médecin coordinateur et un intermédiaire du RSS-NPDC. Il a été effectué via Microsoft Word.

Après relecture par les différents investigateurs, il a été retenu 9 variables :

- Mode de consultation et d'hospitalisation avant la création du RSS-NPDC
- Mode de connaissance du RSS-NPDC
- Motifs de recours au RSS-NPDC
- Nombre de recours au RSS-NPDC en une année
- Satisfaction de l'accompagnement du RSS-NPDC
- Recommandation de l'accompagnement du RSS-NPDC
- Refus de la présence de l'interprète français/LSF
- Explication du refus de la présence de l'interprète français/LSF
- Compréhension de la consultation en présence de l'interprète français/LSF

L'investigatrice principale s'est entretenue avec l'interprète français/LSF du RSS-NPDC, avant la conférence pour expliquer le questionnaire. Le questionnaire a été distribué, sur papier cartonné, à tous les patients présents à la conférence santé et a été projeté en parallèle sur grand écran (Microsoft PDF). L'objectif, le déroulement et

le respect de l'anonymat ont été expliqués par l'enquêtrice et traduit en LSF par l'interprète du RSS-NPDC. Les questions étaient signées en temps réel par l'interprète et un temps suffisant était donné pour permettre au patient de répondre question par question. Les questionnaires étaient récupérés à la fin de la conférence santé.

Volet interprète :

Concernant l'évaluation de la place de l'interprète français/LSF, un questionnaire composé de questions fermées et de questions ouvertes est élaboré. Il a pour objectifs de faire préciser le déroulement de l'intervention et le ressenti de l'interprète. Il a été inspiré d'articles de la littérature décrivant la place de l'interprète lors de consultation avec des patients allophones. Le questionnaire a été effectué via Google form.

Après relecture par les différents investigateurs, il a été retenu 9 variables :

- Variables sociodémographiques :
 - Age
 - Genre : féminin/masculin
 - Statut : salarié du RSS-NPDC /salarié d'un service d'interprétariat/vacataire libéral
 - Nombre d'années de profession : < 5ans/[5-10ans]/[11-15ans]/> 15 ans
 - Diplôme
- Relation avec les médecins
- Ressenti sur la perception de la part des médecins
- Explication et souhait d'explication du motif de consultation
- Débriefing et souhait de débriefing
- Autres rôles pendant la consultation

- Refus d'intervention de la part du médecin
- Difficultés de l'interprète
- Améliorations souhaitées par l'interprète

Les questionnaires utilisés pour les 3 volets sont présentés en annexe 1, 2 et 3.

5- ANALYSES STATISTIQUES :

Le recueil des données a lieu dans les locaux de l'UASS de Lille, afin de garantir la confidentialité, avec l'accord du Docteur DRION, praticien hospitalier et coordinateur du RSS-NPDC.

Le recueil des données quantitatives s'est fait sous fichier Microsoft Excel. Compte-tenu de sa nature, les résultats de l'enquête ont été majoritairement analysés d'une façon textuelle.

Les questions à choix multiples du volet patient ont été recodées en question binaire afin de faciliter leur interprétation.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel Stats avec un seuil de significativité de 0,05 (p-value). Dans un premier temps, nous avons décrit les données sociodémographiques et la répartition des réponses aux questions des différents volets. Dans un deuxième temps, nous avons effectué des comparaisons entre les réponses et les données sociodémographiques et des comparaisons entre les réponses, entre elles, à l'aide d'un test de Fisher. Le recueil des réponses aux questions ouvertes s'est fait avec le logiciel NVivo.

6- REFERENCES :

La recherche bibliographique a été effectuée grâce aux interfaces de recherches Google Scholar, Cismef, cairn, pubmed. La bibliographie a été paramétrée avec le logiciel Zotero, selon la convention Vancouver.

Partie IV- RESULTATS :

1- RESULTATS DU VOLET MEDECIN :

a- Taux de participation :

Le questionnaire a été envoyé à 267 médecins dont 137 médecins du GHICL, 52 médecins libéraux et 78 médecins extérieurs (figure 3). 84 d'entre eux ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 31,5% (figure 4).

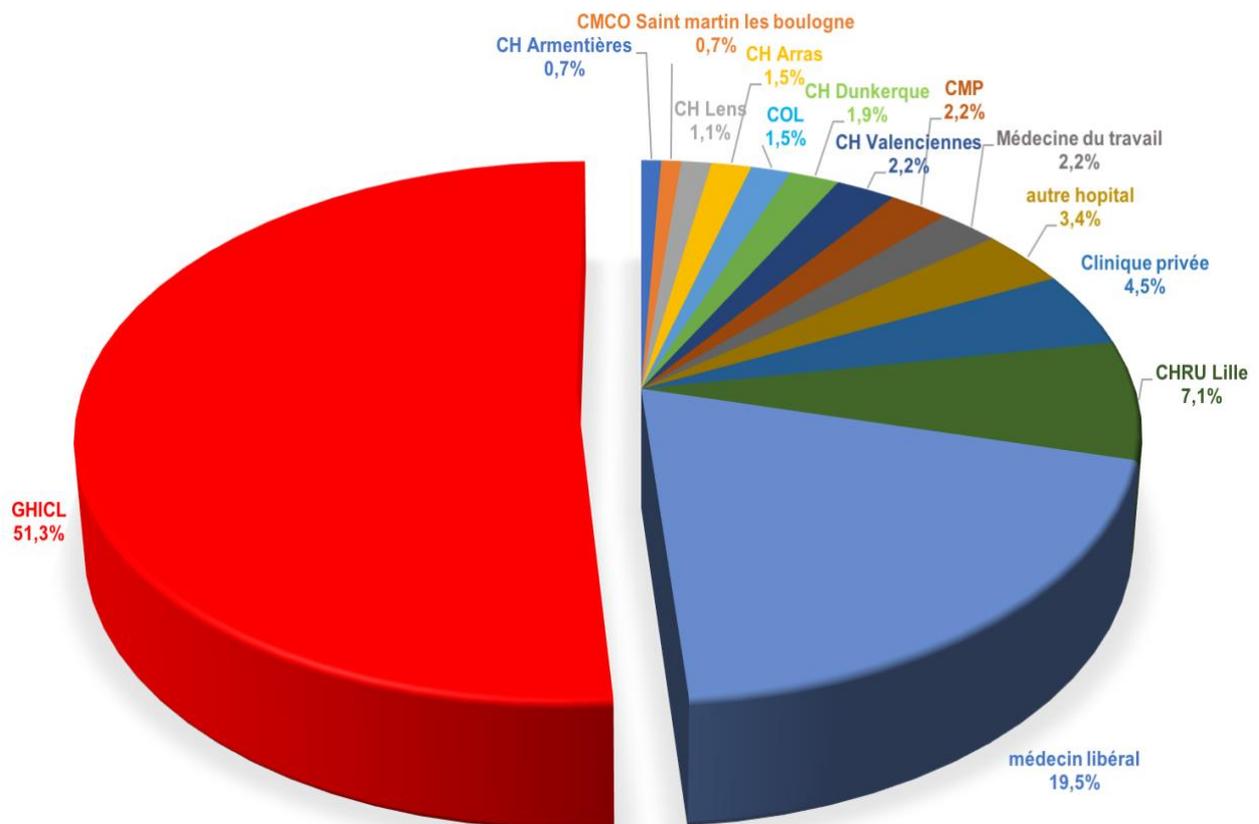


Figure 3 : Répartition des médecins inclus dans les différentes structures de soins

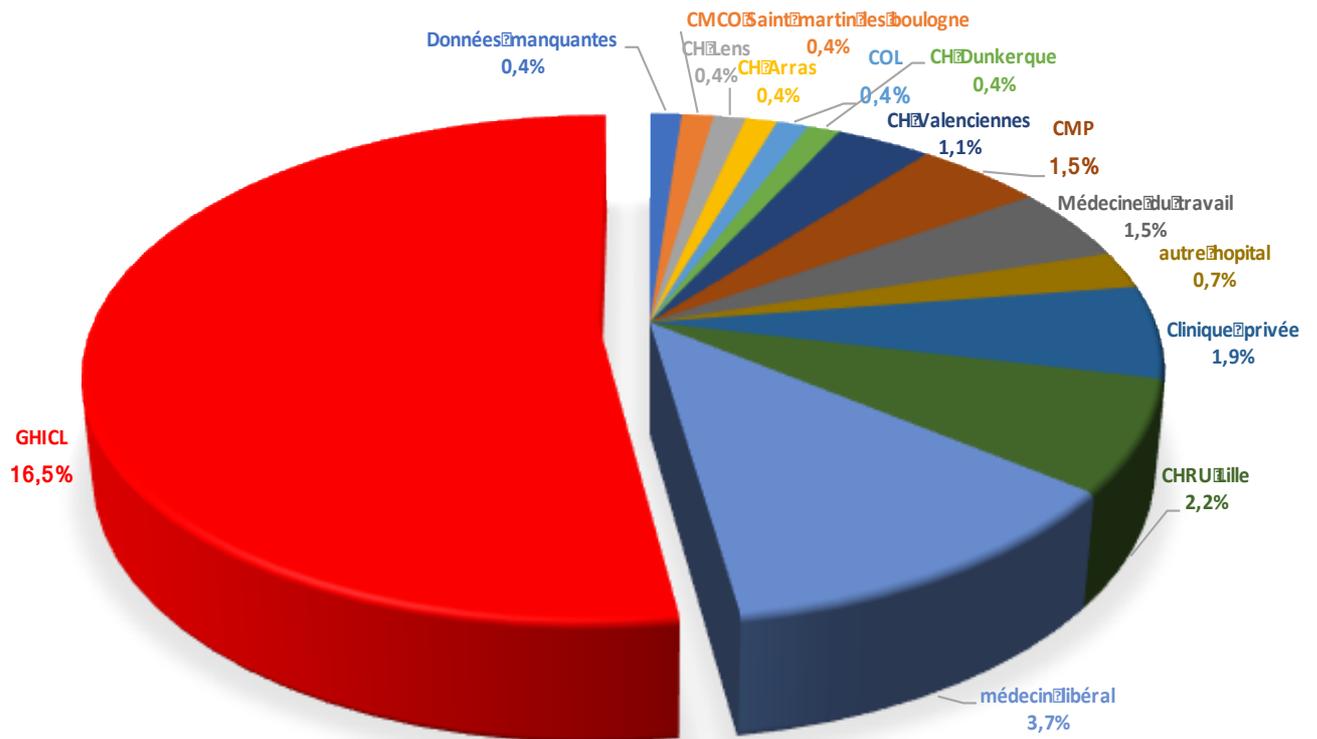


Figure 4 : Répartition des médecins analysés dans les différentes structures de soins

b- Données sociodémographiques :

Concernant les données sociodémographiques (tableau 1), 50% de femmes et 50% d'hommes ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des médecins était de 46,1 ans [28-71ans] et la médiane était de 44 ans. Concernant la spécialité, 72,6% des médecins avaient une spécialité médicale, 10,7% des médecins avaient une spécialité médico-chirurgicale et 16,7% des médecins avaient une spécialité chirurgicale. 86,9% des médecins étaient salariés d'une structure de soins, dont 52,4% étaient rattachés au GHICL et 34,5% étaient des médecins extérieurs. Les médecins libéraux représentaient 11,9% des médecins ayant répondu au questionnaire.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des médecins inclus

Variables sociodémographiques	N=84	%
Age en années, intervalle	46,1	[28-71]
- < 35 ans	15	17,9
- Entre 35 et 49 ans	33	39,3
- Entre 50 et 65 ans	30	35,7
- > 65 ans	3	3,6
- Données manquantes	3	3,6
Genre		
- Femme	42	50
- Homme	42	50
Spécialité		
- Médicale	61	72,6
- Chirurgicale	14	16,7
- Médico-chirurgicale	9	10,7
Statut		
- Médecins dépendant du GHICL	44	52,4
- Médecins extérieurs	29	34,5
- Médecins libéraux	10	11,9
- Données manquantes	1	1,2

c- Répartition des réponses aux questions du volet médecin :

Nous avons présenté les réponses, question par question. Un tableau récapitulatif des réponses au questionnaire est présenté en annexe 4.

Concernant le mode de connaissance du RSS-NPDC par les médecins (figure 5), on constate que respectivement 51,2% et 22,6% des médecins interrogés ont connu le RSS-NPDC par un patient et par le RSS-NPDC lui-même.

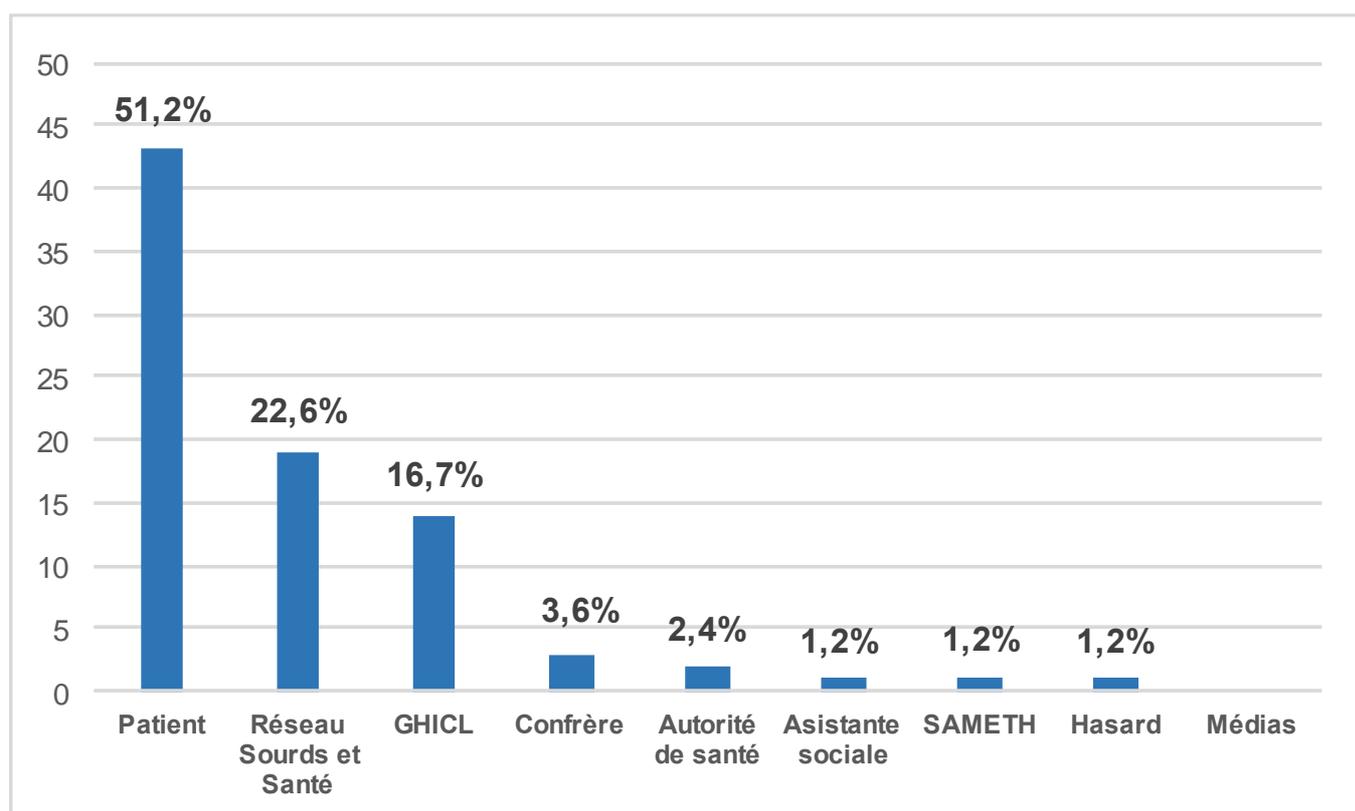


Figure 5 : Mode de connaissance du RSS-NPDC par les médecins

Concernant les demandes d'accompagnement par le RSS-NPDC (figure 6), on constate qu'elles avaient été faites à 54,8% par le patient lui-même, à 21,4% par le RSS-NPDC et à 14,3% par le médecin consulté.

