UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

# Barrière de la langue et prise en charge aux urgences adultes : Étude transversale

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 24 septembre 2020 à 18h00
au Pôle Formation

**par Salma AZOUGHAG**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le *Professeur* *Christophe BERKHOUT***

**Assesseurs :**

**Monsieur le *Professeur* *David LAUNAY***

**Monsieur le *Docteur* *Jean BOUQUILLON***

**Monsieur le *Docteur* *Nassir MESSAADI***

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le *Docteur* *Khalid REGANY***

# Avertissement

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

# Liste des abréviations

CIR Contrat d'Intégration Républicaine

CIER Comité Interne d'Ethique de la Recherche médicale

CNIS Conseil national de l'information statistique

CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP Comité de Protection des Personnes

DGS Direction Générale de la Santé

EBM Evidence Based Medicine

EHPAD Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes

GHICL Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

HAS Haute Autorité de Santé

INSEE Institut national de la statistique et des études économiques

IAO Infirmier d'Accueil et d'Orientation

OFII Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

PASS Permanence d'Accès aux Soins

UHCD Unité Hospitalisation de Courte Durée

USC Unité de Soins Continus

# TABLE DES MATIERES

**RÉSUMÉ** ..... **8**

**INTRODUCTION** ..... **11**
**I. Contexte** ..... **11**
A. La France : terre d'accueil historique de l'immigration ..... 11
B. Population concernée et définitions ..... 14
C. Données démographiques migratoires dans les Hauts-de-France ..... 15
**II. La communication malade-médecin : outil indispensable dans la prise en charge médicale** ..... **16**
A. La communication verbale ..... 17
B. La communication non-verbale et paraverbale ..... 17
C. L'entretien médical : dialogue structuré ..... 18
**III. L'interprétariat professionnel : solution de l'absence de mots en consultation médicale dans un contexte de barrières linguistiques** ..... **19**
A. L'interprétariat professionnel ..... 19
B. La question de l'interprétariat professionnel : états des lieux en France ..... 20
C. Alternatives à l'interprétariat professionnel ..... 22
**IV. Justification de l'étude : la relation malade-médecin dans un contexte de barrières linguistiques** ..... **23**
A. Revue de la littérature : barrière de la langue au sein de l'hôpital ..... 23
B. Impact de la barrière linguistique dans la qualité des soins ..... 24
C. Situation actuelle au GHICL ..... 25

**MATÉRIEL ET MÉTHODE** ..... **27**
**I. Description de l'étude** ..... **27**
**II. Lieu de l'étude** ..... **27**
A. Hôpital Saint Vincent de Paul ..... 27
B. Les urgences adultes ..... 29
**III. La population étudiée** ..... **29**
A. Critères d'inclusion ..... 29
B. Critères de non-inclusion ..... 30
C. Comité d'éthique ..... 30
**IV. Modalités de participation à l'étude et consentement** ..... **31**
A. Notice d'information remise aux urgences (Annexe 7) ..... 31
B. Les formulaires de non-opposition et d'opposition remis aux urgences (Annexe 8) ..... 31
**V. Recueil et analyse des données** ..... **32**
A. Critère de jugement principal ..... 32
B. Critères de jugement secondaires ..... 33

C. Les autres données recueillies ....33
B. Anonymisation et sécurisation des données ....34
C. Analyse statistique ....35
1. Taille de l'échantillon ....35
2. Tests statistiques utilisés ....35

**RÉSULTATS ....37**
**I. Population étudiée ....37**
**II. Caractéristiques de la population ....38**
A. Sexe ....38
B. Age ....38
C. Caractéristiques socio-professionnelles ....39
**III. Analyse descriptive de la population présentant une barrière de la langue ....40**
**IV. Objectif principal ....41**
A. La durée de consultation ....41
B. Exploration aux urgences ....41
C. Traitements mis en place ....42
D. Orientation post-urgence du patient ....43
E. Différents paramètres de la prise en charge médicale ....44
F. Intervention du service social ....45
**V. Objectifs secondaires ....45**
A. Étude du lien entre le motif de consultation et le diagnostic de sortie ....45
1. Le motif de consultation ....45
2. Le diagnostic de sortie ....47
3. Le taux de concordance ....47
B. La prescription des antalgiques et des antibiotiques ....48
1. Maladies cardiaques et respiratoires (n=146) ....49
2. Maladies digestives, abdominales et urologiques (n= 122) ....49
3. Maladies ORL, ophtalmologiques et spécialités (n=25) ....50
4. Maladies neurologiques (n= 32) ....50

**DISCUSSION ....51**
**I. Commentaires sur les résultats de l'étude ....51**
A. Résultat principal ....51
B. Analyse en sous-groupe ....53
1. Selon le motif de consultation ....53
2. Les paramètres de prise en charge ....54
2.1 Mode d'admission ....54
2.2 Moment de prise en charge ....55

2.3 Durée de consultation .....55
2.4 La réalisation des examens complémentaires .....56
3. L'orientation post-urgence .....57
4. La concordance entre le motif de consultation et le diagnostic de sortie .....57
5. La prescription d'antalgiques et d'antibiotiques .....58
**II. Caractéristiques de la population non-francophone consultant le service.....58**
A. Caractéristiques démographiques .....58
B. Caractéristiques sociales .....60
C. Langues parlées .....60
D. Moyens mis en place pour surmonter l'obstacle linguistique .....61
E. Refus des patients de participer à l'étude .....62
**III. Forces de l'étude .....63**
**IV. Limites de l'étude .....65**
A. Liées au lieu de l'étude .....65
B. Liées au critère de jugement principal.....65
C. Les biais .....65
1.Biais de sélection.....65
2.Biais de mesure .....66
3.Biais de déclaration .....66
4.Biais de confusion.....66
**V. Les perspectives.....67**

**CONCLUSION.....69**

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....70**

**ANNEXES .....78**

# RESUME

**Contexte :** Tout médecin peut être confronté à la barrière linguistique, compte-tenu des flux migratoires des populations à travers le monde. En France, de nombreux établissements hospitaliers officient sans assistance linguistique professionnelle comme au sein de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille. Malgré que l'interprétariat professionnel soit une fonction émergente, reconnue, permettant de lutter contre les exclusions, permettant un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins. Il reste inégal selon le secteur ville-hôpital. Ainsi, la HAS et les médecins reconnaissent que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles, afin de surmonter l'obstacle linguistique. Nous faisons couramment appel aux interprètes dits informels (proches, personnel soignant ou non de l'hôpital). Toutefois cette procédure est décrite dans la littérature comme étant responsable de répercussions néfastes sur la prise en charge médicale globale. Par conséquent, nous voulons étudier l'influence de la barrière de langue dans la prise en charge médicale aux urgences adultes.

**Méthode :** Le recrutement s'est déroulé au sein du service des urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, au cours de différentes périodes entre le 1er juillet et le 09 août 2018. Une fiche informative a été remise au patient dans sa langue, par l'IAO ou l'investigateur. Le recueil des données à partir du dossier médical a été réalisé par l'investigateur.

**Résultats :** Au total, 653 patients ont été inclus et répartis en deux groupes : 580 patients francophones et 73 patients non-francophones. L'âge moyen était de 42,7 ans, avec une prédominance masculine dans le groupe non-francophone. Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de différences statistiquement significative dans la prise en charge médicale lorsque le patient présentait un obstacle linguistique.

Les motifs de consultation chez les patients non-francophones semblent plus ciblés, avec une prédominance du motif neurologique 15,1% (p-valeurs=0,002).

En outre, notre étude montre que 43,8 % (p-valeurs <0,0001) des patients non-francophones sont sans emploi. Le taux de patients possédant des droits à l'Assurance maladie est significativement plus élevé dans le groupe de patients francophones (p-valeurs<0,0001).

**Conclusion :** La prise en charge médicale des adultes au sein des urgences de l'hôpital de Saint Vincent de Paul, n'est pas influencée par la barrière de la langue. Une étude de plus grande ampleur serait nécessaire afin de le corroborer dans d'autres hôpitaux. L'accès aux soins semble disparate et nécessiterait une attention particulière de la part des prestataires de soins.

*« Un dialogue implique plus qu'un simple aller-retour de messages dans l'interaction ; il renvoie aussi à un processus et à une qualité particulière de la communication dans lesquels les participants se rencontrent, ce qui permet à chacun de changer et d'être changé. »*
R. ANDERSON, K-N.CISSNA et R-C.ARNETT, 1994

*« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »* F.DOLTO (1908-1988) pédiatre et psychanalyste française.

*« Traduire des mots pour guérir des maux »* Migration Santé Alsace, 2003.

# INTRODUCTION

## I. Contexte

### A. La France : terre d'accueil historique de l'immigration

La France est un grand pays de l'immigration ancienne qui s'explique par son passé et son histoire. Elle a vu se succéder plusieurs vagues d'arrivées (polonaise, espagnole, italienne, portugaise, nord-africaine, turque et plus récemment les Roms)[i](1–5). Les motifs d'entrée en France ont été divers et ont évolué au fil des décennies. La vague migratoire la plus intense dans l'histoire française, date des années 1960 et 1970 où des hommes ont été recrutés directement dans les villages nord-africains pour alimenter le besoin en main d'œuvre dans l'industrie, la mine. Ils ont participé à la reconstruction de la France durant les trente glorieuses. Ces hommes en provenance des anciennes colonies françaises ont émigré pour des raisons essentiellement économiques (6). Suite à la mise en place d'un plan de regroupement familial qui a pris fin en 1974, année de la crise économique. Les familles se sont installées, ce qui a donné lieu à une seconde, puis une troisième génération de l'immigration. Très récemment, l'entrée en 2007 de la Bulgarie et de la Roumanie au sein de l'Union Européenne, a participé à l'immigration des Roms en France (essentiellement pour raison économique (7–9)).
En outre, l'immigration est économique, mais elle est aussi intellectuelle.

[i] Les Roms désignent de manière générique les lointains descendants d'une population ayant quitté l'Inde du Nord il y a plus de 1000 ans. Le terme de Roms, ou de « gens du voyage » dans le contexte français, renvoie en réalité assez simplement à « un ensemble de petits groupes de traditions, de religions et d'histoires souvent différentes qui s'auto désignent Rom, Gitans, Manouches ou Yéniches » et qui ont pu être regroupés sous l'appellation de « groupes tsiganes ».

Les étudiants étrangers construisent une main-d'œuvre avec des compétences très développées qui contribuent à la recherche et à l'innovation en France (« compétences et talents », scientifique) (10). La santé comme motif de migration représente seulement 6% du flux migratoire, selon une enquête menée par Médecins du Monde.

La France est également une terre d'accueil des personnes persécutées, leur accordant le droit d'asile, ce qui est le cas des personnes fuyants les guerres, les génocides, dont la plus récente a été celle de la Syrie en 2011. Depuis 2007, la France a connu un accroissement de 86% des demandes d'asile (11). En effet, le droit d'asile sur le territoire français découle du préambule de la Constitution [ii](12,13). (Annexe 1)
Les principes du droit d'asile : protection élargie, examen impartial de la demande d'asile, droit au maintien sur le territoire ainsi qu'à des conditions d'accueil dignes pendant toute la durée de l'examen de la demande ont été affirmés par la réforme de la loi du 29 juillet 2015 relative au droit d'asile (14). Une personne qui sollicite ce droit peut bénéficier du statut de réfugié ou d'une protection subsidiaire (13,15–17). En 2016, plus de 36 000 personnes ont obtenu une protection internationale (statut de réfugié ou protection subsidiaire) en France, le chiffre le plus élevé qu'ait jamais connu notre pays (18).

En France, la production de statistiques ethniques est jusqu'à ce jour interdite car elle ne paraît pas compatible avec le modèle républicain d'intégration qui ne distingue pas les individus en fonction de la couleur de leur peau ou de leurs origines, les croyances, contrairement à l'usage en cours dans certains pays anglo-saxons. La collecte des données à caractère sensible et personnel, faisant apparaître les origines ethniques ou religieuses nécessitent le consentement obligatoire des personnes concernées.

[ii] *« Tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République »* La première loi concernant les demandeurs d'asile a été celle du 21 avril 1832 et permettait une approche distincte des réfugiés et des migrants. Le droit d'asile fait suite également à la Convention de Genève sur les réfugiés du 28 juillet 1951 et au règlement de « Dublin » en 2013.

Ainsi, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et les services statistiques ministériels peuvent collecter ce type de données après avis du Conseil national de l'information statistique (CNIS) et après autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (19).

Selon l'INSEE en 2018 (19,20), les populations immigrées en France proviennent majoritairement d'Afrique (46.1%), Maghreb et Afrique sub-saharienne francophone, et d'Europe (33.5%) (Annexe 2).

Aujourd'hui, un flux migratoire de 80 000 et 100 000 étrangers arrivent en France chaque année. En moyenne, quatre immigrés entrent sur le territoire lorsqu'un en sort (20). La France est un pays qui a besoin de main-d'œuvre pour renouveler la population active (expatriés, immigration intellectuelle, les médecins, les scientifiques). Par ailleurs, un flux d'immigration est en place et alimente le transit illégal (21).

Mais nous sommes dans une période de sévérité sans précédent des politiques de l'immigration pour ce qui est du droit de séjour en France des étrangers. Un entretient est réalisé avec un auditeur de l'Office Français de l'immigration et de l'Intégration (OFII) afin d'évaluer le niveau en langue française et est proposé une formation en langue française, via le Contrat d'Intégration Républicaine (CIR)[iii] (22). Les étrangers qui demandent un droit de séjour en France doivent prouver qu'ils comprennent la langue française ; ce qui n'était pas le cas des vagues précédentes (23).

Les personnes susceptibles de rencontrer les barrières linguistiques dans le cadre des soins de santé sont les immigrés de première génération, les migrants, les roms, les personnes réfugiées, les touristes (d'affaire et de travail, de visites familiales, de loisirs…) et les immigrés illégaux (24,25).

[iii] Remplace depuis le 1er juillet 2016 le Contrat d'Accueil et d'Intégration (CAI) permettant une formation linguistique aux immigrés non francophones et non européens de plus de 16 ans.