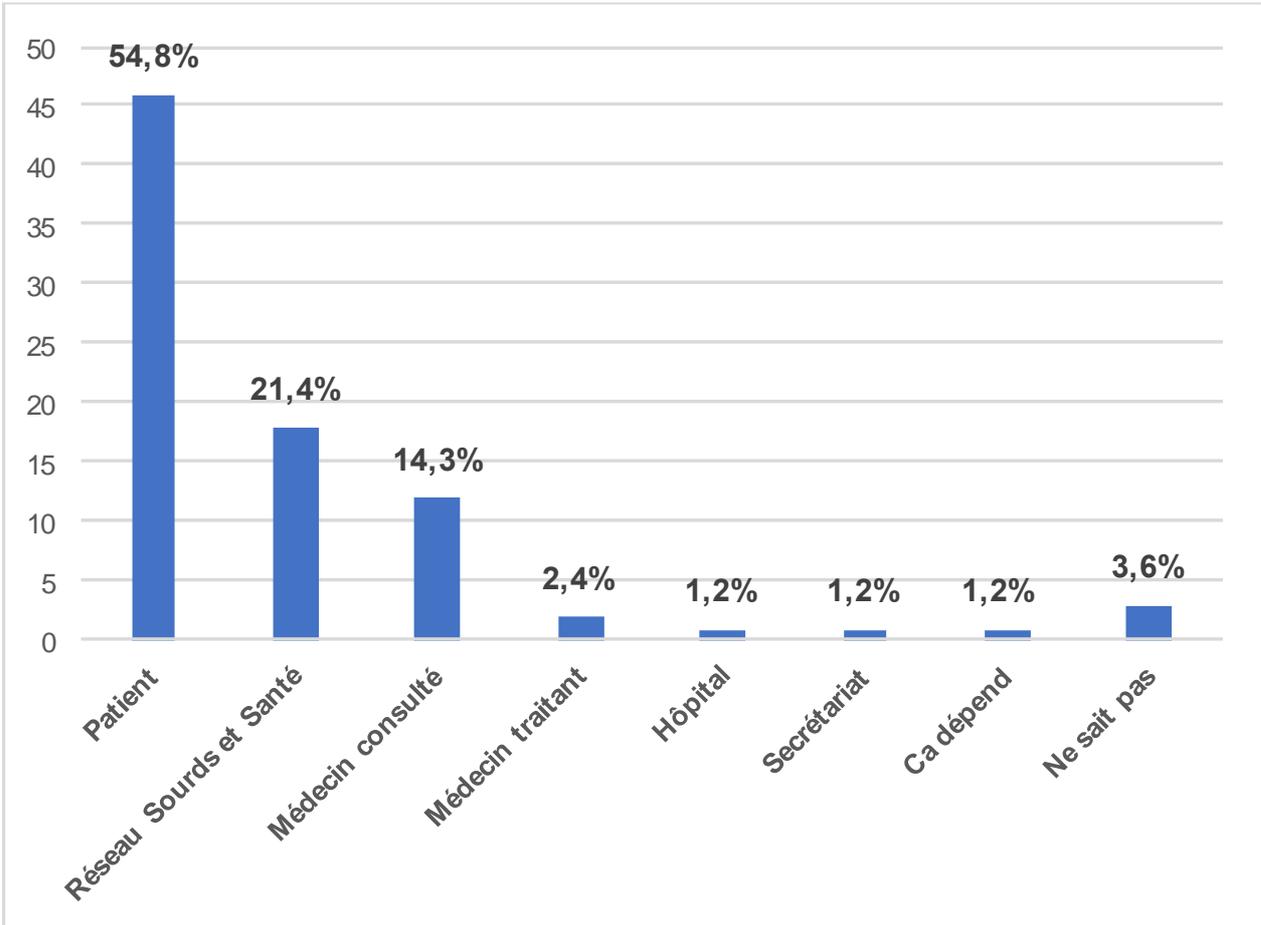


Figure 6 : Demande d'accompagnement par le RSS-NPDC

Concernant le bénéfice pour la pratique (figure 7), on constate que 96,4% des médecins reconnaissent que l'accompagnement par le RSS-NPDC lors d'une consultation ou d'une hospitalisation d'un patient sourd a été bénéfique pour leur pratique. Les raisons les plus souvent énoncées étaient : « amélioration de la communication » à 29,8%, « facilite la compréhension » à 15,5%, « interrogatoire plus fiable » à 11,9% et « facilite les explications » à 10,7%.

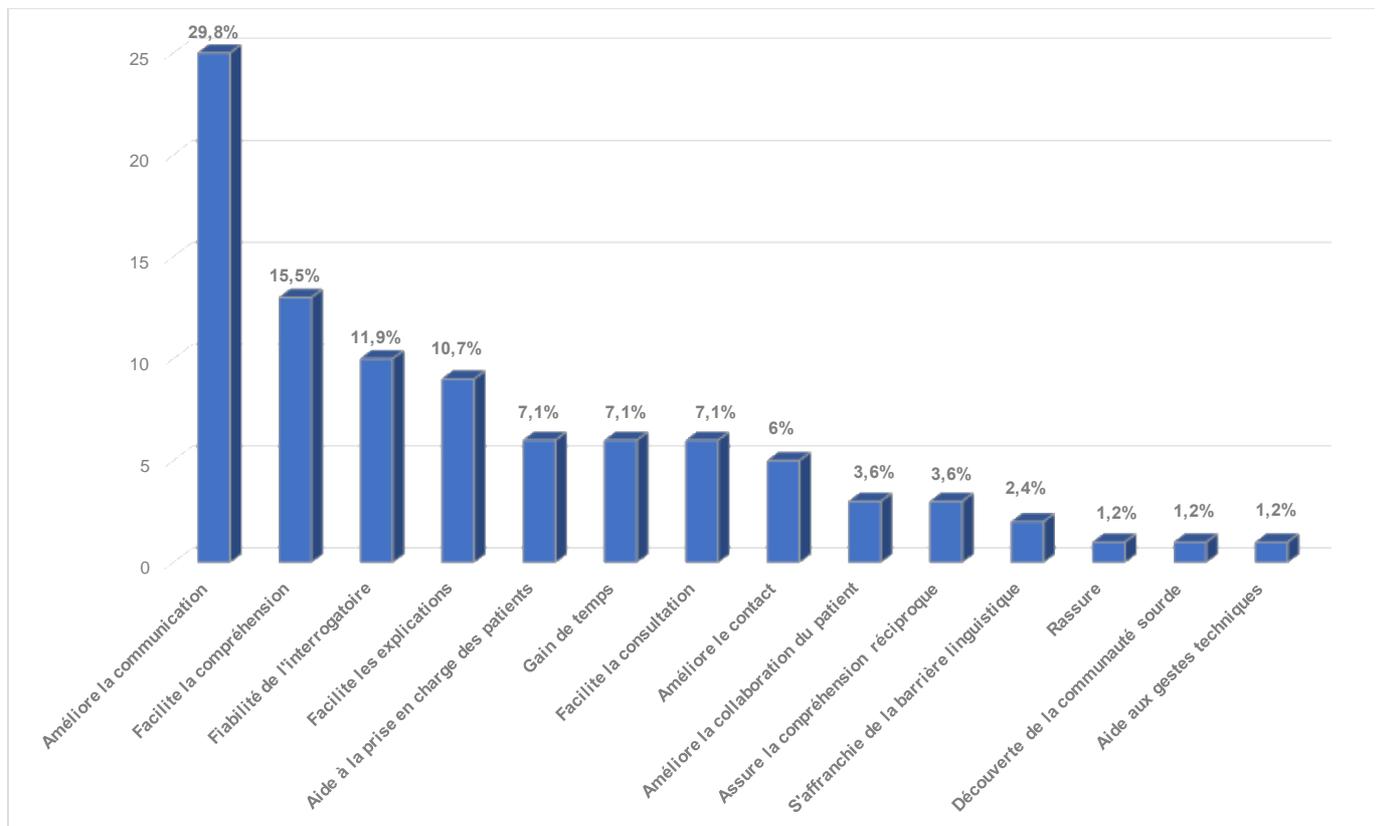


Figure 7 : Bénéfices pour les médecins de l'accompagnement par le RSS-NPDC

Concernant la satisfaction globale de l'accompagnement par le RSS-NPDC (figure 8), on constate que 77,4% et 21,4% des médecins se disaient respectivement « très satisfait » et « satisfait ». Seul 1 médecin se disait « non satisfait ».

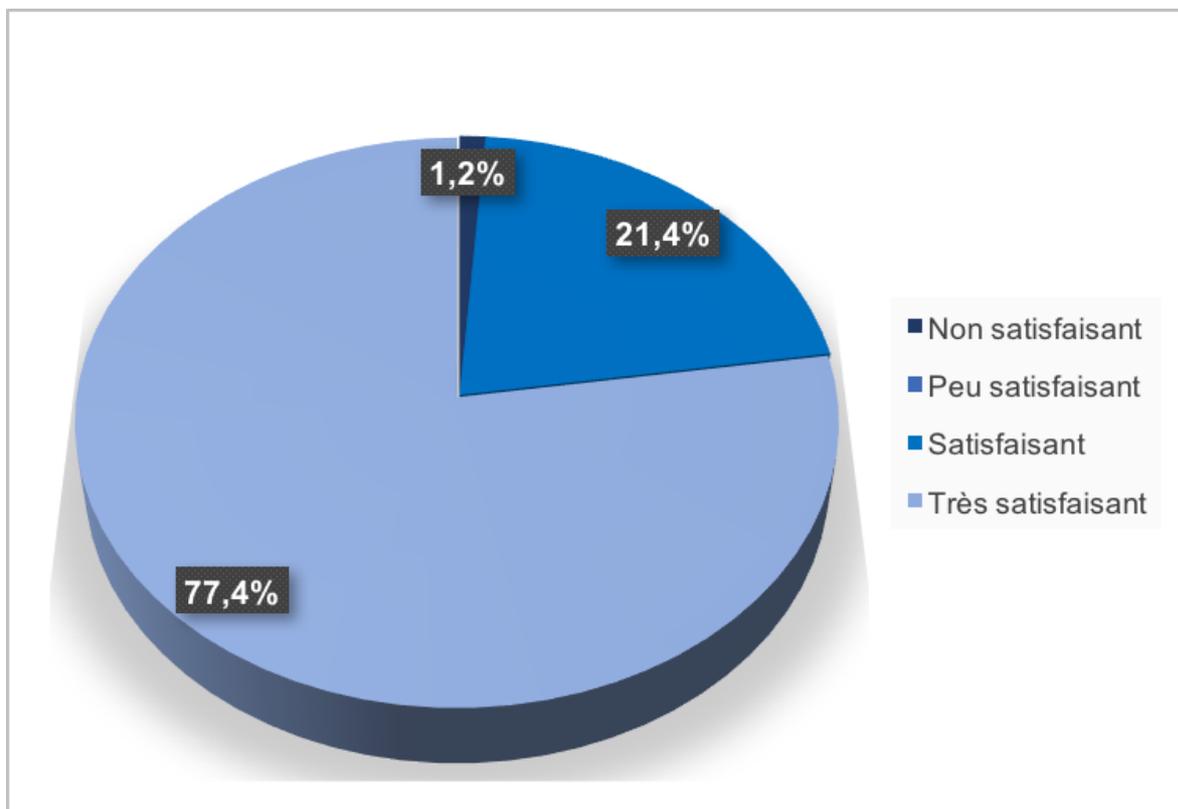


Figure 8 : Satisfaction globale des médecins vis-à-vis de l'accompagnement par le RSS-NPDC

Concernant une nouvelle sollicitation du RSS-NPDC (figure 9), on constate que 95,2% des médecins solliciteraient à nouveau le RSS-NPDC lors de prochaine consultation avec un patient sourd et 4,8% des médecins ne le solliciteraient pas. Les raisons évoquées par ces derniers étaient « *pas le temps* » « *intermédiaire dans la communication* » « *"gêné" par la présence d'une tierce personne, habitué à être en face à face avec la personne* ».

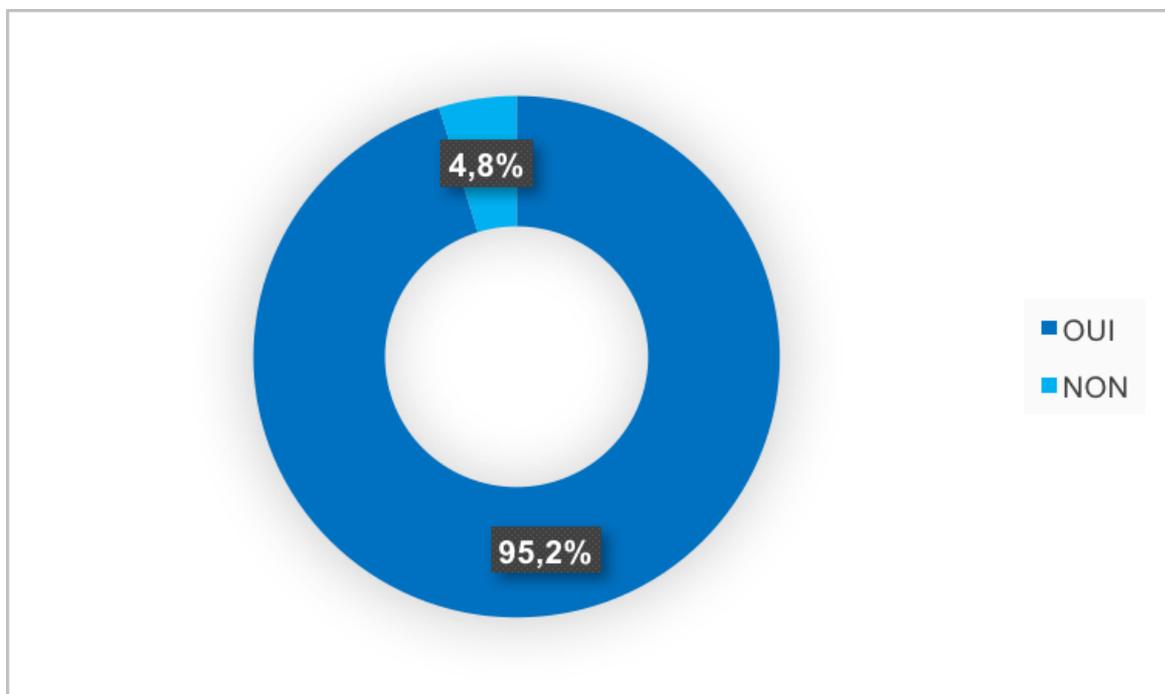


Figure 9 : Nouvelle sollicitation du RSS-NPDC par les médecins pour les prochaines consultations

Concernant la présence de l'interprète lors de la consultation (figure 10), on constate que 94% des médecins n'ont pas été gênés par la présence de l'interprète. Pour les 5 médecins qui ont été gênés, 2 d'entre eux expliquaient que c'était par rapport au secret médical « *problème de confidentialité* » « *Remise en cause du secret professionnel* », 1 médecin a été gêné par le nombre de personnes présentes lors de la consultation « *trop souvent il y en 2, voire, 3* », 1 médecin a été gêné par la position de l'interprète derrière lui, le dernier médecin a été gêné lors de « *questions intimes qui peuvent être embarrassantes* ».

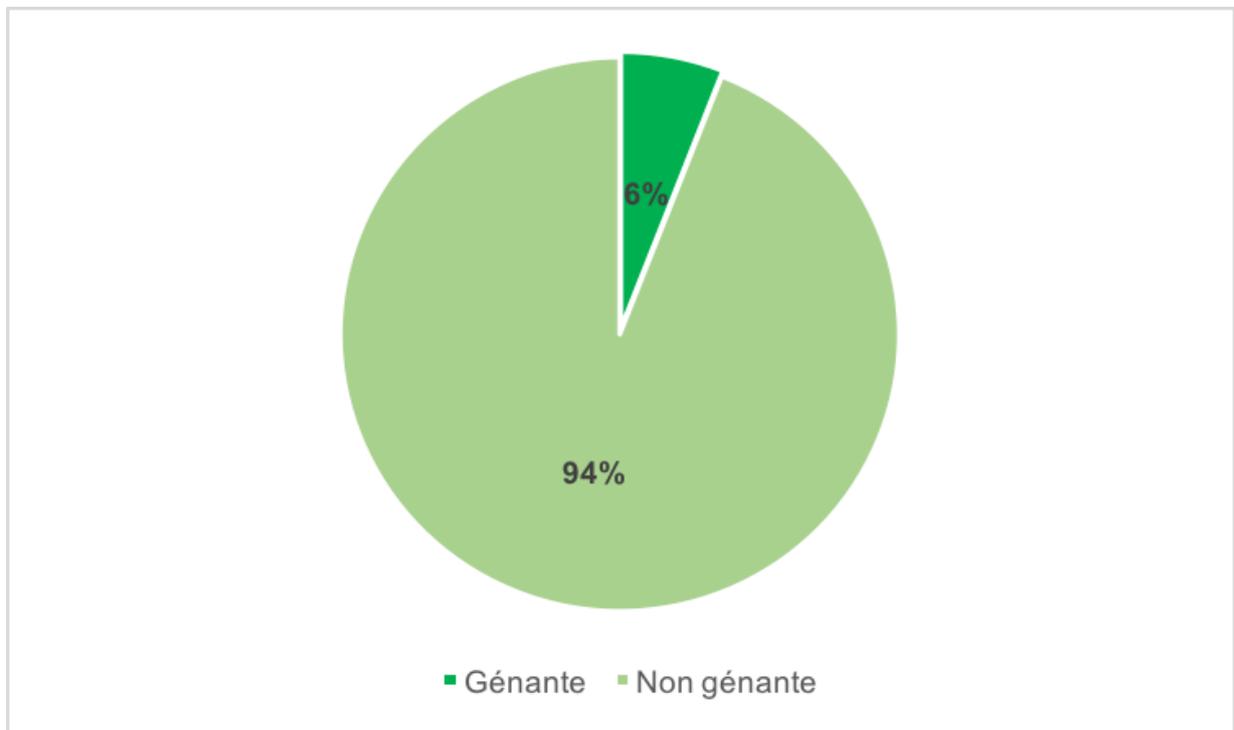


Figure 10 : Présence de l'interprète gênante ou non gênante pour le médecin

Concernant les freins à l'accompagnement par le RSS-NPDC (figure 11), 34,5% des médecins n'en voyaient aucun. « *La disponibilité insuffisante des interprètes* » était citée par 23,8% des médecins, même si les médecins reconnaissaient que c'était lié à « *un faible effectif* » ou à « *une inadéquation offre et demande* ». La nécessité de « *programmation* », « *d'organisation plus complexe* » d' « *anticipation* » était citée par 14,3% des médecins. Le troisième frein cité par 7,1% des médecins était au niveau de la confidentialité : « *communication de résultats médicaux personnels avec un tiers présent* » « *le secret médical* ».