Dans certains articles de la littérature médicale, canadienne, suisse, le terme allophone est employé pour définir les personnes qui sont confrontés aux barrières linguistiques. Une personne allophone est une personne ayant une langue maternelle distincte de celle du pays où elle se trouve et au Canada, se dit de quelqu'un qui a une autre langue maternelle que l'anglais ou le français (26,27).

**B. Population concernée et définitions** (Annexe 4)

L'immigration se définit par deux choses (28) : un déplacement dans l'espace et le franchissement d'une frontière. Cette notion émerge en France, en 1880, à l'époque où le droit de la nationalité se mettait en place. Un immigré est une personne née à l'étranger et résidant en France, selon le Haut Conseil de l'intégration[iv].

La qualité d'immigré est permanente puisqu'un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par naturalisation. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré.

Le glossaire établi par le Réseau Européen des Migrations (REM), définit le terme de « migrant » pour désigner les personnes d'origine étrangère en transit dans une région. Il n'existe aucune définition juridique internationale, il est néanmoins utilisé pour les personnes ayant volontairement fait le choix de s'inscrire dans un parcours migratoire par opposition, aux termes réfugié ou exilé (29).

[iv] Le Haut Conseil à l'intégration a été créé par le décret du 19 décembre 1989. Annuellement le collège émet un rapport sur l'ensemble des questions relatives à l'intégration, au Premier ministre. Depuis le 24 décembre 2012, le Président et les membres du collège du Haut Conseil à l'intégration ne sont plus en fonction.

Selon la Convention de Genève du 28 juillet 1951(30,31), un réfugié est une personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui craint avec raison d'être persécutée par son appartenance communautaire, par sa religion ou par ses opinions politiques.

Un étranger est une personne qui réside en France et qui ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides[v]).

Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment). A la différence de celle d'immigré, la qualité d'étranger ne perdure pas toujours tout au long de la vie : on peut, sous réserve que la législation en vigueur le permette, devenir français par acquisition (32).

Notre recherche étudie les personnes d'origine étrangère, immigrée, réfugié vivant dans la région des Hauts-de-France ou de passage dans la région.

### C. Données démographiques migratoires dans les Hauts-de-France

La région des Hauts-de-France est un observatoire privilégié du phénomène migratoire sur une longue durée, grâce à l'ampleur et à la diversité des vagues de migrants accueillis au cours de ces deux derniers siècles. C'est l'histoire du travail et celle de la mémoire ouvrière qui a marqué la région.

En 2012, selon l'INSEE, la région occupe le 10ème rang sur les 13 au classement national (33,34) (Annexe 2).

[v] Selon la Convention de New York du 28 septembre 1954, le terme apatride s'applique à "toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation". L'apatridie repose sur l'absence de lien juridique entre un individu et un État. Contrairement à la demande d'asile, elle ne prend pas en compte la notion de craintes de persécution. L'apatridie cesse d'exister à partir du moment où la personne acquiert une nationalité ou réintègre sa nationalité d'origine.

Les immigrés ont contribué à l'édification d'une société régionale plurielle constituée d'espaces nettement différenciés (35). La situation géographique de Calais et Grande-Synthe participe à la concentration de migrants internationaux, souhaitant pour la plupart se rendre en Grande-Bretagne.

En outre, la population étrangère est également en demande de soins. Se pose la question de la prise en charge de personnes en état d'acculturation[vi] (36-38) ou face à l'obstacle linguistique.

## II. La communication malade-médecin : outil indispensable dans la prise en charge médicale

La relation malade-médecin s'inscrit dans le cadre plus général des relations humaines, fondée sur une communication complexe et multimodale. C'est-à-dire, partageant la plupart des règles de conversation sociale qui échappent souvent à notre conscience. Ainsi, lorsque le professionnel de santé reçoit une demande ne respectant pas ces règles, il est confronté à une difficulté d'échange (39,40).

Par ailleurs, une communication efficace favorise une approche négociée des problèmes entre le médecin et le patient. Elle permet de faire le lien entre une médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine ou EBM) et une médecine centrée sur l'individu (41).

Une communication de qualité est fondée sur des aspects verbaux et non-verbaux (42).

[vi] L'acculturation est une modification des modèles culturels de bases de deux ou plusieurs groupes d'individus, de deux ou de plusieurs ethnies distinctes, résultant du contact direct et continu de leurs cultures différentes. Il s'agit de l'adaptation d'un individu ou d'un groupe à la culture environnante.

### A. La communication verbale

Il s'agit de la communication exprimée par la parole. Elle fait appel au langage se constituant de mots, de phrases qui permettent d'exprimer à l'autre un message, des idées, des pensées, et d'entrer en relation avec lui (43).

Dans certains cas, le locuteur peut être responsable de l'incompréhension de son interlocuteur, puisque la compréhension dépend en partie de la clarté du message émis.

L'interrogatoire médical passe en partie par une communication verbale qui revêt des caractéristiques particulières. En effet, il s'agit d'un dialogue riche, complexe et dynamique. Il doit également prendre en considération les caractéristiques sociales, culturelles et économiques du patient, afin d'entreprendre un processus de soins adapté.

### B. La communication non-verbale et paraverbale

Longtemps négligée, cette forme de communication demeure néanmoins essentielle. Elle se fonde sur les comportements, attitudes, gestes, postures et expressions faciales, échangés entre le médecin et son patient (41).

Pour Watzlawick[vii], "on ne peut pas, ne pas communiquer". Ceci signifie que tout est communication, bien au-delà des mots. Ainsi, il semblerait que seulement 30% du message passe par son contenu (les mots), le reste étant de l'ordre du non-verbal (44,45) « la communication non-verbale peut être définie comme une construction et un partage des significations qui arrivent sans emploi de la parole »(46).

La communication paraverbale est une composante de la communication non verbale, c'est-à-dire relative à la voix. Elle s'intéresse à l'intonation de la voix, au rythme d'un énoncé, aux pauses dans le discours (46).

[vii] Paul WATZLAWICK (1921-2007) psychologue autrichien, référence dans le domaine de la thérapie familiale et systémique. Il est le fondateur de la théorie de la communication humaine.

La communication non-verbale est sujet à l'interprétation du récepteur. Elle ne suffit donc pas à remplacer la communication verbale.

### C. L'entretien médical : dialogue structuré

Dans le domaine de la santé, la communication malade-médecin véhicule l'idée d'un échange verbal réfléchi et organisé ; dépendant des capacités personnelles d'écoute et d'empathie du professionnel de santé. Elle est parfois marquée par des conventions sociales non explicites, des règles interactives et des savoirs partagés.

Les consultations sont caractérisées par la volonté de parvenir à une compréhension commune d'un problème soumis au soignant par le patient et à l'élaboration d'un projet commun visant à soulager les maux du patient (43).

Le médecin cherche à donner un sens médical aux propos de son patient, au résultat de son examen physique et aux résultats des examens paracliniques en utilisant le cadre de référence scientifique, permettant d'aboutir à un diagnostic. Le patient quant à lui consulte pour donner un sens à ses symptômes.

Il s'agit d'un partenariat, nécessitant la coopération des interlocuteurs afin d'atteindre leurs buts. Le médecin et le patient doivent continuellement réaffirmer et ajuster leurs décisions dans l'évolution de la prise en charge. Ni l'un ni l'autre ne peuvent considérer une décision comme définitive. Ainsi, toute décision est contextuelle, provisoire et conditionnelle.

D'après Bischoff Alexander[viii], la qualité des soins[ix] donnée dépend de la bonne communication entre patient et soignant. Une communication adaptée permet de créer un sentiment de confiance chez les patients, essentiel à l'amélioration de leur santé (47-49).

## III. L'interprétariat professionnel : solution de l'absence de mots en consultation médicale dans un contexte de barrières linguistiques

### A. L'interprétariat professionnel

Le métier d'interprète en milieu médical est à distinguer du médiateur de santé, autre acteur intervenant dans l'accompagnement du migrant non francophone. L'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé est une fonction émergente qualifiée, qui se définit par un référentiel de compétences, élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) (24,50,51). (Annexe 6).

Il est également défini par la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée en 2012[x] (52) et par l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé[xi], encadrant les modalités d'intervention des acteurs qui participent à des dispositifs de médiation de santé et d'interprétariat linguistique (53). (Annexe 3). Le métier d'interprète est encadré par des principes déontologiques, par la fidélité de la traduction, par le secret professionnel, ainsi que par l'impartialité et le respect de l'autonomie. Il s'agit d'un bénéfice reconnu unanimement, malgré des divergences de représentations et de recours en France (54). C'est une interprétation dite de « liaison », en comité restreint (médecin-interprète-patient).

---

[viii] Alexander Bischoff est professeur titulaire à l'Institut de santé globale, de la Faculté de médecine de Genève.

[ix] Regroupe : la compréhension par le patient du problème de santé et du traitement prescrit, le consentement éclairé, la confidentialité réception des services recommandés, l'observance thérapeutique et la gestion des maladies chroniques.

[x] Il « exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes 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(...) ».

[xi] art.L.1110-13 du 26 janvier 2016, dans le Code la santé publique (CSP).

L'interprète doit être présent à des moments clés d'intervention comme l'annonce diagnostic, le changement de traitement et la délivrance des médicaments (52). Il doit faire preuve d'une attention particulière dans la traduction des termes ou actes médicaux pouvant être tabous dans la culture du patient, sans le heurter ni minimiser le message médical (Maladie sexuellement transmissible, examen gynécologique, annonce d'une maladie de grave, décès, etc) (55).

Une communication efficace de la part des interprètes professionnels, est un élément essentiel à la délivrance de soins de qualité. Ils contribuent notamment à une diminution de l'anxiété, de la culpabilité, de la douleur et des symptômes de la maladie. De plus, ils peuvent accroître la satisfaction, l'acceptation, la conformité et la coopération du patient avec l'équipe médicale et améliorer l'état physiologique et fonctionnel du patient. Ils peuvent également avoir un impact positif sur l'éducation thérapeutique dispensée au patient (49).

L'interprétariat présentiel (face à face) est le plus utilisé, d'autres intervention sont possibles par l'intermédiaire du téléphone ou encore en visio (vidéo) (24).
Les professionnels de santé jugent l'interprétariat présentiel comme étant le plus adapté dans la relation soignant/soigné. Il permet de prendre en compte la communication non-verbale et participe à la création d'une relation de confiance favorisant les échanges entre le patient et le soignant (52).

### B. La question de l'interprétariat professionnel : états des lieux en France

Rappelée par plusieurs textes dont le Serment d'Hippocrate et le Code de Santé Publique, l'information médicale est un droit permettant au patient de disposer pleinement de l'autonomie nécessaire aux décisions affectant sa santé.

Ce droit lui permet de décider ou non de s‘engager dans « le consentement libre et éclairé » (56) aux propositions faites par les soignants. Ainsi, la suppression des obstacles à la communication, notamment la barrière linguistique, apparaît indispensable. Elle permet d‘assurer l‘accès de tous aux droits fondamentaux. Néanmoins, en France, le recours à l'interprétariat professionnel en santé est hétérogène en fonction des régions, des secteurs d'activité (médecine de ville ou hôpital) et des catégories de professionnels de santé.

La notion d‘interprète apparaît uniquement dans un cadre hospitalier : la Charte du patient hospitalisé en 2006 (57) (Annexe 3). Développé principalement dans le secteur hospitalier, l’accès à l'interprétariat professionnel est très difficile et plus rare en médecine de ville (52). Les principaux freins au recours à l’interprétariat en médecine de ville, évoqués étaient : la méconnaissance des structures proposant ces services, la difficulté de mise en place et le coût engendré (52).

Par ailleurs, en France, l‘interprétariat médical et social n‘est pas un droit juridiquement contraignant, c’est-à-dire qu’il n’est pas inscrit dans la législation. Les patients ne disposent donc pas d’un recours légal à opposer aux professionnels de santé. Le cadre réglementaire et déontologique aborde de façon implicite la place de l‘interprète à travers le droit à l‘information, le consentement du patient et la non-discrimination.

Toutefois, ces dernières années plusieurs initiatives ont vu le jour pour promouvoir et reconnaître l’interprétariat professionnel dans le domaine de la santé.

Ainsi, en 2010 et pour la première fois en France, un colloque intitulé « Interprétariat, Santé et Prévention » a été organisé par plusieurs acteurs associatifs (Inter Service Migrant, Médecins du monde, Migration Santé Alsace, COMEDE[xii]), hospitaliers (APHP) et gouvernementaux en charge de la santé. Lors de cette rencontre, qui s'est tenu au ministère de la santé, l'interprétariat professionnel a été enfin reconnu comme un levier incontournable dans la relation de soin, à l'hôpital comme en ville. Il y a été rappelé, que le recours aux interprètes médicaux, permettait de restituer au patient sa pleine identité, sa dignité et de faire entendre sa voix (58).

### C. Alternatives à l'interprétariat professionnel

La HAS considère qu'il existe d'autres moyens de communication pouvant s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible (24,50).

Il peut s'agir :

● de **tiers non formé à l'interprétariat** mais maîtrisant, à des niveaux variés, les deux langues impliquées dans la communication : les professionnels de proximité (personnel de l'hôpital ou Interprète *Ad Hoc*), entourage (membre de la famille) ou Interprète Informel (accompagnant), parfois même d'autres patients se trouvant à proximité.

Bien qu'utile et nécessaire en l'absence d'interprète professionnel, le recours à ces tiers non formés participe à l'émergence de doutes quant à la qualité réelle de la traduction. D'autres écueils peuvent également apparaitre : non-respect du secret professionnel et risque de divulgation d'informations sensibles, utilisation d'un vocabulaire médical non maîtrisé, interférence dans la relation médicale, gestion des émotions du traducteur.

[xii] Comité pour la santé des exilés crée en 1979, acteur essentiel de la solidarité à l'égard des migrants/étrangers qui a pour mission d'agir en faveur de la santé des personnes vulnérables et de défendre leurs droits.

Dans certains cas, le médecin et le patient peuvent également subir l'autocensure du traducteur informel, notamment dans les soins relevant de la sphère gynécologique et obstétrique (54).

● du recours à une **langue tierce**, parlée par le professionnel et par le patient ;

● **de l'utilisation d'outils** : des ressources visuelles comme les pictogrammes (Medipicto) (59), des sites de traduction en ligne et des applications pour smartphones (Traducmed) (60), l'application Google traduction, des lexiques, des questionnaires et consignes traduits en différentes langues.