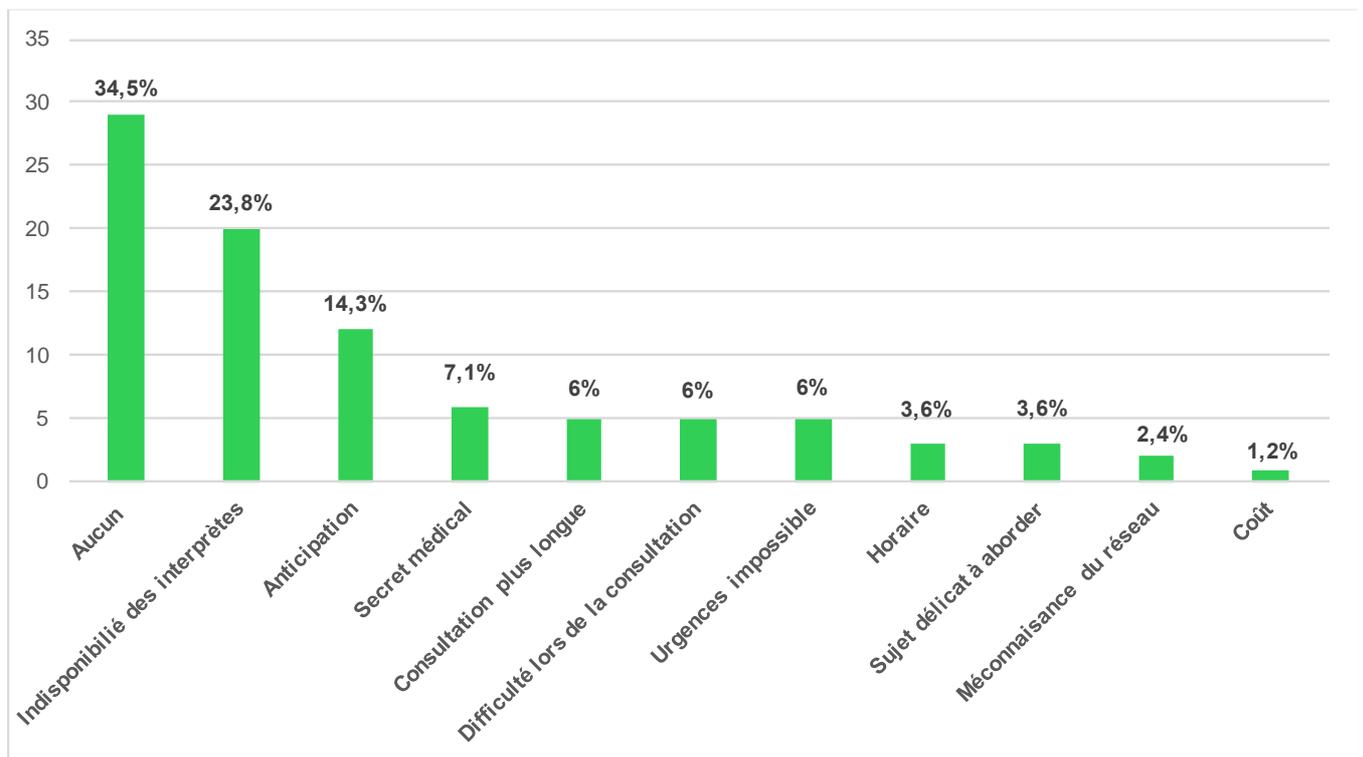


Figure 11 : Freins à l'accompagnement par le RSS-NPDC pour les médecins

Concernant les avantages de l'accompagnement par le RSS-NPDC, les médecins en citaient de nombreux (figure 12). Le réseau améliorerait la communication (36,9%) : « *communication plus efficace* » « *permet un vrai dialogue avec le patient* » « *qualité de la communication* ». Il améliorerait la compréhension (25%) : « *meilleure compréhension mutuelle* » « *Améliore la compréhension des patients* » « *facilité de compréhension* ». Le 3^{ème} avantage le plus cité était que l'accompagnement faciliterait la consultation (17,9%) : « *rapidité et efficacité* », « *Fluidité de la consultation* » « *Optimisation de la consultation* ».

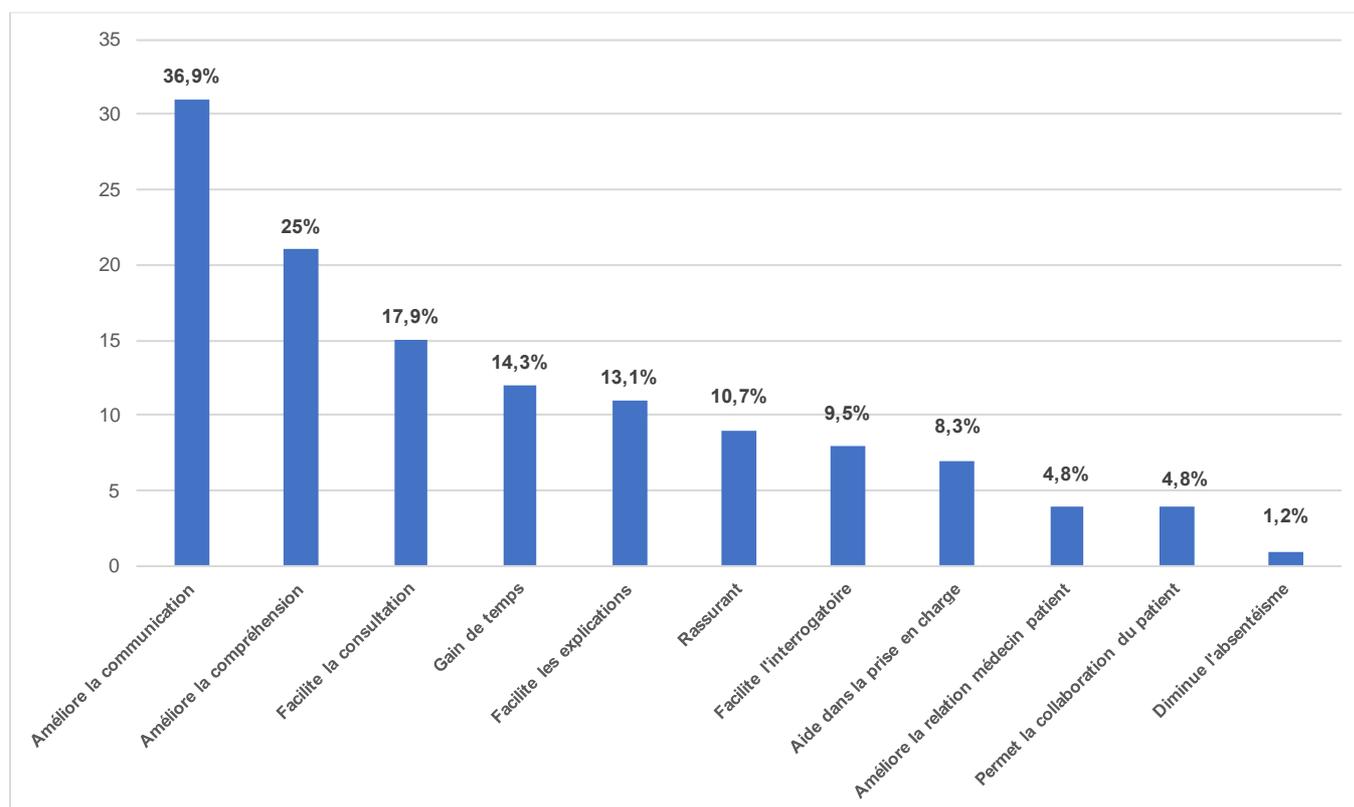


Figure 12 : Avantages à l'accompagnement par le RSS-NPDC pour les médecins

d- Comparaisons entre les questions :

On constate une différence entre le genre et la spécialité ($p=7.10^{-3}$) (tableau 2), les médecins femmes ont plus souvent une spécialité médicale.

Tableau 2 : Répartition du genre dans les différents groupes de spécialité du volet médecin

	Population globale N=84 (%)	Médicale N=61 (%)	Spécialité Médico-chirurgicale N=14 (%)	Chirurgicale N=9 (%)	p-value
Genre					
- Féminin	42 (50)	37 (60,7)	3 (21,4)	2 (22,2)	7.10^{-3}
- Masculin	42 (50)	24 (39,3)	11 (78,6)	7 (77,8)	

On constate également une différence entre l'âge et le statut ($p=0,04$), les médecins au statut GHICL sont plus jeunes que les médecins au statut extérieur ou libéral. On constate une différence entre le statut et le mode de connaissance du RSS-NPDC ($p<1.10^{-4}$), entre le statut et la demande d'accompagnement ($p=3.10^{-3}$) et entre le statut et une nouvelle sollicitation ($p=0,05$) (tableau 3).

En effet, pour les médecins au statut GHICL, ils ont le plus souvent connu le RSS-NPDC par le Réseau lui-même ou par le GHICL, la demande d'accompagnement était plus souvent faite par le RSS-NPDC et ils solliciteraient davantage le RSS-NPDC lors d'une prochaine consultation avec un patient sourd. Pour les médecins extérieurs et les médecins libéraux, c'était le patient lui-même qui était le plus souvent à l'origine de la connaissance du RSS-NPDC pour le médecin et de la demande d'accompagnement.

Tableau 3 : Répartition des réponses aux questions du volet médecin en fonction du statut

	Statut					p-value
	Population globale N=84 (%)	Médecin du GHICL N= 44 (%)	Médecins extérieurs N= 29 (%)	Médecins libéraux N= 10 (%)	Donnée manquante N=1 (%)	
Age						
- < 35 ans	15 (17,8)	12 (27,3)	3 (10,3)	0		
- [35 et 49 ans]	33 (39,3)	17 (38,6)	13 (44,8)	3 (30)		0,04
- [50 et 65 ans]	30 (35,7)	13 (29,5)	11 (38)	6 (60)		
- > 65 ans	3 (3,6)	1 (2,3)	2 (6,9)	0		
- Données manquantes	3 (3,6)	1 (2,3)	0	1 (10)	1(100)	
Mode de connaissance du réseau						
- Patient	43 (51,2)	11 (25)	21 (72,4)	10 (100)	1 (100)	1.10⁻⁴
- Réseau	19 (22,6)	16 (36,4)	3 (10,3)	0		
- Hôpital	14 (16,7)	13 (29,5)	1 (3,4)	0		
- Confrère	3 (3,6)	2 (4,5)	1 (3,4)	0		
- Autorité de santé	2 (2,4)	1 (2,3)	1 (3,4)	0		
- Assistante sociale	1 (1,2)	0	1 (3,4)	0		
- SAMETH	1 (1,2)	0	1 (3,4)	0		
- Par hasard	1 (1,2)	1 (2,3)	0	0		
Demande d'accompagnement						
- Patient	46 (54,8)	14 (31,8)	22 (75,9)	9 (90)	1 (100)	3.10⁻³
- Réseau	18 (21,4)	16 (36,4)	2 (6,9)	0		
- Médecin consulté	12 (14,3)	7 (15,9)	5 (17,2)	0		
- Médecin traitant	2 (2,4)	1 (2,3)	0	1 (10)		
- Hôpital	1 (1,2)	1 (2,3)	0	0		
- Secrétariat	1 (1,2)	1 (2,3)	0	0		
- Ça dépend	1 (1,2)	1 (2,3)	0	0		
- Ne sait pas	3 (3,6)	3 (6,8)	0	0		
Nouvelle sollicitation						
- Oui	80 (95,2)	44 (100)	27 (93,1)	8 (80)	1 (100)	0,05
- Non	4 (4,8)	0	2 (6,9)	2 (20)		

Aucune autre différence entre les réponses aux questions et les données socio démographiques n'a été constatée (tableau 4).

Tableau 4 : Test de Fisher entre les réponses aux questions du volet médecin

p < 0, 05	Age	Genre	Statut	Spécialité
Genre	0,71			
Statut	0,04	0,12		
Spécialité	0,60	7.10⁻³	0,24	
Mode de connaissance du réseau	0,39	0,54	10⁻⁴	0,76
Demande d'accompagnement	0,10	0,06	3.10⁻³	0,47
Bénéfique pour la pratique	0,68	1	0,05	0,62
Satisfaction globale	0,73	0,43	0,08	0,72
Nouvelle sollicitation	0,56	1	0,05	0,18
Présence de l'interprète	1	1	0,70	0,57

2- RESULTATS DU VOLET PATIENT :

a- Taux de participation :

63 patients ont participé à la conférence santé, 53 patients ont répondu au questionnaire dont 37 patients répondaient au 2^{ème} critère d'inclusion (patients ayant déjà bénéficié d'un accompagnement par le RSS-NPDC lors d'une consultation ou d'une hospitalisation) soit 58,7% des patients présents.

b- Répartition des réponses aux questions du volet patient :

Nous avons présenté les réponses, question par question. Un tableau récapitulatif des réponses non recodées au questionnaire du volet patient est présenté en annexe 5.

Concernant le mode de consultation avant la création du RSS-NPDC (tableau 5), on constate que 62,2% des patients consultaient seul et 37,8% consultaient avec un interprète.

Tableau 5 : Recodage de la question « consultation avant RSS-NPDC » du volet patient

N=37		
Avant la création du Réseau, est-ce que :		
Vous consultiez seul		
- Oui	23	62,2%
- Non	14	37,8%
Vous consultiez avec un interprète		
- Oui	14	37,8%
- Non	23	62,2%
Vous consultiez avec un proche		
- Oui	11	29,7%
- Non	26	70,3%
Vous alliez directement aux urgences		
- Oui	2	5,4%
- Non	35	94,6%
Vous refusiez de consulter		
- Oui	1	2,7%
- Non	36	97,3%

Concernant le mode d'hospitalisation avant la création du RSS-NPDC (tableau 6), on constate que 62,2% des patients demandaient l'intervention d'un interprète à l'hôpital et 43,2% restaient seul pendant l'hospitalisation.

Tableau 6 : Recodage de la question « hospitalisation avant RSS-NPDC » du volet patient

N=37		
Avant la création du Réseau, lors d'une hospitalisation :		
Vous y alliez seul		
- Oui	16	43,2%
- Non	21	56,8%
Vous demandiez un interprète		
- Oui	23	62,2%
- Non	14	37,8%
Vous y alliez avec un proche		
- Oui	8	21,6%
- Non	29	78,4%
Vous refusiez l'hospitalisation		
- Oui	0	0%
- Non	37	100%

Concernant le mode de connaissance du RSS-NPDC par les patients (tableau 7), on constate que respectivement 45,8% et 43,2% des patients répondaient qu'ils ont connu le RSS-NPDC par l'intermédiaire d'une association ou par l'intermédiaire de connaissances sourdes. 6 patients ont donné deux réponses à la question sur la connaissance du RSS-NPDC.

Tableau 7 : Recodage de la question « connaissance du RSS-NPDC » du volet patient

N=37		
Comment avez-vous connu le Réseau :		
Par une association		
- Oui	17	45,9%
- Non	20	54,1%
Par des connaissances sourdes		
- Oui	16	43,2%
- Non	21	56,8%
Par le réseau sourds et Santé		
- Oui	8	21,6%
- Non	29	78,4%
Par votre médecin de famille		
- Oui	3	8,1%
- Non	34	91,9%
Par les pouvoirs publics		
- Oui	1	2,7%
- Non	36	97,3%
Par la TV, internet		
- Oui	1	2,7%
- Non	36	97,3%

Concernant les motifs de recours au RSS-NPDC (figure 13), on constate que 59,5% des patients interrogés ont fait appel au RSS-NPDC lors de consultation chez le médecin spécialiste, 18,9% des patients lors d'une hospitalisation ou pour le suivi de maladie chronique. 16,2% des patients déclaraient faire appel au RSS-NPDC systématiquement.

Un tableau avec les données recodées de cette question est présenté en annexe 6.

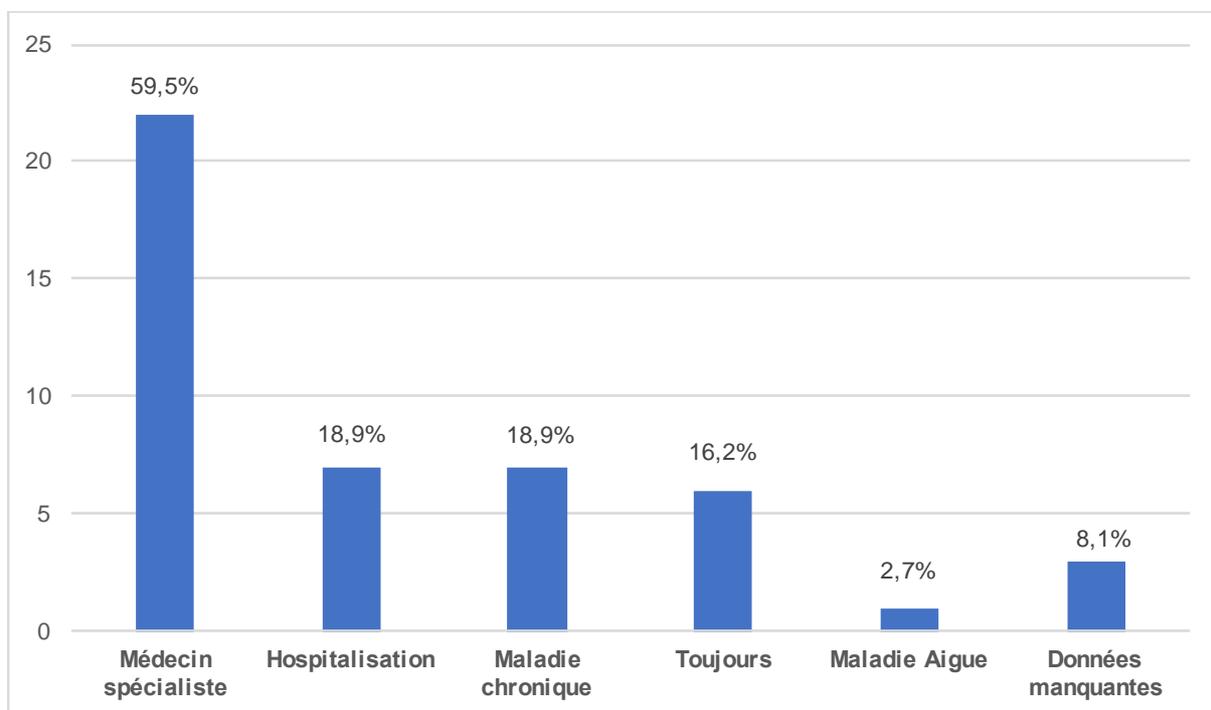


Figure 13 : Motif de recours par les patients au RSS-NPDC

Concernant le nombre de recours au RSS-NPDC en une année (figure 14), on constate que 37,8% des patients interrogés ont fait appel au RSS-NPDC entre 2 et 5 fois par an, 27% des patients bénéficiaient d'un accompagnement plus de 10 fois par an.

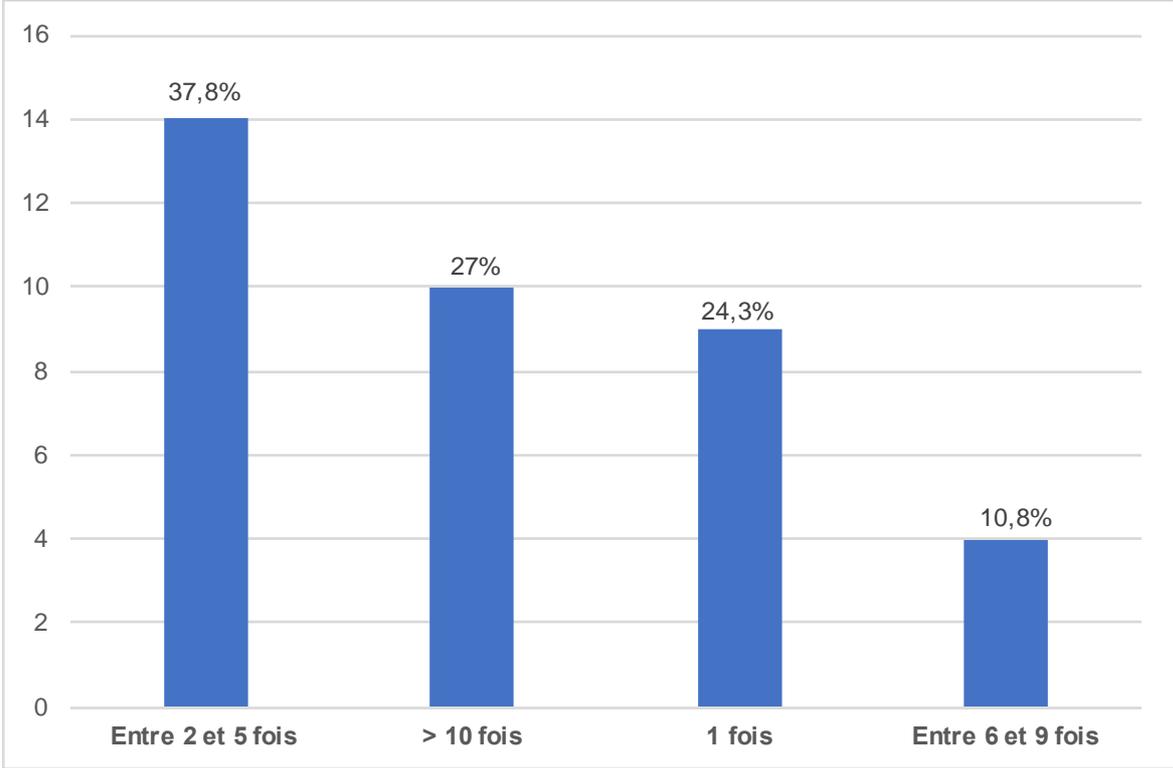


Figure 14 : Nombre de recours par les patients au RSS-NPDC sur une année

Concernant la compréhension lors de la présence d'un interprète français/LSF, on constate que 64,9% des patients déclaraient tout comprendre lors de la consultation en présence d'un interprète. 32,4% des patients déclaraient comprendre la plupart du temps.

Concernant le refus d'accompagnement par un interprète, on constate qu'il était déjà survenu pour 29,7% des patients parmi lesquels 81,8% avaient eu une explication. Le motif le plus souvent énoncé était l'indisponibilité d'un interprète.

Concernant la satisfaction globale (figure 15), on constate que 43,2% des patients étaient très satisfaits par l'accompagnement du RSS-NPDC, 35,1% étaient satisfaits et 18,9% étaient peu satisfaits.

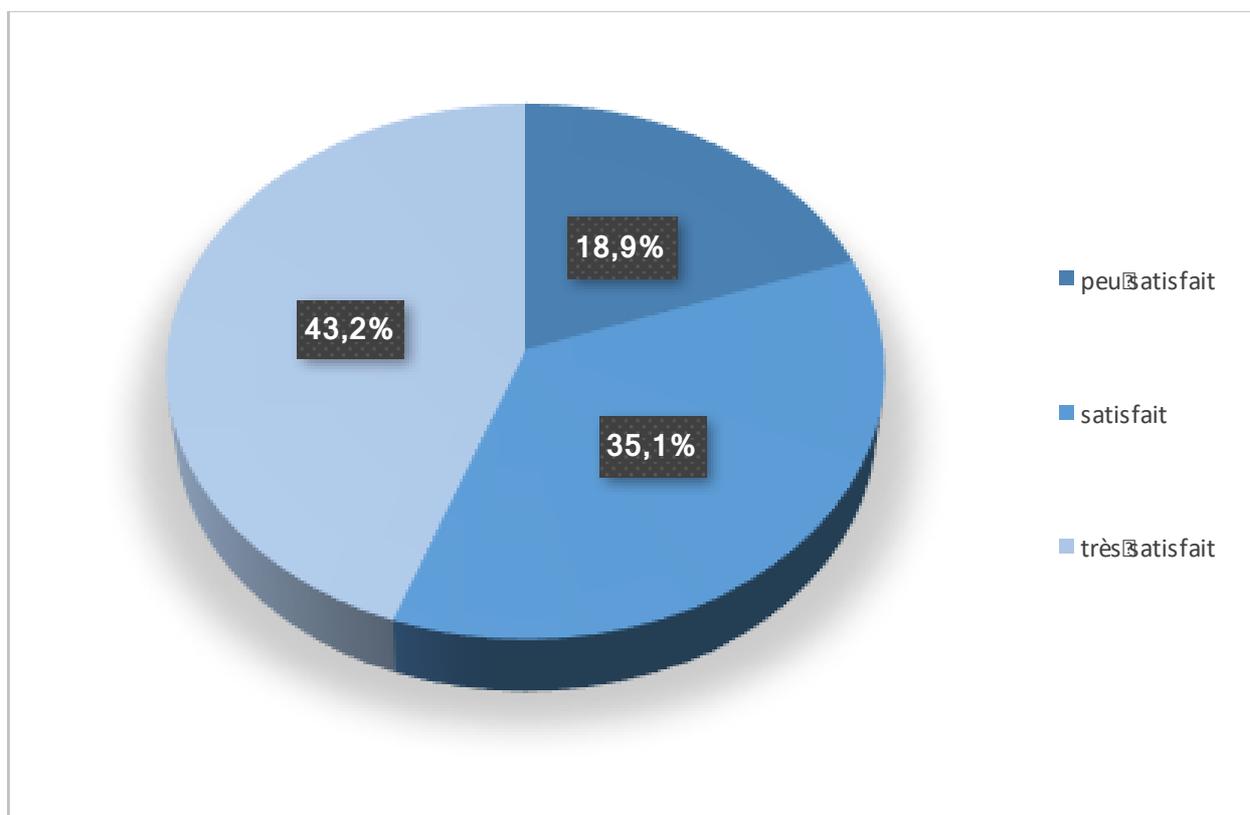


Figure 15 : Satisfaction globale des patients vis-à-vis de l'accompagnement par le RSS-NPDC

Concernant la recommandation de l'accompagnement par le RSS-NPDC à leurs proches (figure 16), on constate que 75,7% des patients le recommanderaient.

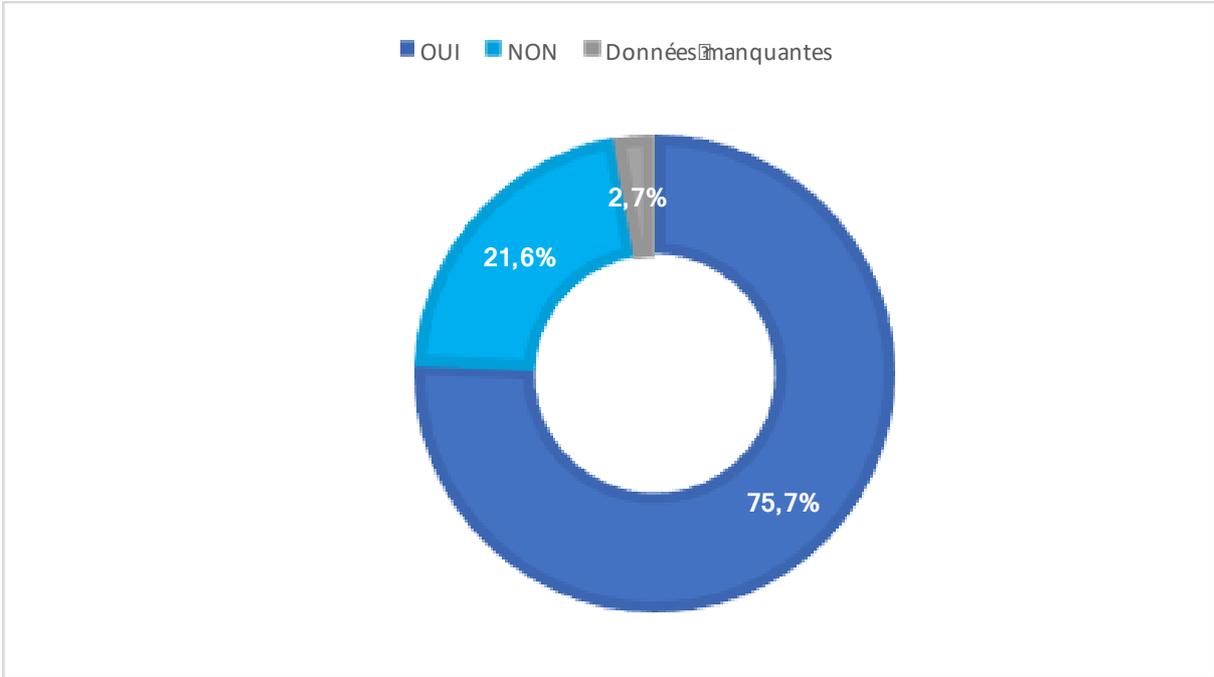


Figure 16 : Recommandation des patients à leurs proches du RSS-NPDC

c- Comparaison entre les questions :

Des différences entre les questions ont été trouvées (tableau 8). En effet, les patients ayant recours au RSS-NPDC plus de 10 fois sur une année demandaient plus souvent un accompagnement pour toutes les consultations ou hospitalisations. Les patients ayant recours au RSS-NPDC entre 2 et 5 fois sur une année demandaient un accompagnement principalement pour les consultations chez le médecin spécialiste. Les patients ayant recours au RSS-NPDC systématiquement ou pour le suivi de maladie chronique avaient une meilleure compréhension à la fin de l'accompagnement et étaient plus satisfaits, en moyenne, que les patients ayant d'autres motifs de recours au RSS-NPDC.

Tableau 8 : Répartition des réponses aux questions du volet patient en fonction des motifs de recours au RSS-NPDC

	Motifs de recours au Réseau :							p-value
	Population globale N = 37 (%)	Médecin spécialiste N = 22 (%)	Hospitalisation N = 7 (%)	Maladie chronique N = 7 (%)	Maladie aiguë N = 1 (%)	Toujours N = 6 (%)	DM N = 3 (%)	
Nombre de recours au Réseau								
- 1 fois	9 (24,3)	6 (27,3)	4 (57,1)	1 (14,3)	0	0	1 (33,3)	0,05
- [2-5 fois]	14 (37,8)	10 (45,5)	3 (42,9)	2 (28,6)	1 (100)	1 (16,7)	1 (33,3)	
- [6-9 fois]	4 (10,8)	2 (9,1)	0	3 (42,9)	0	0	0	
- ≥ 10 fois	10 (27)	4 (18,2)	0	1 (14,3)	0	5 (83,3)	1 (33,3)	
Compréhension								
- Toujours	24 (64,9)	11 (50)	5 (71,4)	5 (71,4)	1 (100)	6 (100)	2 (66,7)	0,04
- Parfois	12 (32,4)	10 (45,5)	1 (14,3)	2 (28,6)	0	0	1 (33,3)	
- DM	1 (2,7)	1 (4,5)	1 (14,3)	0	0	0	0	
Satisfaction								
- Très satisfait	16 ()	6 (27,3)	3 (42,9)	6 (85,7)	1 (100)	5 (83,3)	1 (33,3)	0,03
- Satisfaisant	13 ()	9 (40,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	0	1 (16,7)	1 (33,3)	
- Peu satisfait	7 ()	6 (27,3)	0	0	0	0	1 (33,3)	
- DM	1 ()	1 (4,5)	1 (14,3)	0	0	0	0	

Les patients se disant « très satisfait » de l'accompagnement répondaient en grande majorité « toujours » à la question sur la compréhension. Les patients se disant « peu satisfait » de l'accompagnement répondaient plus souvent « parfois » à la question sur la compréhension (tableau 9).

Tableau 9 : Répartition des réponses à la question compréhension du volet patient en fonction de la satisfaction globale

	Population globale	Très satisfait	Satisfaction globale		DM	p-value
	N = 37 (%)	N = 16 (%)	Satisfait N = 13 (%)	Peu satisfait N = 7 (%)	N = 1 (%)	
Compréhension						
- Toujours	24 (64,9)	15 (93,8)	8 (61,6)	1 (14,3)	0	1.10⁻⁴
- Parfois	12 (32,4)	1 (6,3)	5 (38,5)	6 (85,7)	0	
- DM	1 (2,7)	0	0	0	1 (100)	

Les patients ayant recours au RSS-NPDC plus de 1 fois sur une année recommanderaient le RSS-NPDC de façon quasi-systématique à leurs proches. Les patients n'ayant eu recours qu'une seule fois au RSS-NPDC recommanderaient en moins grande proportion le RSS-NPDC à leurs proches. Tous les patients dont un accompagnement a déjà été refusé recommanderaient le RSS-NPDC à leurs proches (tableau 10).

Tableau 10 : Répartition des réponses aux questions du volet patient en fonction de la recommandation de l'accompagnement par le RSS-NPDC à leurs proches

	Population globale N = 37 (%)	Recommandation du Réseau			p-value
		Oui N = 28 (%)	Non N = 8 (%)	DM N = 1 (%)	
Nombre de recours au Réseau					
- 1 fois	9 (24,3)	3 (10,7)	6 (75)	0	2.10⁻³
- [2-5 fois]	14 (37,8)	13 (46,4)	1 (12,5)	0	
- [6-9 fois]	4 (10,8)	3 (10,7)	1 (12,5)	0	
- ≥ 10 fois	10 (27)	9 (32,1)	0	1 (100)	
Refus de la présence d'un interprète					
- Oui	11 (29,7)	11 (39,3)	0	0	0,01
- Non	22 (59,5)	14 (50)	8 (100)	0	
- DM	4 (10,8)	3 (10,7)	0	1 (100)	

Aucune autre différence entre les questions du volet patient n'a été constatée (tableau 11).