## IV. Justification de l'étude : la relation malade-médecin dans un contexte de barrières linguistiques

### A. Revue de la littérature : barrière de la langue au sein de l'hôpital

De nos jours, la barrière de la langue se pose en problématique fréquente aux professionnels de santé en ville et à l'hôpital. Cette dernière a des répercussions certaines et néfastes sur la qualité des soins délivrés aux patients non-francophones (61). Toutefois, peu d'études abordent cette question en France et a fortiori dans la région des Hauts-de-France.

En 2008, une revue de littérature, financée par le fond européen pour les réfugiés (FER), intitulée « Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? » aborde cette problématique. La majorité des articles de recherche font références à 21 situations aux États-Unis, 67 articles et 4 revues ont été sélectionnés. Ce travail confirme le rôle essentiel de l'interprétariat dans la qualité des soins et l'impact positif dans la réduction des dépenses de soins (62).

De plus, la Direction Générale de la Santé (DGS) publie en décembre 2012, une étude se basant sur 46 articles, intitulée « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé ». Elle a été réalisée en France dans les structures spécialisées dans le diabète, le VIH et la tuberculose (54,63). Elle montre un impact positif de l'interprétariat sur la compréhension de l'information et dans l'observance du traitement par le patient.

### B. Impact de la barrière linguistique dans la qualité des soins

Selon l'étude de Bowen et Al. (61), plusieurs répercussions ont été mises en évidence, des investigations diagnostiques incomplètes et inappropriées, une augmentation du nombre de consultations répétées et inutiles dans différents centres de soin pour le même problème, une augmentation du recours aux services des urgences ; une sous-utilisation des services de santé, en particulier des services préventifs et psychiatriques en lien avec une diminution du nombre de symptômes mentaux signalés.

Dans le cadre de la maladie chronique, l'obstacle linguistique peut expliquer une mauvaise observance des traitements, un suivi médical irrégulier et insuffisant, conduisant à l'apparition de complications évitables (61,64,65).

Les patients non francophones sont aussi exposés au risque d'erreur de compréhension dans la posologie des traitements, voire à la prescription de traitements inutiles et inadaptés (61).

La barrière linguistique est une source d'insatisfaction importante pour le patient non francophone comme pour le soignant auquel il pourra manquer des informations à considérer pour orienter la prise en charge (52).

En outre, la confidentialité ainsi que l'accès à une « information claire, loyale et appropriée » dans le but de fournir un consentement éclairé sont compromis pour ces patients. Enfin, l'obstacle linguistique peut être un facteur aggravant les disparités ethniques ou raciales, et engendrer des discriminations à l'encontre du patient (61).

### C. Situation actuelle au GHICL

À l'hôpital de St Vincent de Paul (GHICL), la prise en charge des patients non-francophones est assurée par des professionnels hospitaliers de proximité (médecins, infirmiers et autres personnels non soignants) sur la base du volontariat. Un document spécifique, comportant les coordonnées et les langues parlées par ces professionnels est disponible dans chaque service.

Cette mission s'ajoute à leur activité initiale, entraînant parfois des difficultés sur le plan organisationnel et ne pouvant répondre au besoin réel. En effet, cette pratique a pour conséquence sur le personnel volontaire, une charge de travail et une prise de responsabilité supplémentaires, avec des effets délétères sur la relation patient-soignant (24).

Néanmoins, il ne s'agit pas d'interprètes professionnels. Ils ne sont pas formés aux techniques d'interprétation ni au cadre d'intervention, et demeurent souvent dans leur fonction « primaire » (de soignant notamment) au détriment de leur rôle d'aide linguistique. De plus, leur niveau de compétence linguistique n'est pas vérifié, comme la maîtrise de la terminologie médicale dans une langue étrangère. Il est recommandé que les professionnels volontaires soient formés à l'interprétariat professionnel (24).

Aux urgences de Saint Vincent de Paul, nous faisons également recours aux interprètes dits de proximité, par manque de temps.

Certains professionnels considèrent qu'en situation d'urgence ou en présence de symptômes somatiques, l'interprétariat professionnel n'est pas jugé toujours possible ou nécessaire (52,66). Dans ce contexte, il semble pertinent de s'intéresser à l'influence de la barrière de la langue dans la prise en charge médicale des adultes en situation d'urgence.

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer l'impact de l'obstacle linguistique dans la prise en charge médicale des patients consultants aux urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille.

Les objectifs secondaires ont pour but de décrire les caractéristiques de la population non-francophone ayant recours au service des urgences, d'analyser la concordance entre le motif de consultation et le diagnostic de sortie et de comparer la prescription des traitements antalgiques et antibiotiques pour un même diagnostic.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## I. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, observationnelle transversale et descriptive, analysant la prise en charge médicale dans deux populations différentes.
Elle a été réalisée au sein du service des urgences adultes du centre hospitalier Saint Vincent de Paul à Lille et s'est déroulée au cours de différentes périodes entre le 01 juillet 2018 et le 09 août 2018, permettant de couvrir l'équivalent d'une semaine complète de recrutement.
Durant l'année 2018 le service d'accueil des urgences a enregistré 37 410 entrées.

## II. Lieu de l'étude

### A. Hôpital Saint Vincent de Paul

L'étude a été réalisée au sein du service des urgences adultes du centre hospitalier saint Vincent de Paul, appartenant au Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL). Le GHICL regroupe plusieurs hôpitaux, le centre hospitalier Saint Philibert à Lomme, Le centre hospitalier Saint Vincent de Paul à Lille, la clinique Sainte Marie à Cambrai, l'Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) l'accueil à Lille et l'EHPAD Saint François de Sales à Capinghem.

Il s'agit d'établissements privés à but non lucratif, c'est-à-dire que l'ensemble des soins est prodigué au tarif conventionnel sans dépassement d'honoraire.

L'établissement est situé sur le boulevard Belfort à Lille. Compte-tenu de sa proximité du centre-ville, il est bien desservi par les transports en commun. Ainsi, il est plus accessible que le Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille et que l'hôpital Saint Philibert à Lomme.

L'hôpital de Saint Vincent de Paul se compose de plusieurs pôles médico-chirurgicaux.

Il est rattaché par convention au centre hospitalier Saint Philibert, permettant l'accès aux services de rhumatologie, de soins intensifs cardiologiques, d'une unité neuro-vasculaire, d'endocrinologie, d'urologie, de chirurgie vasculaire, de chirurgie thoracique et de réanimation.

Le pôle de médecine comprend les services suivants: médecine polyvalente, médecine gériatrique, dermatologie, neurologie, oncologie et hématologie, pneumologie, soins de suite et réadaptation, soins palliatifs, ophtalmologie programmée, oto-rhino-laryngologie adulte et d' une unité médico-sociale et psychiatrique.

Le pôle chirurgical : chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale.

Le pôle mère-enfant : maternité, gynécologie (médico-chirurgicale), urgences gynécologiques et pédiatrie (hospitalisations, consultations, spécialités médico-chirurgicales), urgences pédiatriques.

**B. Les urgences adultes**

Le service des urgences adultes, se compose d'un service d'accueil, d'un cabinet médical (circuit-court), d'une Unité de soins continus (USC) et d'une Unité Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

Le premier contact avec le patient est réalisé par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO), ce dernier coordonne la prise en charge médicale sous couvert de l'urgentiste.