Tableau 11 : Test de Fisher entre les réponses aux questions du volet patient

p < 0,05	Motif de recours	Nombre de recours par an	Compréhension de la consultation	Satisfaction globale	Recommandation du Réseau
Nombre de recours par an	0,05				
Compréhension de la consultation	0,04	0,82			
Satisfaction globale	0,03	0,22	10⁻⁴		
Recommandation du Réseau	0,28	2.10⁻²	0,53	0,06	
Refus présence de l'interprète	0,33	0,44	0,52	0,72	0,01

3- RESULTATS DU VOLET INTERPRETE :

a- Taux de participation :

Le questionnaire a été envoyé à 22 interprètes partenaires du RSS-NPDC, 14 d'entre eux y ont répondu soit un taux de participation de 63,6%.

b- Données sociodémographiques :

Concernant les données sociodémographiques (tableau 12), les interprètes français/LSF étaient toutes des femmes, diplômées d'un master d'interprétariat en LSF pour 71,4% d'entre elles. L'âge moyen était de 35,1 ans [28-46 ans] avec 8,6 années d'expérience en moyenne [3-20 années]. Les interprètes libéraux étaient majoritaires à 78,6% contre 7,1% salariés du RSS-NPDC et 14,3% salariés d'un service d'interprétariat.

Tableau 12 : Données sociodémographiques des interprètes

Données sociodémographiques	N = 14	%
Age en années, intervalle	35,1	[28-46]
Genre		
Féminin	14	100
Diplôme		
Master 2 interprétariat en LSF	10	71,4
Interprète LSF	4	28,6
Expérience en année, intervalle	8,6	[3-20]
Expérience en années		
< 5 ans	2	14,3
Entre 5 et 10 ans	8	57,1
Entre 11 et 15 ans	2	14,3
> 15 ans	2	14,3
Statut		
Salarié du réseau	1	7,1
Salarié d'un service d'interprétariat	2	14,3
Vacataire libéral	11	78,6

c- Répartition des réponses aux questions du volet interprète :

Nous avons présenté les réponses, question par question. Un tableau récapitulatif des réponses au questionnaire du volet interprète est présenté en annexe 7.

Concernant le déroulement actuel de la consultation, on constate que le motif de consultation était expliqué pour 35,7% des cas, à chaque fois, et pour 42,9% des cas la moitié du temps. Au contraire, il n'y avait jamais de débriefing dans 50% des consultations et rarement dans 42,9% des consultations.

Concernant le souhait des interprètes, les interprètes interrogés souhaitaient systématiquement l'explication du motif de consultation pour 57,1% d'entre eux et un débriefing pour 14,3% d'entre eux. 28,6% des interprètes souhaitaient un débriefing dans des situations particulières : « *consultation psy* », « *fin de vie* », « *annonce de maladie* » étaient citées.

Concernant le refus d'intervention, la moitié des interprètes avaient déjà été refusés par un médecin en consultation. Les principales raisons qui seraient avancées par les médecins sont l'absence de secret professionnel des interprètes, qu'ils peuvent « *se débrouiller seul* », que les interprètes ne sont « *pas utiles* », qu'ils « *interfèrent dans la relation médecin-patient* ».

Concernant la relation avec les médecins (figure 17), les interprètes jugeaient la relation bonne (64,3%) ou moyenne (35,7%). Avec les mêmes pourcentages, les interprètes interrogés se sentaient plutôt bien ou moyennement perçus par les médecins.

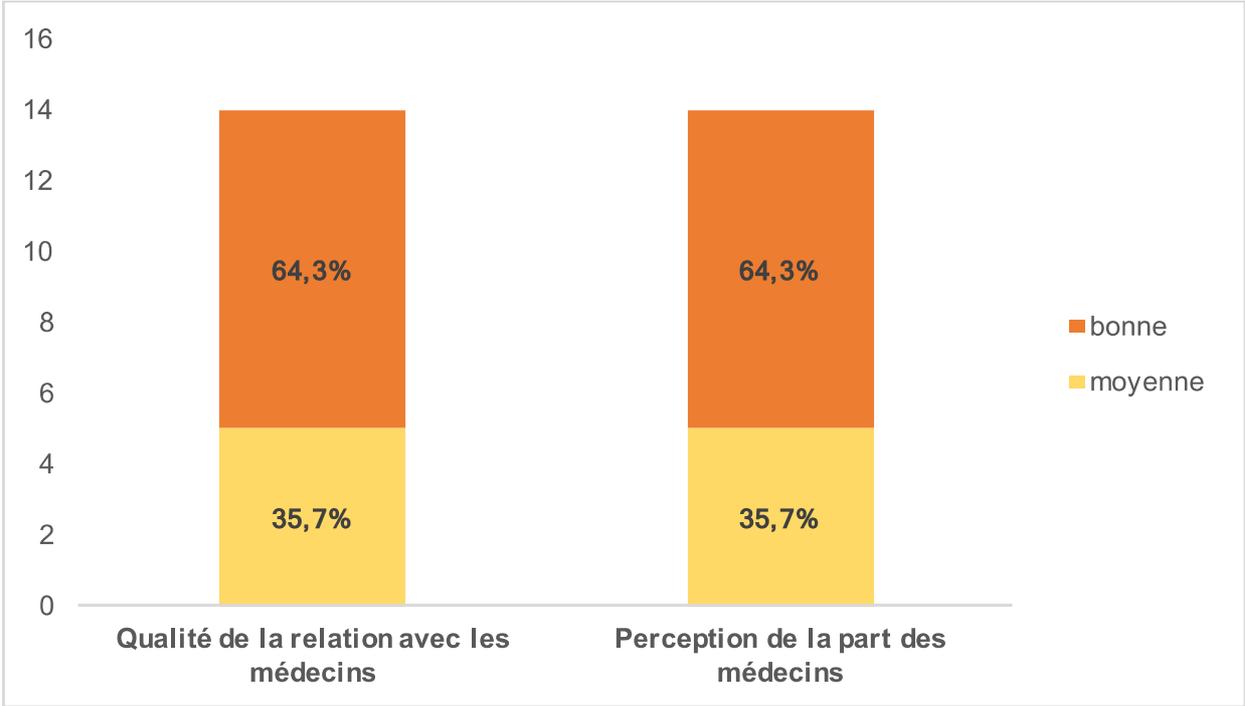


Figure 17 : Qualité de la relation avec le médecin et perception de l'image de l'interprète par les médecins

Concernant les autres rôles donnés à l'interprète pendant la consultation (figure 18), 85,7% des interprètes déclaraient qu'un médecin leur avait déjà donné un autre rôle lors d'une consultation. Les rôles les plus souvent cités étaient « celui d'un proche », « celui d'accompagnant », « celui de reformuler ».

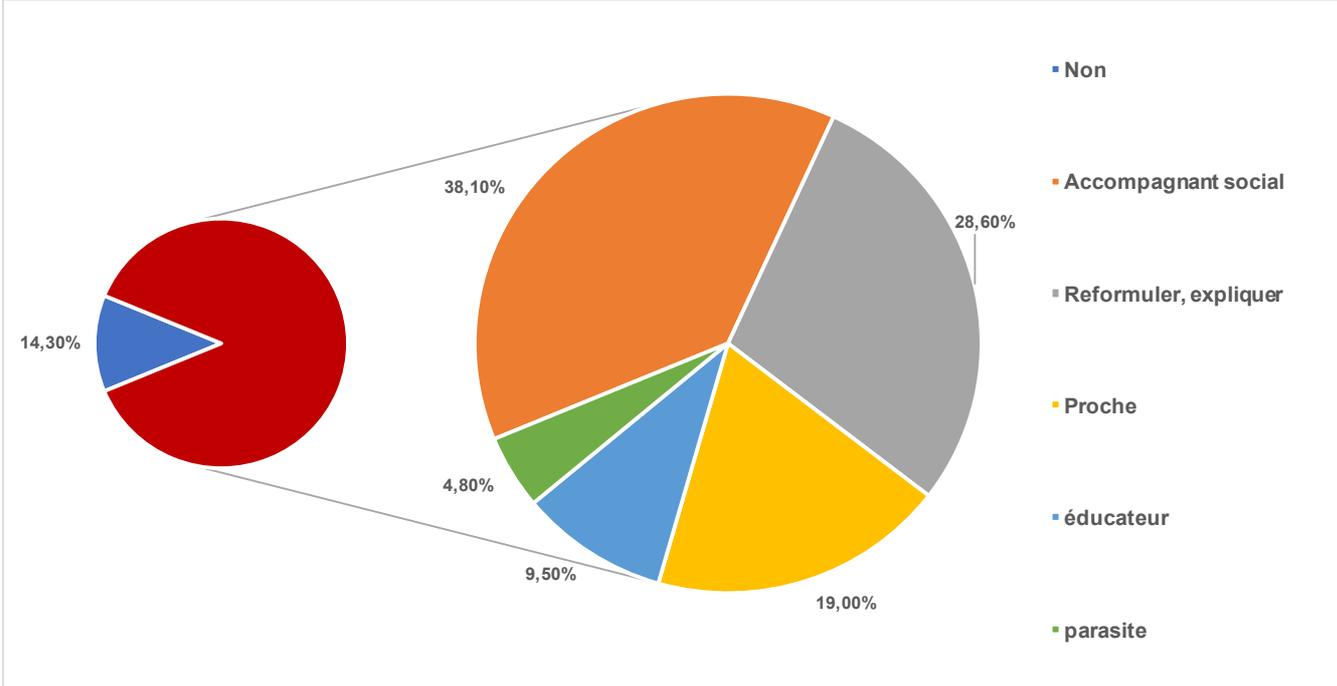


Figure 18 : Autres rôles donnés à l'interprète par le médecin pendant la consultation

Concernant les difficultés rencontrées par les interprètes en consultation (figure 19), 85,7% des interprètes étaient mis en difficulté par le non-respect de l'horaire de consultation par le médecin, 50% étaient gênés par la mauvaise image de l'interprète par les soignants. 35,7% des interprètes étaient en difficulté par le manque de connaissance des termes techniques et médicaux. 21,4% des interprètes étaient en difficulté par le fait de restituer le discours (incohérences, non sens, affects). 21,4% des interprètes étaient en difficulté par l'implication émotionnelle. 21,4% des interprètes étaient en difficulté par le défaut de protocolisation. 14,3% des interprètes étaient en difficulté par l'isolement. 7,1% des interprètes étaient en difficulté par le manque de reconnaissance, de respect. 7,1% des interprètes étaient en difficulté par le manque d'information sur la consultation.

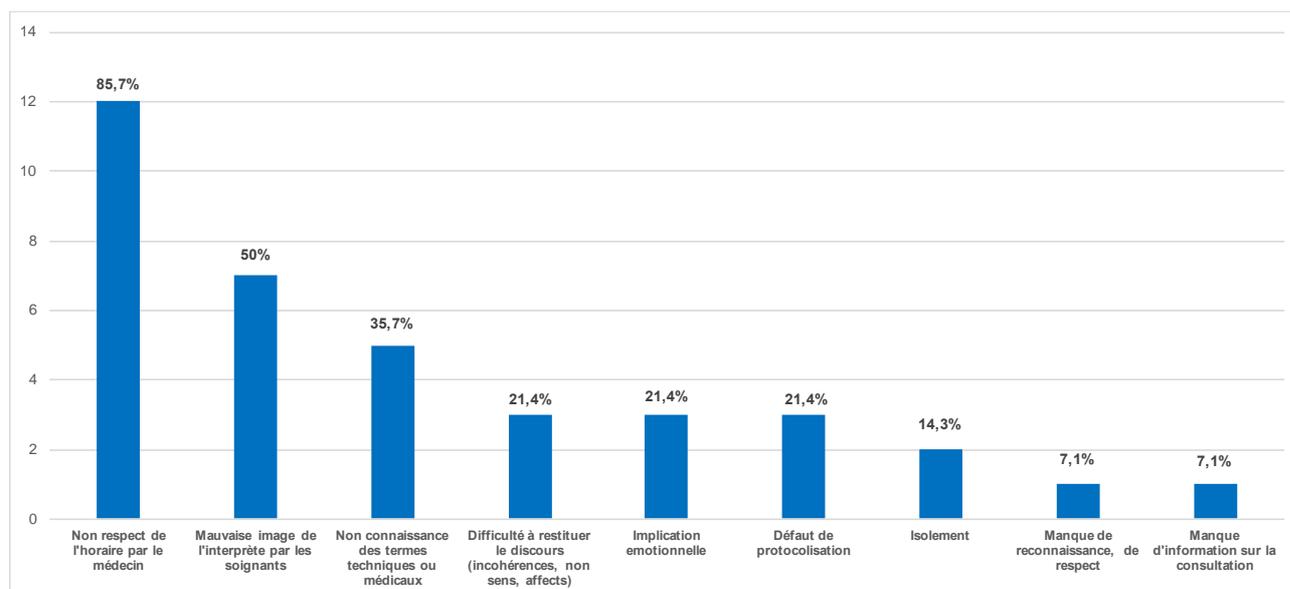


Figure 19 : Difficultés ressenties par les interprètes lors de consultations médicales

Concernant les améliorations souhaitées (figure 20), les interprètes souhaiteraient une formation des médecins au travail avec les interprètes (92,3%) et aux obstacles linguistiques (71,4%). 85,7% des interprètes souhaiteraient une reconnaissance professionnelle et une meilleure diffusion de l'existence de l'interprétariat professionnel.

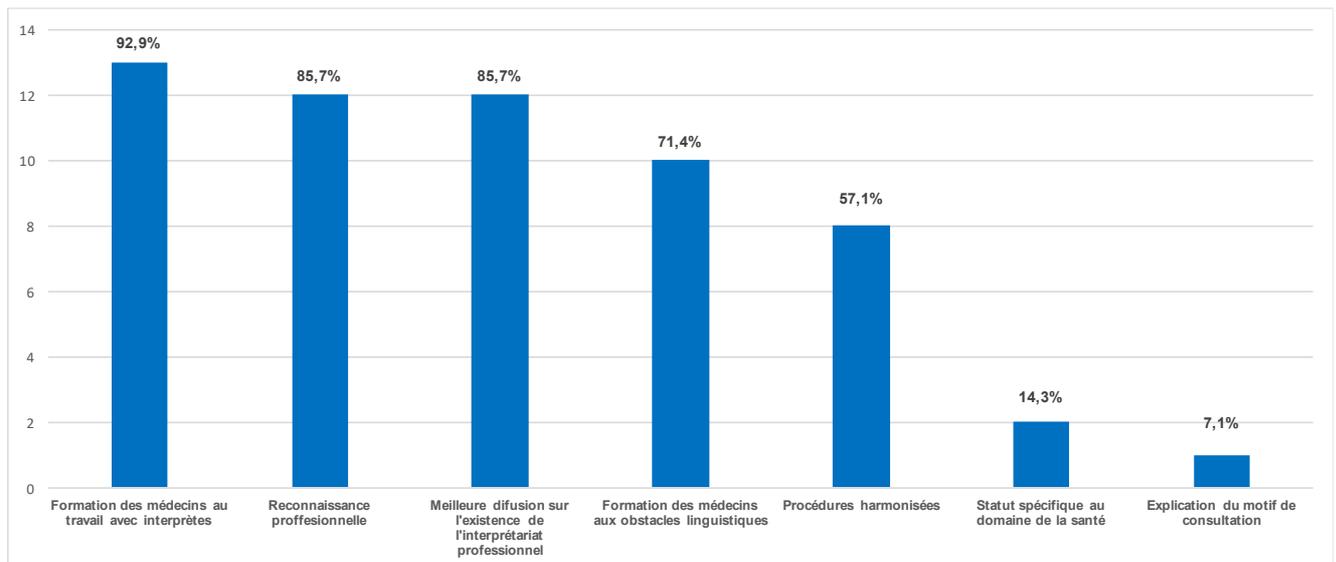


Figure 20 : Améliorations souhaitées par les interprètes pour le fonctionnement du RSS-NPDC

d- Comparaison entre les questions :

Aucune différence entre les questions et les données sociodémographiques n'a été mise en évidence.

Partie V- DISCUSSION :

1- RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS :

31,5% des médecins ont répondu au questionnaire. 96,4% des médecins reconnaissaient que l'accompagnement par le RSS-NPDC était bénéfique pour leur pratique. 77,4% des médecins se disaient « très satisfait » et 94% des médecins n'étaient pas gênés par la présence de l'interprète. Parmi les avantages cités par les médecins, le RSS-NPDC permet d'améliorer la communication (36,9%) et la compréhension (25%), il facilite la consultation (17,9%) avec un patient sourd. Les principaux freins cités étaient l'indisponibilité des interprètes à 23,8% et la nécessité d'anticipation à 14,3%.

58,7% des patients ont répondu au questionnaire. 59,5% des patients faisaient appel au RSS-NPDC pour une consultation chez le médecin spécialiste. 37,8% des patients faisaient appel au RSS-NPDC entre 2 et 5 fois par an. 64,9% des patients déclaraient « tout comprendre » lors de la consultation avec présence de l'interprète. 43,2% et 35,1% des patients se disaient « très satisfait » et « satisfait » de l'accompagnement par le RSS-NPDC.

63,6% des interprètes ont répondu au questionnaire. La relation avec les médecins était jugée « bonne » pour 64,3% des interprètes. Dans la même proportion les interprètes se sentaient bien perçus par les médecins. 50% des interprètes déclaraient qu'un médecin leur avait déjà refusé de traduire la consultation et 85,7% des

interprètes déclareraient qu'un médecin leur avait déjà « donné » un autre rôle lors de la consultation, le rôle le plus souvent cité était celui d'accompagnant social. 92,3% des interprètes souhaiteraient que les médecins soient sensibilisés au travail avec un interprète.

2- DISCUSSION DE LA METHODE :

a- Les points forts de l'étude :

Le nombre de participants :

Une enquête descriptive quantitative par questionnaire a été choisie pour pouvoir interroger un grand nombre de personnes dans nos 3 populations (médecins, patients, interprètes). Notamment chez les médecins qui répondent plus difficilement, étant donné les nombreuses sollicitations des étudiants pour leur travail de thèse.

Originalité :

Notre étude est la seule qui étudie le RSS-NPDC du côté des médecins, des patients et qui interroge les interprètes français/LSF, piliers de la communication médecin-patient sourd.

b- Les limites de l'étude :

Des biais de sélection :

Pour les patients, le recrutement a été effectué par affichage dans les locaux et sur le réseau social du RSS-NPDC. Le questionnaire a été effectué dans les locaux du GHICL de Lille, ainsi les sourds présents étaient vraisemblablement originaires de la métropole lilloise et les résultats ne sont peut-être pas représentatifs des sourds bénéficiant d'un accompagnement dans les antennes du RSS-NPDC ou dans une autre structure de soins.

Pour les médecins, le recrutement a été fait sur la base de la participation volontaire au questionnaire, il a pu permettre de sélectionner les médecins ayant un intérêt particulier pour le sujet de l'étude, et ainsi influencer les données recueillies.

Des biais de mémoire :

Les données ont été recueillies de manière rétrospective, en effet, les médecins ont été interrogés plus d'un an après avoir bénéficié de l'accompagnement du RSS-NPDC. Par exemple, deux médecins ont exprimé, au téléphone, ne plus se souvenir d'avoir bénéficié d'un accompagnement par le RSS-NPDC et un médecin a répondu la même chose par courriel.

Des biais d'information :

Le choix a été de préserver l'anonymat des personnes interrogées afin d'éviter des biais dans les réponses. Néanmoins, le fait que les questionnaires des interprètes et des médecins aient été envoyés d'une adresse courriel dépendante du RSS-NPDC a pu être source de biais d'information, les personnes interrogées pouvant se sentir «

gênées » de critiquer le RSS-NPDC. De la même manière pour les patients qui ont été interrogés dans les locaux du RSS-NPDC.

Le questionnaire médecin comprenait deux questions (bénéfice pour leur pratique et avantage à l'accompagnement par le RSS-NPDC) dont les spécificités ont pu être mal comprises par les médecins. En effet, plusieurs médecins ont répondu à la question 9 sur les avantages « cf question 4 », question relative aux bénéfices pour leur pratique.

Le questionnaire patient a été traduit en LSF à l'ensemble des sourds présents. Les patients pouvaient demander à l'investigatrice une explication qui été traduite en LSF. Néanmoins, il n'y avait pas de traduction au cas par cas et nous ne connaissons pas le niveau de LSF et/ou d'écrit des sourds interrogés. Interroger les sourds par questionnaires de groupes était la façon la plus simple en temps et en coût pour notre étude mais l'entretien en face à face semble être de loin la meilleure méthode. En effet, elle laisse moins de risque à la mauvaise compréhension des questions.

Biais de confusion :

Nous avons fait le choix de ne pas recueillir de données sociodémographiques chez les patients. Le milieu sourd étant un petit monde où tous se connaissent, nous voulions des réponses complètement anonymes afin de maximiser le taux de participation. Ce choix nous apporte peu d'éléments pour analyser nos résultats.

Nous n'avons pas demandé, dans le questionnaire médecin, le nombre d'accompagnements déjà réalisés par le RSS-NPDC. Le fait de ne pas savoir s'il s'agissait d'un accompagnement « unique » ou d'une « habitude » peut avoir biaisé nos résultats.

Autres limites de l'étude :

Pour le questionnaire patient, quasiment aucune liberté dans les réponses n'était donnée puisqu'il était constitué de questions fermées. Une note à la fin du questionnaire laissait la place d'écrire un commentaire, une remarque... pour ceux sachant écrire.

Les questionnaires ont été rédigés par les investigateurs principaux, ce qui a pu engendrer une subjectivité dans leur création. Une personne sans formation dans le domaine médical ou sans connaissance du milieu sourd pourrait envisager une autre façon d'interroger les médecins, les patients et les interprètes.

Pour les médecins, de nombreuses données manquantes ont été mises en évidence dans la base de données, notamment au niveau de leur identité exacte. Ces médecins n'ont donc pas pu être interrogés. Ce qui pose la question de l'extrapolation des résultats à l'ensemble des médecins ayant bénéficié d'un accompagnement par le RSS-NPDC.

Enfin, nous n'avons pas réalisé de pré-questionnaire afin de tester la pertinence et la compréhension des questions. Ainsi certaines questions ont pu être mal comprises et nos résultats sous ou surestimés.

3- COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE :

Le RSS-NPDC étant un dispositif unique, nous allons comparer nos résultats avec des études ayant traité de la présence d'interprète lors de consultation médicale de patient sourds ou de patients allophones.

a- Résultats du volet médecin :

Les médecins de notre étude étaient en moyenne plus jeunes (46,1 ans) que les médecins du Nord Pas-de-Calais dont l'âge moyen, en 2015, était de 50 ans. Les médecins femmes étaient plus représentées dans notre étude (50%) que dans la population des médecins du Nord Pas-de-Calais (41% versus 59% de médecins hommes). Les médecins salariés étaient nettement plus représentés dans notre étude (86,9%) que dans la population des médecins du Nord Pas-de-Calais (45,4% versus 44,6% de médecins libéraux exclusifs) (56). Cela peut s'expliquer par le fait qu'aucun médecin généraliste libéral n'a bénéficié d'un accompagnement par le RSS-NPDC et par le fait que le RSS-NPDC est rattaché à une structure hospitalière, le GHICL et qu'il dispose de 3 antennes dans d'autres structures hospitalières (CH Arras, CH Valenciennes, CH Dunkerque).

Nous avons montré que, pour les médecins, l'accompagnement par le RSS-NPDC facilitait la consultation (17,9%), améliorait la communication (36,9%), rendait l'interrogatoire plus fiable (11,9%), facilitait les explications (13,1%), améliorait la prise en charge des patients (7,1%) ainsi que le contact médecin-patient (6%). De même, J.E Bonet, en 2009, a observé que la présence d'un interprète professionnel semble

améliorer la consultation et être particulièrement importante aux yeux des médecins et des patients sourds (57). Une revue de littérature effectuée par Santé Canada en 2001, citée par Fournier et Kerzanet en 2007 a montré qu'une bonne communication médecin-patient a un impact positif sur l'observance du traitement, ses bénéfices et la qualité de vie du patient. Elle améliore la satisfaction du patient et du soignant (58,59). Faucherre et al., en 2010, dans un article suisse sur les patients allophones, ont observé que la présence d'un interprète professionnel permet d'améliorer la communication au niveau de son contenu : une anamnèse plus complète et plus détaillée, la prise en compte des représentations des patients, la possibilité d'une véritable discussion autour du diagnostic et du traitement et ainsi, de diminuer le risque de malentendu (60). Ces résultats concordent pour dire que les médecins sont conscients de l'importance dans la prise en charge des patients sourds, de la présence de l'interprète garant d'une communication efficace.

Nous avons montré que pour les médecins, les principaux freins étaient la disponibilité insuffisante des interprètes (23,8%), la nécessité d'anticipation (14,3%), la difficulté dans le cadre de l'urgence (6%), le secret médical (7,1%) et le fait que la consultation soit plus longue (6%). Nous allons comparer ces résultats avec des études ayant mis en évidence les réticences des médecins envers le travail avec des interprètes. Ainsi, Pendergrass et al. en 2017, ont relevé, comme dans notre étude, qu'il est nécessaire de pouvoir planifier les consultations (61). Grosjean Maëlle, qui interroge des médecins de la province de Liège prenant en charge des patients sourds, a mis également en évidence que la faible disponibilité des interprètes est un frein à leurs sollicitations (62). Concernant la durée de consultation, celle-ci est controversée dans la littérature, comme dans notre étude où elle est citée en frein comme étant une

consultation plus longue mais elle est également citée par d'autres médecins comme étant un gain de temps (14,3%) (63–66). Kristin Bührig et Bernd Meyer en 2015 ont interrogé des médecins sur leur attente vis-à-vis du travail avec des interprètes, le travail dans l'urgence et le manque de disponibilité des interprètes sont des points évoqués par tous les participants à l'enquête, ce que nous retrouvons également dans notre étude (67). Cela suggère qu'il y a un manque effectif d'interprètes professionnels. Le secret médical cité par de nombreux médecins de notre étude, n'a pas été retrouvé comme frein dans la littérature. En effet, les interprètes professionnels sont soumis à un code de déontologie dont un des principes est la confidentialité. Cela montre que les médecins interrogés sont peu informés de cette spécificité. Une information en amont pourrait améliorer ce versant.

Nous avons montré que 98,8% des médecins étaient « satisfait » ou « très satisfait » de l'accompagnement par le RSS-NPDC et que 94% d'entre eux n'étaient pas gênés par la présence de l'interprète. Goguikian Ratcliff et al. qui, en 2017, ont interrogé les interprètes et les intervenants primaires (de tout milieu professionnel) sur leur satisfaction de leur collaboration, ont montré que 83% des intervenants primaires se déclaraient satisfaits ou très satisfaits et que les interprètes sont moins « visibles » en médecine somatique (13). Cela peut expliquer que la présence de l'interprète n'ait pas gêné les médecins interrogés dans notre étude : en effet il s'agissait, pour la quasi majorité, de consultation de médecine somatique.

b- Résultats du volet patient :

Nous avons montré qu'avant la création du RSS-NPDC, 62,2% des patients consultaient seul, 37,8% consultaient avec un interprète et 29,7% consultaient avec un proche. Dans une étude observationnelle effectuée, en 2013, dans la région de Bruxelles et de Wallonie, les patients sourds interrogés consultaient seul à 48%, avec un proche à 37% et seulement 9% d'entre eux consultaient avec un interprète (68). Cela suggère que les patients de notre étude avaient déjà l'habitude d'avoir recours à des interprètes, notamment au sein de l'UASS de Lille. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients de notre étude venaient probablement de la métropole lilloise. Nos résultats sont donc probablement surestimés en ce qui concerne le recours à un interprète par rapport à l'ensemble des sourds du Nord Pas-de-Calais.

Nous avons montré qu'une grande proportion des patients avaient recours au RSS-NPDC lors d'une consultation chez le médecin spécialiste (59,5%). Une méta analyse effectuée dans les Flandres, en 2011, a montré que les patients sourds se dirigeaient plus facilement vers un interprète pour une visite chez un spécialiste alors qu'ils préféraient aller voir le médecin de famille quasi exclusivement avec un membre de l'entourage (69). Cela peut s'expliquer par le fait que le médecin spécialiste est vu de manière ponctuelle et donc que la communication est moins « rodée » qu'avec leur médecin généraliste. Cela peut s'expliquer également par le fait que les sourds sont en demande d'information sur leur santé et par leur envie d'être actif et non plus spectateur de leur prise en charge médicale.

Nous avons montré que deux tiers des patients déclaraient tout comprendre lors de la consultation en présence d'un interprète et un tiers des patients déclaraient comprendre la plupart du temps. En 2002, une étude a comparé deux groupes de patients qui avaient besoin d'un interprète (70). Le premier groupe n'y a pas fait appel contrairement au second. Les résultats ont montré qu'un quart des patients du groupe sans interprète n'avaient pas compris les directives pour la prise des médicaments contre seulement 2% du groupe avec interprète. Cela suggère que la présence de l'interprète lors d'une consultation améliorerait la communication.

Concernant la satisfaction globale, nous avons montré qu'une grande majorité des patients étaient très satisfaits ou satisfaits par l'accompagnement du RSS-NPDC (78,3%) et que les trois quarts des patients recommanderaient le RSS-NPDC à leurs proches. Dans une étude qualitative américaine de 2006, réalisée en focus groupe de patient sourds locuteurs de la langue des signes américaines, Steinberg et al. ont montré que les difficultés de communication étaient omniprésentes chez les patients sourds (71). La peur, la méfiance et la frustration étaient importantes dans la description des rencontres de santé des participants. Steinberg et al. ont montré également que les expériences positives étaient caractérisées par la présence d'interprètes certifiés médicalement expérimentés, de praticiens de la santé ayant des compétences en langue des signes et de praticiens qui ont fait un effort pour améliorer la communication (71). Dans une étude française qualitative de 2014 basée sur des entrevues semi-structurées avec dix patients sourds locuteurs de la langue des signes, Amoros et al. ont montré que les patients voulaient recevoir des soins dans leur propre langue, au moyen d'interprètes gestuels ou en consultant les praticiens qui utilisent la langue des signes (46). Hadziabdic, et al. ,en 2009, et Suurmond et al. ,en 2011, ont

montré qu'une grande majorité de patients migrants à avoir bénéficié des services d'un interprète formé souhaitaient à nouveau recourir à ce type de service pour une prochaine consultation, plutôt qu'à un membre de la famille (72,73). Cela suggère que les patients sont satisfaits de leur prise en charge lorsqu'ils comprennent le déroulement et les enjeux de la consultation. De plus, ces résultats concordent pour dire que les patients préfèrent être accompagnés par un interprète professionnel. Le RSS-NPDC répond à ce besoin pour les patients sourds du Nord Pas de Calais. Pourtant le taux de satisfaction ne paraissant pas optimal dans notre étude, on peut se demander si la question a bien été comprise.

c- Résultats du volet interprète :

Nous avons montré que les interprètes interrogés souhaitaient systématiquement l'explication du motif de consultation pour 57,1% d'entre eux et un débriefing pour 14,3% d'entre eux. 28,6% des interprètes souhaitaient un débriefing dans des situations particulières. Goguikian et al ,en 2017, dans une enquête interrogeant des interprètes et des intervenants primaires afin de décrire leurs pratiques respectives au cours d'un entretien triadique, ont mis en évidence qu'en cas de difficultés, les interprètes préconisaient de consacrer un moment après l'entretien à l'échange des points de vue (13). Des études ont établi que l'interprète pouvait être affecté et avoir besoin d'un débriefing à l'issue d'une séance, pour éviter à la longue un risque de burn-out ou de traumatisme psychologique (74–78). Brisset et al., ont montré que ces moments d'échange renforceraient la communication, la confiance réciproque et donc la collaboration interprète-professionnel (79). Cela suggère qu'informer les médecins

sur la nécessité d'un échange inter- professionnel permettrait d'améliorer l'intervention de l'interprète et donc d'être bénéfique pour le déroulement de la consultation.

Concernant la relation avec les médecins, nous avons montré que 64,3% des interprètes jugeaient la relation bonne. Goguikian et al., en 2017, ont montré que 88% des interprètes se déclaraient plutôt satisfaits ou tout à fait satisfaits du déroulement de l'entretien (13). Après ajustement, ils étaient plus satisfaits en contexte de soins (somatiques ou psychiques). Cela suggère qu'une bonne interaction médecin- interprète permet d'améliorer la consultation.

Nous avons montré que d'après les interprètes, les principales raisons avancées par les médecins qui leur ont refusé l'intervention étaient qu'ils peuvent « *se débrouiller seul* », que les interprètes ne sont « *pas utiles* », qu'ils « *interfèrent dans la relation médecin-patient* ». Camille Brisset et al., en 2015, ont montré que les médecins avouaient une certaine méfiance et des résistances liées aux sentiments de perte de contrôle et de pouvoir (80). Robb et Greenhalg, en 2006, ont montré que les médecins avaient le sentiment d'avoir une sensation de dépendance involontaire vis-à-vis de l'interprète (81). Fatahi et al., en 2008, ont montré que les médecins avaient des difficultés à se détacher du schéma de consultation duelle (82). Leanza et al., en 2014, ont montré que pour les jeunes médecins, intégrer un interprète dans cette relation restait de l'ordre de l'impensé et que cela amplifiait un questionnement identitaire professionnel déjà prégnant (83). Leanza et al. ont montré la nécessité, pour les médecins plus expérimentés, de garder le leadership et le contrôle de la consultation qui est vue comme une expertise (83). Cela suggère qu'une information supplémentaire auprès des médecins, vis-à-vis des bénéfices attendus pour le patient

et pour eux-mêmes, du travail avec interprète, pourrait diminuer leurs ressentis et leurs craintes.

Nous avons montré que 85,7% des interprètes déclaraient qu'un médecin leur avait déjà donné un autre rôle lors d'une consultation (« *celui d'un proche* », « *celui d'accompagnant* », « *celui de reformuler* »). Rondeau-Lutz et al., en 2014, ont observé qu'il n'était pas rare que l'on demande à l'interprète d'aller voir le patient et de commencer à l'interroger. Il arrivait aussi que l'on informe l'interprète que le patient présente une pathologie grave, mais qu'on manifeste plus ou moins directement le désir de lui confier à lui, l'interprète, l'annonce au patient, tout ceci sous prétexte qu'appartenant à sa culture, il saurait mieux s'y prendre (84). Cela suggère que les médecins ne sont pas parfaitement informés de la spécificité du métier d'interprète professionnel et principalement des principes d'impartialité et de respect de l'autonomie du patient, pierre angulaire de la charte de l'interprétariat professionnel.