## III. La population étudiée

La notice d'information (Annexe 7) était remise aux patients dont l'âge est supérieur à 15 ans et 3 mois (âge limite des patients pouvant bénéficier du service des urgences adultes) consultant aux urgences adultes.

**A. Critères d'inclusion**

- Groupe patients (non-francophones) : patient faisant foi de ne pas parler et de ne pas comprendre le français, consultant à l'accueil des urgences de l'hôpital 24h/24 et 7j/7. Et ayant consenti par écrit et après explications sur les principes de l'étude dans la langue que le patient comprend.

- Groupe témoins (francophones) : population parlant et comprenant le français, consultant le service des urgences adultes 24h/24 et 7j/7, informée sur la réalisation d'une étude pseudo-anonyme lors de leur passage.

**B. Critères de non-inclusion**

- Refus de participation à l'étude
- Personnes présentant une incapacité à communiquer temporaire ou permanente (Surdité, mutisme, aphasie fluente ou non fluente, dysarthrie, etc)
- Patients atteints de troubles cognitifs (Démence) ou d'un trouble aigu de la conscience (coma, syndrome confusionnel, intoxications)
- Maladie grave ou mettant en jeu immédiatement le pronostic vital du patient

**C. Comité d'éthique**

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) s'est déclaré non concerné par cette étude observationnelle.

Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité Interne d'Ethique de la Recherche médicale (CIER) du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) le 18/09/2018. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a ainsi pu être fait.

Conformément à l'article 30 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), cette étude est inscrite au registre des activités de traitement des données du GHICL.

## IV. Modalités de participation à l'étude et consentement

### A. Notice d'information remise aux urgences (Annexe 7)

Une notice d'information a été élaborée par l'équipe de recherche en quatre langues : française, anglaise, arabe et roumaine. Ce document était remis en main propre au patient par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) ou par l'investigateur dans le bureau de l'IAO.

Sur cette notice, il y figurait le but de l'étude, les explications sur le traitement de leurs données socio-médicales et les coordonnées du Centre Hospitalier, afin d'interrompre l'étude s'il le souhaitait.

### B. Les formulaires de non-opposition et d'opposition remis aux urgences (Annexe 8)

Les IAO ont été informés par oral et par écrit du fonctionnement de l'étude. Lorsque le patient répondait aux critères d'inclusion, l'IAO ou l'investigateur, lui remettait une notice d'information dans sa langue, ainsi que le formulaire de non-opposition. Le patient souhaitant participer à l'étude devait dater et signer le formulaire de non-opposition, identifié à l'aide de son étiquette d'identification.

De plus, le patient inclus ne devait pas remplir de questionnaire spécifique et ne bénéficiait pas non plus d'examens, cliniques ou paracliniques supplémentaires pour les besoins de l'étude. Enfin, il lui était remis le formulaire d'opposition dans sa langue. Le droit de retrait étant proposé et appliqué si cela été nécessaire. Le patient souhaitant se rétracter devait envoyer le formulaire d'opposition au département de la recherche médicale.

## V. Recueil et analyse des données

Une fois les formulaires de non opposition recueillis, l'investigateur procède seul à l'extraction des données du dossier médical, via les logiciels TRACKARE et CLINICOM, afin de recueillir les différentes variables étudiées.

Les données analysées ont été collectées à partir du dossier médical de chaque patient inclus, dans le cadre de son parcours de soin aux urgences. En effet, il n'a pas été réalisé d'examen clinique particulier ni d'examens complémentaires (biologiques ou d'imagerie) pour les besoins spécifiques de l'étude.

Il n'y a pas de risques ni de bénéfices directs à participer à l'étude. Celle-ci consistant uniquement au recueil des données disponibles à partir du dossier médical informatisé, dans le cadre du soin courant.

### A. Critère de jugement principal

Il se définit par :

- la durée de consultation
- le motif de consultation et s'il s'agit d'un motif aigu ou chronique
- le diagnostic de sortie
- l'exploration aux urgences
- les traitements mis en place
- l'orientation post-urgence
- la prise d'un traitement pour une pathologie chronique et s'il y a une modification de ce dernier

- les différents paramètres de prise en charge (mode d'admission, type de prise en charge (cabinet médical, accueil, déchocage...), le moment de consultation, consultation en week-end, intervention du service social).

### B. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires correspondent à l'analyse du taux de concordance calculé par le coefficient Kappa de Cohen entre le motif de consultation et le diagnostic de sortie. Il s'agit également de la comparaison par l'intermédiaire des tests du Khi-2 (ou de Fisher exact en cas de faibles effectifs) de la prescription d'antibiotique ou d'antalgique au sein de chaque motif de consultation.

### C. Les autres données recueillies

- Données socio-démographiques :

- Age
- Sexe
- Situation familiale : célibataire/marié/en couple/ veuf
- Possède un emploi ou non
- Mode de vie : urbain / semi-urbain / Nomade / Sédentaire
- Assurance maladie : oui/non
    - Régime d'affiliation à la sécurité sociale

- Problématique :

- Barrière de communication : confusion ± coma
- Barrière de la langue : oui / non
- Moyen de traduction disponible et utilisé

**B. Anonymisation et sécurisation des données**

Les formulaires de non-opposition recueillis par l'investigateur ou l'IAO, ont été anonymisés par l'investigateur seul, en attribuant à chaque patient un numéro arbitraire allant de 1 à 653. Le recueil est dit pseudo-anonyme.

La liste de correspondance des dossiers est détenue par l'investigateur principal et conservée dans le service des urgences. Les fiches de recueil papiers ont été détruites après collecte des informations dans le respect du secret médical.

Toutes les données collectées à partir de chaque dossier médical sont stockées sur une base de données Microsoft Excel et sur le réseau sécurisé du GHICL, créée pour l'étude et dans le respect des bonnes pratiques cliniques, en vue de leur analyse statistique.

Les transmissions des données entre l'investigateur et les personnes habilitées du Département de Recherche Médicale se sont faites uniquement via messagerie sécurisée.

## C. Analyse statistique

### 1. Taille de l'échantillon

Concernant le nombre de sujets à inclure, nous ne possédons pas de références dans la littérature française. Ainsi, le nombre de sujets correspond aux patients éligibles acceptant de participer à l'étude sur la période d'inclusion sus-citée.

### 2. Tests statistiques utilisés

Nous avons débuté l'analyse des données par une analyse descriptive: les moyennes, écart-types, médianes, quartiles, minimum et maximum ont été calculés pour les variables quantitatives, tandis que les effectifs et fréquences ont été calculés pour les variables qualitatives.

Afin de comparer les caractéristiques des deux groupes (francophones/non francophones), nous avons effectué une analyse bivariée : des tests de Mann-Whitney-Wilcoxon (en l'absence de normalité) ont été utilisés pour comparer les variables quantitatives, tandis que des tests du Khi-2 (ou de Fisher exacts en cas de faibles effectifs) ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives.

Une analyse post-hoc[xiii] a été réalisée pour comparer les motifs de consultation entre les deux groupes, à l'aide de tests du Khi-2 ou de Fisher exacts en cas de faibles effectifs. Une correction de Holm a été appliquée aux p-valeurs issues des tests en raison de la multiplicité des tests.

[xiii] L'analyse post-hoc est une procédure qui permet de comparer des groupes sans qu'une hypothèse sur la relation entre ces groupes ait été posée avant d'examiner les données.

Afin d'étudier la concordance entre les motifs de consultation et les diagnostics de sortie des patients, les Kappa de Cohen (K) ainsi que leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés au sein de la population totale, puis au sein de chaque sous-groupe. La concordance est jugée très bonne si le coefficient K est supérieur à 0,8 strictement, bonne si K est compris entre 0,61 et 0,8, modérée si K est compris entre 0,6 et 0,41, mauvaise sinon. (Annexe 9).

Nous considérons un seuil de significativité de 5% pour toutes les analyses. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R (version 3.6.1).

L'analyse statistique a été réalisée par la cellule biostatistique de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL et également à l'aide du Dr BOUQUILLON Jean (chef de service des urgences adultes).

# RÉSULTATS

## I. Population étudiée

Sur les 682 patients admis aux urgences adultes, 36 patients ne répondaient pas aux critères d'inclusion. En effet, 17 patients présentaient une barrière de communication ou une urgence médicale immédiate, 7 parlaient une autre langue (4 parlaient un dialecte africain, 2 parlaient le turc et un hispanophone). Il y a eu 12 refus, 9 d'entre eux étaient francophones, 2 parlaient le roumain et un parlait l'arabe.

Au final, 653 patients ont été inclus dans l'étude : 580 patients francophones (88%) et 73 patients non-francophones (12%).

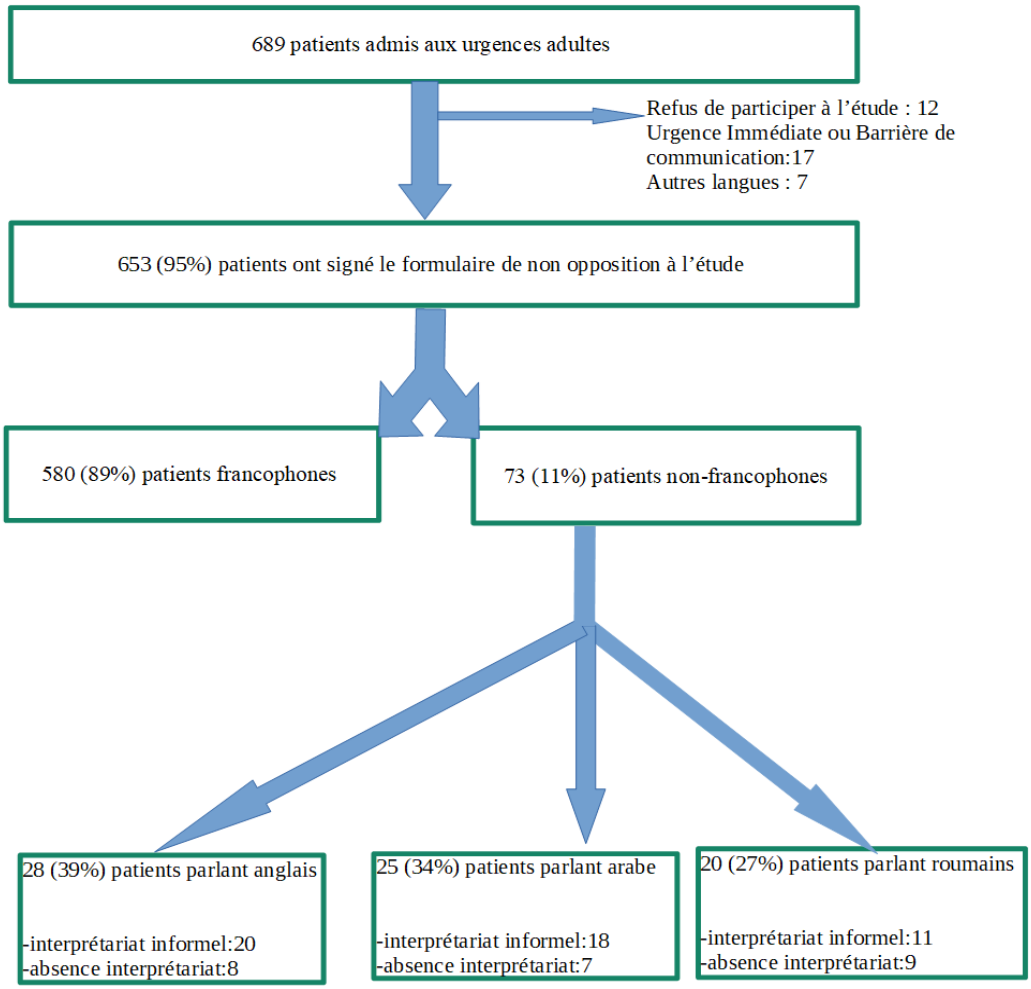



*Figure1 :Diagramme de flux*

## II. Caractéristiques de la population

### A. Sexe

La population francophone de l'étude est constituée d'une majorité de femmes 54 % contre 46 % d'hommes. Contrairement à la population présentant une barrière linguistique qui est constituée d'une majorité d'hommes 53,4 % IC 95%[43,1;50,7] contre 46,6 % de femmes avec IC [49,3-56,9].

| Sexe | Total N | Patients sans barrière linguistique (n=580) | Patients avec barrière linguistique (n=73) | P-valeurs |
|---|---|---|---|---|
| **Féminin** | 347 | 313 (54%) | 34 (46,6%) | P=0,28 |
| **Masculin** | 306 | 267 (46%) | 39 (53,4%) | |

*Tableau 1 : Répartition des sexes en fonction de la barrière de la langue*

### B. Age

La moyenne d'âge de l'ensemble de l'échantillon est de 42,7 ans avec un écart type (e.t) de 20,5. La médiane est à 38 ans.

L'âge moyen dans le groupe francophone est de 42,8 ans, tandis qu'il est de 42,3 ans dans le groupe non francophone (p valeur=0,96).

### C. Caractéristiques socio-professionnelles

| | Total | Patients sans barrière linguistique (n=580) | Patients avec barrière linguistique (n=73) | P-valeurs |
|---|---|---|---|---|
| **Situation Familiale** | | | | P=0,053 |
| Célibataire | 358 ( 54,8%) | 318 (54,8 %) | 40 (54,8%) | |
| Marié | 231 (35,4%) | 199 (34,3%) | 32 (43,8%) | |
| En couple | 40 (6,13%) | 39 (6,7%) | 1 (1,37%) | |
| Veuf | 22 (3,4%) | 22 (3,8%) | 0 | |
| Non connu | 2 (0,31%) | 2 (0,34%) | 0 | |
| **Situation Professionnelle** | | | | **P<0,0001** |
| Salarié | 292 (44,7%) | 276 (47,6%) | 16 (21,9%) | |
| Mère au foyer | 34 (5,2%) | 23 (3,9%) | 11 (15,1%) | |
| Retraité | 104 (15,9%) | 94 (16,2%) | 10 (13,7%) | |
| Etudiant | 66 (10,1%) | 62 (10,7%) | 4 (5,5%) | |
| Sans emploi | 152 (23,3%) | 120 (20,7%) | 32 (43,8%) | |
| Non connu | 5 (0,7%) | 5 (0,86%) | 0 | |
| **Mode de vie** | | | | **P=0,0011** |
| Urbain | 572 (87,6%) | 510 (87,9%) | 62 (84,9%) | |
| Semi-urbain | 58 (8,8%) | 54 (9,31%) | 4 (5,48%) | |
| Rural | 18 (2,76%) | 15 (2,59%) | 3 (4,11%) | |
| Nomade | 5 (0,77%) | 1 (0,17%) | 4 (5,48%) | |
| **Droits à l'Assurance maladie** | | | | **P<0,0001** |
| Régime général | 563 (86,6%) | 514 (88,7%) | 49 (69%) | |
| Autre Régime | 66 (10,2%) | 63 (10,8%) | 3 (4,2%) | |
| Absence de droits | 21 (3,23%) | 2 (0,35%) | 19 (26,7%) | |