Concernant les difficultés rencontrées par les interprètes en consultation, nous avons montré que la moitié des interprètes était gênée par la mauvaise image de l'interprète par les soignants, qu'un tiers des interprètes étaient en difficulté par le manque de connaissance des termes techniques et médicaux, qu'un cinquième d'entre eux étaient en difficulté pour restituer les incohérences ou les affects des patients et qu'un cinquième étaient en difficulté pour gérer la charge émotionnelle de certaines consultations. Goguikian Ratcliff et al., en 2017, lors d'une étude qualitative interrogeant des interprètes pour des patients migrants, ont montré que la connaissance de termes techniques ou la recherche d'équivalence pour certaines expressions courantes (p.ex. « faire le deuil »), ont été mis en avant comme des

difficultés par plusieurs interprètes. Dans cette étude, les interprètes mentionnaient la difficulté de restituer les incohérences du patient, leur langage désorganisé, leurs contradictions, leurs digressions ou leurs propos peu vraisemblables. Les interprètes mentionnaient également la difficulté de garder une « bonne distance », la mise en mots des affects du patient et la gestion des émotions à l'issue de la séance (13). Cela suggère que les interprètes ne sont peut-être pas assez formés aux spécificités de l'interprétariat dans le domaine médical et psychologique. Cela suggère également que les interprètes peuvent se sentir esseulés et démunis lors de certaines consultations, à fortiori si elles ne sont pas suivies de débriefing avec le médecin. Tout se passe comme si les médecins se situaient dans une temporalité courte, réduite à la durée de l'entretien, alors que les interprètes aspiraient à une temporalité plus longue. Cela suggère que les interprètes sont plus conscients des enjeux de la collaboration que les médecins (85).

A notre connaissance, aucune étude n'a analysé la perception des interprètes sur le regard des soignants. Mais Rondeau-Lutz et al. en 2014, ont observé que lors d'une consultation avec un interprète professionnel, c'est la question de l'image de soi-médecin et de son pouvoir qui est en jeu. L'étendue des enjeux rend donc délicat le métier d'interprète en santé, ce qui souligne l'importance de leur formation. En situation, de nombreux ajustements sont nécessaires vis-à-vis des consignes théoriques qui sont données et des demandes des soignants et des patients qui peuvent mener vers des glissements de fonction (84).

Concernant les améliorations souhaitées, nous avons montré qu'une grande majorité des interprètes souhaiteraient une formation des médecins au travail avec les

interprètes (92,3%) et aux obstacles linguistiques (71,4%). 85,7% des interprètes souhaiteraient une reconnaissance professionnelle et une meilleure diffusion de l'existence de l'interprétariat professionnel. Déjà en 2008, Angelelli et al. et Hsieh avaient montré que les interprètes exprimaient leur désir d'être moins transparents et mieux reconnus dans leurs compétences linguistiques et culturelles au sein de l'interaction (76,86–88). Bischoff, Perneger et al., en 2003, ont observé une amélioration de la satisfaction de demandeurs d'asile vis-à-vis de la consultation avant et après la formation des médecins au recours à l'interprétariat professionnel (89).

Un rapport d'étude réalisé pour le compte de la direction générale de la santé sur l'usage et l'opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé suggérait, en 2012, d'intégrer la question des patients allophones et de l'interprétariat dans la formation initiale des médecins et autres soignants, en présentant les modalités pratiques, les plus simples possibles, de recours à des interprètes professionnels. Il suggérait de préciser dans cette formation que les interprètes professionnels sont soumis aux obligations du secret professionnel et de la neutralité. Ce rapport suggérait également, au-delà de la formation initiale, qu'il conviendrait de mieux informer le corps médical et les autres professions du soin sur les services d'interprétariat professionnel, leur respect du secret médical, leurs modalités d'intervention et sur la façon de les solliciter en pratique (90). Cela suggère qu'il existe un manque de connaissance de la part du corps médical des spécificités du travail avec interprète. Or ce que l'on ne connaît pas, on ne l'utilise pas...

4- OUVERTURE :

Dans notre étude, on retiendra que les médecins interrogés étaient surtout des médecins hospitaliers, qu'ils étaient satisfaits de l'accompagnement par le RSS-NPDC car il facilite la communication et la consultation dans son ensemble. Il serait intéressant d'avoir le regard des médecins libéraux qui représentent la majorité des médecins dans le Nord-Pas de Calais et le regard des médecins généralistes, piliers de la continuité des soins et d'une prise en charge globale. On retiendra également que les médecins ne sont pas informés des spécificités du travail avec les interprètes et notamment du principe de confidentialité et du respect du secret professionnel. Une information pendant le cursus médical ou la diffusion d'une note d'information pourrait être intéressante. On retiendra également que le principal frein à l'accompagnement du RSS-NPDC était la disponibilité insuffisante des interprètes nécessitant une programmation en amont. Il serait intéressant, dans un monde utopique, d'augmenter le budget alloué au réseau afin de pouvoir recruter plus d'interprètes.

Dans notre étude, on retiendra que les patients étaient globalement satisfaits de l'accompagnement par le RSS-NPDC et qu'ils comprenaient davantage le déroulement de la consultation en présence de l'interprète. Mais les patients interrogés étant potentiellement originaires de la métropole lilloise, il serait intéressant d'interroger un échantillon plus large de patients qui serait plus représentatif des sourds du Nord-Pas de Calais. On retiendra également que notre méthode d'analyse par questionnaire laisse trop de risques à la mauvaise compréhension des questions, il serait intéressant d'interroger les patients sourds lors d'un entretien qualitatif traduit en LSF.

Dans notre étude, on retiendra que la moitié des interprètes déclaraient que les médecins leur avaient déjà refusé d'intervenir et que la majorité d'entre eux déclaraient que les médecins leur avaient déjà donné un autre rôle lors de la consultation. Il serait intéressant d'avoir le regard précis des médecins sur le rôle qu'a l'interprète lors d'une consultation. On retiendra également que les interprètes souhaitaient une meilleure diffusion de l'existence de l'interprétariat professionnel. Il serait intéressant de promouvoir leur travail chez les soignants.

Dans notre étude, chaque partie a été interrogée indépendamment. Il serait intéressant d'effectuer une étude tripartite interrogeant chaque partie d'un même accompagnement.

Partie VI- CONCLUSION :

La satisfaction globale des médecins et des patients ayant bénéficié d'un accompagnement par le RSS-NPDC, les nombreux avantages cités par les médecins et la bonne compréhension des patients lors de la présence de l'interprète confirment que le RSS-NPDC permet l'amélioration de la prise en charge des patients sourds dans la région. Même si la présence de l'interprète lors de la consultation n'a pas gêné la majorité des médecins interrogés, la place et le rôle de l'interprète ne paraissent pas clairement définis ou compris par les médecins.

L'intérêt de notre étude repose sur le fait que c'est la première étude à évaluer le RSS-NPDC en interrogeant les trois protagonistes d'une consultation médicale d'un patient sourd lors d'un accompagnement par le RSS-NPDC. Nous avons pu mettre en évidence les potentiels freins à l'accompagnement par le RSS-NPDC comme le nombre insuffisant d'interprètes, la nécessité de programmation et la confidentialité. Ce dernier frein cité, montre que les médecins ne sont pas suffisamment informés sur le travail de l'interprète professionnel et notamment sur le respect du secret professionnel.

Ce travail a permis de mettre en évidence des pistes d'amélioration notamment une meilleure diffusion de l'existence et des spécificités de l'interprétariat professionnel dans le domaine médico-psycho-social ainsi qu'une formation des médecins aux obstacles linguistiques et au travail avec interprètes.

BIBLIOGRAPHIE :

1. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
2. Sander MS, Lelievre F, Tallec A. Le handicap auditif en France : apports de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance, 1998-1999. Etudes Résultats. Aout 2007;1-8(589):2.
3. Kuenburg A, Fellingner P, Fellingner J. Health Care Access Among Deaf People: Table 1. J Deaf Stud Deaf Educ. janv 2016;21(1):1-10.
4. Drion B, Laubretton J. Drion B, Laubretton J (2016) Deaf People, Access to Care, and Sign Language: Creating Momentum. Ann Otolaryngol Rhinol 3(12): 1156. Ann OtolaryngolRhinol. 2016;3(12):1156.
5. Juppé A. Décret no 96-789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 96-789 sept 11, 1996.
6. Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique. 2002-1463 déc 17, 2002.
7. Drion B, Buhler L. Access to care in sign language: the French experience. Public Health. août 2016;137:200-3.
8. Haute Autorité de Santé: référentiel de compétences, formation et bonne pratique sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. 2017.

9. Bischoff A, Tonnerre C, Eytan A. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Soz Praventivmed*. 1999;44(6):248.
10. Graz B, Vader J-P, Raynault M-F. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction, Summary. *Santé Publique*. 2002;14(1):75-81.
11. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R. Doctor–patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Educ Couns*. août 2007;67(3):286-92.
12. Kale E, Syed HR. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Educ Couns*. nov 2010;81(2):187-91.
13. Goguikian Ratcliff B, Pereira Kraft C, Fierro I. Evaluation de la collaboration entre interprètes et intervenants primaires dans différents services publics. *Dragoman J Transl Stud*. 2017;5(7):164-89.
14. Dictionnaire LAROUSSE. Définition: surdité [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/surdité/75649?q=surdité#74783>
15. Organisation Mondiale de la Santé: Surdité et défiance auditive [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
16. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Déficits auditifs, Recherches émergentes et applications chez l'enfant. Paris : Inserm. [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/120/expcol_2006_defaudi.pdf?sequence=1
17. AYACHE D., BONFILS P. ORL. 4 me édition. Med-Line. Paris. 2006. 277 p.

18. BEAUVILLAIN C., BORDURE P., LEGENT F. NARCY P. ORL pathologie cervico-faciale. 6ème édition. Masson. Paris. 2003. Abrégés. Connaissances et pratique. 392 p.
19. Bureau International d'AudioPhonologie: Recommandation biap 02/1 bis: Classification audiométrique des déficiences auditives [Internet]. Disponible sur: <https://www.biap.org/en/component/content/article/65-recommendations/ct-2-classification/5-biap-recommendation-021-bis>
20. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2002-102 févr 11, 2005.
21. Sitbon A. Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, quelles spécificités? Résultats d'une enquête qualitative. Evolution numéro 25. INPES. avr 2012;
22. Bloch Juliette, Gagnière Bertrand, Brouard Cécile. Personnes sourdes et malentendantes: un handicap méconnu, une population vulnérable. Bulletin épidémiologique hebdomadaire numéro 42-43. InVS. 15 déc 2015;
23. Dragon J. Les Silencieux, Chroniques de vingt ans de médecine avec les Sourds. Presse pluriel. Paris; 2008. 284 p.
24. Gillot D. Le Droit des sourds : 115 propositions : rapport au Premier ministre [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001595/index.shtml>
25. Mottez B, Benvenuto A. Les sourds existent-ils? 2006. (L'Harmattan).
26. Batis N. Association Socialiste de la Personne handicapée: L'histoire des Sourds ou l'origine des malentendus [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.asph.be/Documents/analyses-etudes-2014/Analyse-2014-23-histoire-des-sourds.pdf>

27. Dussaix A. Fédération Nationale des Sourds en France: Histoire sourde [Internet]. Disponible sur: <http://www.fnsf.org/etre-sourd/histoire-sourde/>
28. Encrevé F. Réflexions sur le congrès de Milan et ses conséquences sur la langue des signes française à la fin du XIXème siècle. *Mouv Soc.* 6 mai 2008;(223):83-98.
29. Fabius L. Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales. 91-73 janv 18, 1991.
30. Kerbourc'h S. Mouvement sourd (1970-2006): De la Langue des Signes française à la reconnaissance sociale des sourds. Editions L'Harmattan. 2012.
31. Dragon J. Perception du risque du SIDA et accès aux soins de la communauté sourde. Bilan de la partie «état des lieux» épidémiologique. 1996 p. 112-3. (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire*). Report No.: 25.
32. Chapiro F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie Société.* 2001;24 / n° 99(4):37.
33. Kerbourc'h S. Sourds jour après jour. *Le sociographe.* 2010;(31):57-66.
34. Delaporte Y. Être sourd, être entendant. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme; 2015. (*Ethnologie de la France*).
35. Darcis C. L'identité sourde : entre handicap, culture et stigmatisme. Université de Liège, Liège, Belgique; 2016.
36. Poirier D. La surdité entre culture, identité et altérité. *Lien Soc Polit.* 2005;(53):59-66.
37. Drion B. Et si les professionnels sourds nous enseignaient la communication ? *Presse Médicale.* 7 mars 2016;45(2):155-7.
38. Bauman H-D, Felten P. Reframing the future of deaf education: from hearing loss to deaf gain. *Wash Can Hear Soc.* 2013;29.

39. Vinas JM. L'avènement des réseaux, de la tuberculose aux ordonnances de 1996. Dossier Réseaux de santé et filière de soins. Le patient au centre des préoccupations. Actual Doss En Santé Publique. 1998;(24):12-4.
40. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé: Principes d'évaluation des réseaux de santé. 1999.
41. Juppé A. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996, portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L.712-3-2 du code de la santé publique) encourage la constitution des réseaux de santé pour « assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient ». 96-345 avr 24, 1996.
42. Juppé A. Ordonnance no 96-945 du 24 avril 1996, (article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale), du côté de l'assurance maladie, introduit conjointement aux côtés des filières de soins « des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. » 96-945 avr 24, 1996.
43. Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. 2002-1487 déc 20, 2002.
44. Haute Autorité de Santé: Evaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique. nov 2001;
45. Le Boeuf D. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé: Evaluation des réseaux de soins bilan de l'existant et cadre méthodologique : Mission évaluation réseaux de soins octobre 2001. ANAES. oct 2001;48-61.
46. Amoros T, Bonnefond H, Martinez C, Charles R. Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires, A dedicated ambulatory system for the primary healthcare of the Deaf people. Santé Publique. 27 mai 2014;26(2):205-15.

47. CIRCULAIRE N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (LS).
48. Garcia V. Etat des lieux de l'activité en 2008 des Unités d'Accueil et de Soins des patients Sourds en langue des signes. 2009 aout.
49. Drion B, Planchon B, Boone J, Samoy E. Intermédiaireur en langue des signes, un nouveau métier? Le travail en binôme interprète/intermédiaireur, une nouvelle pratique nécessaire. Commun Faite Au Colloq Int Sur Lang Signes Namur Belg. 2009;
50. Drion B, Semail J. Le premier droit d'un résident sourd en maison de retraite n'est-il pas d'y parler sa langue et de s'y faire comprendre? Rev Geriatr. 2015;40(2):83-4.
51. Dictionnaire LAROUSSE: Définition: satisfaction [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085?q=satisfaction#70314>
52. Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés. Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires. 1 nov 2009;(1282):102-6.
53. Charte de la personne hospitalisée [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous>
54. Bachelot-Narquin R. Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur l'accompagnement linguistique des personnes étrangères non francophones dans leurs démarches de santé et l'accueil des touristes sur le plan sanitaire, Paris le 18 mars 2010. [Internet]. <http://www.interpretariat-sante-ism.fr>, le 12

avril 2010. 2010. Disponible sur: <http://discours.vie-publique.fr/notices/103000765.html>

55. Charte de l'interprétation médicale et sociale professionnelle en France, Charte de Strasbourg adoptée le 14 novembre 2012 [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>

56. Rault J-F. Conseil national des médecins: la démographie médicale en Région Nord-Pas-de-Calais, situation en 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ulddeg/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf

57. Bonet JE. Full circle: The qualified medical interpreter in the culturally competent healthcare system. Kosoko-Lasaki C T Cook R O'Brien Ed Cult Profic Addressing Health Disparities Boston MA Jones Bartlett. 2009;103-15.

58. Talbot M. Santé Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa: Santé Canada, 2001, 31 p. 1999; Disponible sur: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-509-2001-1F.pdf>

59. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;19(5):413.

60. Faucherre F, Weber O, Singy P, Guex P, Stiefel F. L'interprète communautaire: une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle. Rev Médicale Suisse. 2010;6(8):336-8.

61. Pendergrass KM, Nemeth L, Newman SD, Jenkins CM, Jones EG. Nurse practitioner perceptions of barriers and facilitators in providing health care for deaf American Sign Language users: A qualitative socio-ecological approach. J Am Assoc Nurse Pract. juin 2017;29(6):316-23.

62. Grosjean M. Prise en charge du patient sourd en médecine générale: enquête croisée médecins-patients [Internet]. de liège; 2015. Disponible sur: https://www.roulartahealthcare.be/PrixduG/2017_TFE/TFE_Grosjean_Maëlle_PrixduG.pdf
63. Drennan G. Counting the cost of language services in psychiatry. *S Afr Med J*. 1996;86(4).
64. Kravitz R, Helms L, Azari R. Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. *Med Care*. 2000;38(7):728.
65. Nasr I, Houmes B, Cordero M. Use of a bilingual medical history questionnaire in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 1993, vol. 22, no 5, p. 824-828. *Ann Emerg Med*. 1993;22(5):824-8.
66. Tocher TM, Larson EB. Do physicians spend more time with non-English-speaking patients? *J Gen Intern Med*. 14(5):303-9.
67. Bührig K, Meyer B. La pratique multilingue, les régimes linguistiques et la culture traditionnelle dans des hôpitaux allemands. *Lang Société*. 2015;153(3):75.
68. ASPH. Association Socialiste de la Personne Handicapée: Les personnes sourdes face aux inégalités d'accès aux soins de santé de qualité. [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.asph.be/Documents/analyse-etudes-2013/Etude-ASPH-2013-personnes-sourdes-inegalites-acces-soins-sante-qualite.pdf>
69. Vermeerbergen M. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux: L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, analyse de la littérature [Internet]. 2011. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_litterature_juillet_2013.pdf

70. Audrulis D, Goodman N, Pryor C. What a difference an interpreter can make: Health care experiences of uninsured with limited English proficiency. Boston: The access Project. 2002;
71. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health Care System Accessibility. *J Gen Intern Med.* mars 2006;21(3):260-6.
72. Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K. Migrants' perceptions of using interpreters in health care: Migrants' perceptions of using interpreters. *Int Nurs Rev.* déc 2009;56(4):461-9.
73. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot M-L. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. déc 2011;11(1). Disponible sur: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-10>
74. Bot H, Wadebsjö C. The presence of a third party: A dialogical view on interpreter-assisted treatment. *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*, 2004, p. 355-378. *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims.* 2004;355-278.
75. D'Ardenne P, Farmer E. Using interpreters in trauma therapy. *A casebook of cognitive therapy for traumatic stress reactions.* 2009;282-300.
76. Goguikian Ratcliff B, Suardi F. L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies.* 2006;26(1):37.
77. Green H, Sperlinger D, Carswell K. Too close to home? Experiences of Kurdish refugee interpreters working in UK mental health services. *J Ment Health.* juin 2012;21(3):227-35.
78. Tribe R, Lane P. Working with interpreters across language and culture in

mental health. *J Ment Health*. 2009;18(3):233-41.

79. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient education and counseling*, 2013, vol. 91, no 2, p. 131-140. *Patient Educ Couns*. 2013;91(2):131-40.

80. Brisset C, Leanza Y. L'interprétariat en santé mentale à Montréal. *Rhizome*. 2015;(55):20-7.

81. Robb N, Greenhalgh T. "You have to cover up the words of the doctor": The mediation of trust in interpreted consultations in primary care. Calnan M, éditeur. *J Health Organ Manag*. sept 2006;20(5):434-55.

82. Fatahi N, Hellström M, Skott C, Mattsson B. General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues. *Scand J Prim Health Care*. janv 2008;26(1):40-5.

83. Leanza Y, Rizkallah É, Michaud Labonté T. Intégrer un interprète dans les consultations de médecine familiale : une analyse de discours assistée par ordinateur. *Çedille Rev Estud Fr* [Internet]. 2014;(4). Disponible sur: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80833380002>

84. Rondeau-Lutz M, Saban L, Weber J-C. Le médecin et l'interprète, de la méconnaissance à la délégation. A propos d'une expérience française. *Çedille Rev Estud Fr* [Internet]. 2014 [cité 8 avr 2018];(4). Disponible sur: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80833380005>

85. Ozolins U, Hale S, Sterm L. The critical Link 5. Quality in interpreting: a shared responsibility. *Ohn Benjamins Publ Co*. 2009;87:1-12.

86. Angelelli C. The role of the interpreter in the healthcare setting. *Crossing borders in community interpreting*. Amst John Benjamins Publ Compagny. 2008;147-63.

87. Hsieh E. "I am not a robot!" Interpreters' Views of Their Roles in Health Care Settings. *Qual Health Res.* oct 2008;18(10):1367-83.
88. Weber O, Molina ME. Le point de vue des médiateurs culturels interprètes. *Quand la médecine a besoin d'interprètes.* Genève Médecine Hygiène. 2003;85-112.
89. Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *Br J Gen Pract.* 2003;53(492):541.
90. Schwarzingler M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé; 2012. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/usage-et-opportunite-du-recours-a-l-interpretariat-professionnel-dans-le>

4- Cet accompagnement a-t' il été bénéfique pour votre pratique professionnelle ?

- oui
- non

5- Si oui comment ? Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

6- Solliciteriez-vous le Réseau Sourds et Santé lors de vos prochaines consultations avec un patient sourd ?

- oui
- non

7- Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

8- Quels sont les freins à l'utilisation de cet accompagnement ?

.....
.....
.....

9- Quels sont les avantages à l'utilisation de cet accompagnement ?

.....
.....
.....

10- La présence de l'interprète vous a t-elle gênée?

- oui
- non

11- Si oui pourquoi?

.....
.....
.....

12- Avez vous des remarques, des suggestions?

.....
.....
.....

QUESTIONNAIRE :
Evaluation de la satisfaction des patients ayant bénéficié
de l'accompagnement du réseau Sourds et Santé Nord
Pas-de-Calais

Avant la création du réseau Sourds et Santé

Q1- Comment faisiez-vous lors d'une consultation avec un médecin ?

Réponses:

- 1 - je ne consultais pas de médecin
- 2 - je consultais le médecin **tout seul**
- 3 - je consultais le médecin **avec un proche**
- 4 - je consultais le médecin **avec un interprète**
- 5 - j'allais aux urgences

Q2- Comment faisiez-vous lors d'une hospitalisation ?

Réponses:

- 6 - je refusais l'hospitalisation
- 7 - je demandais à un proche de m'accompagner
- 8 - je demandais l'intervention d'un interprète à l'hôpital
- 9 - je restais seul

Depuis la création du réseau Sourds et Santé

Q3- Comment avez-vous connu le réseau ?

Réponses:

- 10 - par votre médecin de famille
- 11 - par une association de Sourds (Sourmédia...)
- 12 - par des connaissances sourdes
- 13 - par le réseau lui-même
- 14 - par les pouvoirs publics (sécurité sociale, MDPH, mairie...)
- 15 - par la télévision, internet

Q4- Dans quelles circonstances faites-vous appel au réseau ?

Réponses:

- 16 - consultation chez le médecin spécialiste
- 17 - hospitalisation
- 18 - suivi de maladie chronique
- 19 - maladie aiguë
- 20 - toujours

Les informations recueillies sont anonymes et confidentielles.
Vous avez le droit de refuser de répondre à ce questionnaire.
Merci de votre participation.

Q5- Combien de fois avez-vous fait appel au réseau en 1 an ?Réponses:

- 21 - jamais
- 22 - 1 fois
- 23 - entre 2 et 5 fois
- 24 - entre 6 et 9 fois
- 25 - > 10 fois

Q6- Vous a-t-on déjà refusé l'accompagnement d'un interprète ?Réponses:

- 26 - OUI
- 27 - NON

Q7- Vous a-t-on expliqué ce refus ?Réponses:

- 28 - OUI
- 29 - NON

Q8- Votre avis sur la qualité du réseau ?Réponses:

30- pas satisfait peu satisfait satisfait très satisfait

Q9- Avez-vous tout compris à la fin de l'accompagnement par le réseau ?Réponses:

- 31 - OUI **tout le temps**
- 32 - OUI parfois
- 33 - NON jamais

Q10- Recommanderiez-vous l'accompagnement par le réseau à vos proches ?Réponses:

- 34 - OUI
- 35 - NON

Q11- commentaires, remarques :

Les informations recueillies sont anonymes et confidentielles.
 Vous avez le droit de refuser de répondre à ce questionnaire.
 Merci de votre participation.

ANNEXE 3 : questionnaire du volet interprète

Evaluation de la place de l'interprète du réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais

Bonjour, je cherche à étudier dans le cadre de ma thèse d'exercice en Médecine Générale, le réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais et plus précisément la place de l'interprète professionnel dans la relation médecin-patient afin d'améliorer les pratiques.

Je vous remercie de votre temps.

Les données recueillies sont anonymes.

Données démographiques :

Age :

Genre :

- Femme
- Homme

Années d'expérience :

Diplôme(s) :

Statut :

- Salarié du Réseau Sourds et Santé
- Vacataire libéral
- Salarié d'un service d'interprétariat

Questions :

1- Comment jugeriez-vous votre relation avec les médecins ?

1	2	3	4
Très mauvaise			Très bonne

2- Le motif de consultation vous est -il expliqué avant la consultation ?

- Oui à chaque fois
- Oui dans la moitié des cas
- Oui dans de rare cas
- Non jamais

3- Y a-t-il un débriefing après la consultation ?

- Oui à chaque fois
- Oui dans la moitié des cas
- Oui dans de rare cas
- Non jamais

4- Souhaiteriez-vous que cela soit mis en place ?

- Oui pour l'explication du motif de consultation
- Oui pour le débriefing
- Non
- Autres :
-
-

5- Vous a-t-on déjà refusé d'intervenir en tant qu'interprète ?

- Oui
- Non

6- Si oui, pourquoi ? Expliquez le contexte.

.....
.....
.....

7- Avez-vous déjà eu l'impression que le médecin vous donne un rôle différent que celui d'interprète ?

- Oui
- Non

8- Si oui, expliquez.

.....
.....

9- Comment vous sentez vous perçu(e) par les médecins ?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Très mal, comme inutile			Très bien comme un collaborateur

10- Quelles sont vos difficultés rencontrées lors d'intervention en consultation ?

- Isolement vis à vis de vos collègues interprètes
- Manque de protocolisation
- Mauvaise image de l'interprète par les soignants
- Difficultés de restituer les incohérences d'un discours
- Difficultés de restituer les affects des patients
- Votre implication émotionnelle
- Non connaissance des termes techniques, médicaux
- Difficulté d'interprétation du non-sens éventuel d'un discours
- Non-respect de l'horaire par le médecin
- Autres :

.....
.....

11- Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez voir ?

- Reconnaissance professionnelle par les soignants
- Création d'un statut professionnel au domaine de la santé
- Meilleure diffusion sur l'existence de l'interprétariat professionnel
- Mise en place de procédures harmonisées
- Formation des professionnels de santé aux obstacles linguistiques
- Formation des professionnels de santé au travail avec interprètes
- Autres :

.....
.....

12- Avez-vous des remarques ?

.....
.....
.....

ANNEXE 4 : Répartition des réponses aux questions du volet médecin

Réponses du volet médecin	N = 84	%
Connaissance du Réseau		
- Par le patient	43	51,2
- Par le Réseau	21	25
- Par le GHICL	12	14,3
- Par des confrères	3	3,6
- Par les autorités de santé	2	2,4
- Pas l'assistante sociale	1	1,2
- Par le SAMETH	1	1,2
- Par hasard	1	1,2
Demande d'accompagnement		
- Par le patient	46	54,8
- Par le Réseau	18	21,4
- Par le médecin consulté	12	14,3
- Par le médecin traitant	2	2,4
- Par l'hôpital	1	1,2
- Par le secrétariat	1	1,2
- Ca dépend	1	1,2
- Ne sait pas	3	3,6
Qualité de l'accompagnement		
- Très satisfaisant	65	77,3
- Satisfaisant	18	21,4
- Non satisfaisant	1	1,2
- Peu satisfaisant	0	0
Bénéfique pour la pratique		
- Oui	81	96,4
- Non	3	3,6
Nouvelles sollicitations		
- Oui	80	95,2
- Non	4	4,8
Présence de l'interprète		
- Non gênante	79	94
- Gênante	5	6

ANNEXE 5 : Répartition des réponses aux questions non recodées du volet patient

	N=37	%
Nombre de recours au Réseau par an		
- Entre 2 et 5 fois	14	37,8
- >10 fois	10	27
- 1 fois	9	24,3
- Entre 6 et 9 fois	4	10,8
Refus interprète		
- Oui	11	29,7
- Non	22	59,5
- Données manquantes	4	10,8
Explication du refus		
- Oui	8	81,8
- Non	3	27,3
Satisfaction globale		
- Très satisfait	16	43,2
- Satisfait	13	35,1
- Peu satisfait	7	18,9
- Pas satisfait	0	0
- Données manquantes	1	2,7
Compréhension avec Réseau		
- Tout le temps	24	64,9
- Parfois	12	32,4
- Jamais	0	0
- Données manquantes	1	2,7
Recommandation du Réseau		
- Oui	28	75,5
- Non	8	21,6
- Données manquantes	1	2,7

ANNEXE 6 : résultats recodés de la question « motif de recours au Réseau » du volet patient

N=37		
Faites-vous appel au Réseau lors de :		
Consultation chez le médecin spécialiste		
- Oui	22	59,5%
- Non	15	40,5%
Hospitalisation		
- Oui	7	18,9%
- Non	30	81,1%
Suivi de maladie chronique		
- Oui	7	18,9%
- Non	30	81,1%
Toutes situations		
- Oui	6	16,2%
- Non	31	83,8%
Maladie aiguë		
- Oui	1	2,7%
- Non	36	97,3%

ANNEXE 7 : Répartition des réponses aux questions du volet interprète

Réponses du volet interprète	N = 14	%
Relation avec les médecins		
- Mauvaise	5	35,7
- Bonne	9	64,3
Explication du motif de consultation		
- A chaque fois	5	35,7
- Dans la moitié des cas	6	42,9
- Dans de rares cas	3	21,4
- Jamais	0	0
Débriefing		
- A chaque fois	1	7,1
- Dans la moitié des cas	0	0
- Dans de rares cas	6	42,9
- Jamais	7	50
Souhait d'explication du motif de consultation		
- Oui	8	57,1
- Non	4	28,6
- Au cas par cas	2	14,3
Souhait de débriefing		
- Oui	2	14,3
- Non	8	57,1
- Au cas par cas	4	28,6
Refus d'intervention		
- Oui	7	50
- Non	7	50
Autres rôles		
- Oui	12	85,7
- Non	2	14,3
Perception ressentie		
- Moyenne	5	35,7
- Bonne	9	64,3

ANNEXE 8 : Affiche de présentation de la conférence santé organisée pour le questionnaire patient

Conférence santé

Interprètes Français/LSF et intermédiaires



MAL AU DOS

Pourquoi?
Quel traitement?
Comment l'éviter?

Présentée par Mme BIET Julie,
médecin généraliste



DATE: vendredi 28 septembre 2018

HEURE: le matin, 10 heures

**OU: EHPAD Saint François de Sales,
2 place Gandhi, 59160 Capinghem**

METRO: Arrêt Saint-Philibert



Un questionnaire d'évaluation du réseau vous sera proposé.

Contact: Réseau Sourds et Santé Accueil_sourds@ghicl.net
TEL: 03 20 22 38 03 SMS: 06 22 38 50 11 FAX: 03 20 22 38 01

AUTEUR : Nom : BIET

Prénom : Julie

Date de Soutenance : Jeudi 10 octobre 2019

Titre de la Thèse : Evaluation de la satisfaction des médecins et des patients ayant bénéficié du Réseau Sourds et Santé Nord-Pas de Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Réseau de Santé, sourds, interprète, évaluation, satisfaction

Résumé :

Contexte : Les sourds locuteurs de la langue des signes française (LSF) représentent 4000 à 5000 personnes dans le Nord Pas-de-Calais. Depuis 2005, les médecins peuvent bénéficier, dans la prise en charge médicale des patients sourds, de l'accompagnement du Réseau Sourds et Santé Nord Pas-de-Calais (RSS-NPDC) et de la présence d'un interprète français/LSF (ILS). L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la satisfaction des médecins et des patients sourds ayant bénéficié de l'accompagnement du RSS-NPDC. L'objectif secondaire était d'étudier la place de l'ILS dans le colloque singulier qu'est habituellement la relation médecin-patient.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive quantitative en trois volets (médecin, patient et ILS) réalisée par questionnaires de juin à octobre 2018.

Résultats : La population étudiée dans ce travail comprenait 84 médecins, 37 patients et 14 ILS. Concernant le volet médecin, 96,4% des médecins reconnaissaient que l'accompagnement par le RSS-NPDC était bénéfique pour leur pratique. 77,4% des médecins se disaient « très satisfait » et 94% des médecins n'étaient pas gênés par la présence de l'interprète. Les principaux freins cités étaient l'indisponibilité des ILS (23,8%) et la nécessité d'anticipation (14,3%). Concernant le volet patient, 64,9% des patients déclaraient « tout comprendre » lors de la consultation en présence d'un ILS. 43,2% et 35,1% des patients se disaient « très satisfait » et « satisfait » de l'accompagnement par le RSS-NPDC. Concernant le volet interprète, 50% des ILS déclaraient qu'un médecin leur avait déjà refusé de traduire la consultation et 85,7% des ILS déclaraient qu'un médecin leur avait déjà « donné » un autre rôle lors d'une consultation. 92,3% des ILS souhaiteraient que les médecins soient sensibilisés au travail avec un interprète.

Conclusion : La satisfaction globale des médecins et des patients ayant bénéficié d'un accompagnement par le RSS-NPDC, les nombreux avantages cités par les médecins et la bonne compréhension des patients lors de la présence de l'ILS confirment que le RSS-NPDC permet d'améliorer la prise en charge des patients sourds dans la région. Même si la présence de l'interprète lors de la consultation n'a pas gêné la majorité des médecins interrogés, la place et le rôle de l'interprète ne paraissent pas clairement compris ou définis par les médecins.

Composition du Jury :

Présidente : Madame le Professeur Florence RICHARD

Asseseurs : Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE, Monsieur le Docteur Vincent CHOURAKI, Monsieur le Docteur Benoît DRION, Monsieur le Docteur Dany DELBERGHE