*Tableau 2: Caractéristiques socio-professionnelles dans les deux populations étudiées.*

54,8 % de la population générale est composée de célibataires.

Les distributions des variables situation professionnelle et mode de vie varient significativement entre les deux groupes (p-valeurs ≤0,00019).

Dans le groupe sans barrière de langue, 514 (88,7%) possèdent des droits à l'Assurance maladie, tandis que dans le groupe avec barrière de la langue, 49 patients (69%) possèdent ces droits. Le taux de patients n'ayant pas de droit à l'Assurance maladie est significativement plus élevé dans le groupe de patients non francophones (p-valeur<0,0001).

## III. Analyse descriptive de la population présentant une barrière de la langue

La population non-francophone est composée de 38,4 % de patients anglophones IC 95 % [26,0-56,5], de 34,3 % de patients arabophones avec IC 95 % [23,5-46,3]. 27,4 % parlaient roumain avec IC 95 % [17,6-39].

| | |
|---|---|
| **Consultations de patients avec barrière linguistique (non-francophones) :** | 11% (n=73) |
| **Dont :** | |
| **- consultations avec interprète informel** | 67 % (n=49) |
| **- consultations sans aucune aide linguistique** | 33 % (n=24) |

*Figure 1 : Moyens de communication entre patients et médecins.*

Dans notre étude les patients anglophones (40,8%) étaient les plus nombreux à bénéficier d'une aide linguistique (tableau 3).

| Langues | Absence d'interprétariat (n=24) | Interprétariat informel (n=49) |
|---|---|---|
| **Anglais** | 8 (33,3%) | 20 (40,8%) |
| **Arabe** | 7 (29,2%) | 18 (36,7%) |
| **Roumain** | 9 (37,5%) | 11 (22,5%) |

*Tableau 3 : Répartition des moyens de communication en fonction des langues.*

## IV. Objectif principal

### A. La durée de consultation

Le temps passé aux urgences pour les patients francophones est de 3,9+/- 3,1 heures. De 3,8 +/-2,8 heures dans le groupe présentant une barrière linguistique, avec un minimum de 0,5 heures et un maximum de 24 heures (p-valeurs > 0,8).

### B. Exploration aux urgences

| | Patients sans barrière linguistique (n=580) | Patients avec barrière linguistique (n=73) | P-valeurs |
|---|---|---|---|
| **Temps de prise en charge en heures** | 3,88+/-3,08 | 3,79+/-2,80 | P=0,83 |
| **Electrocardiogramme (ECG)** | 274 (47,2%) | 29 (39,7%) | P=0,28 |
| **Biologie** | 326 (56,2%) | 43 (58,9%) | P=0,75 |
| **Imagerie** | 238 (41%) | 30 (41,1%) | P=1 |
| **Analyse urinaire** | 95 (16,4%) | 17 (23,3%) | P=0,19 |
| **Avis spécialisé** | 82 (14,1%) | 10 (13,7%) | P=1 |
| **Exploration fonctionnelle** | 8 (1,4%) | 1 (1,4%) | P=1 |

*Tableau 4: Temps de prise en charge et investigations aux urgences en fonction de la langue.*

Concernant la réalisation des examens complémentaires, les patients avec barrière linguistique ont pu en bénéficier en moyenne de 1,78+/-1,12DS, avec comme médiane 2 examens complémentaires (p=0,92).

La moyenne des examens complémentaires réalisés chez les patients francophones est de 1,76+/-1,15DS, la médiane est de 2 examens complémentaires.

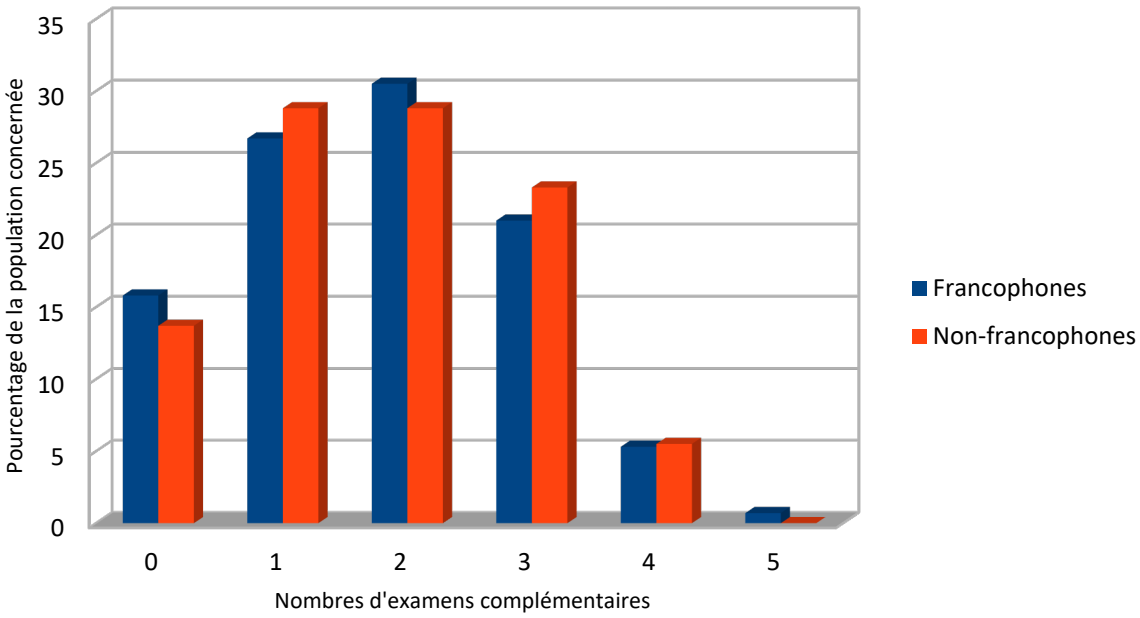



*Figure 2: Nombre d'examen(s) complémentaire(s) par patient selon la langue*

### C. Traitements mis en place

| Traitements introduits | Patients sans barrière linguistique (n=580) | Patients avec barrière linguistique (n=73) | P-valeurs |
|---|---|---|---|
| Aucun | 151 (26%) | 19 (26 %) | |
| Antalgiques | 335 (57,7%) | 47 (64%) | P=0,34 |
| Antibiotiques | 38 (6,5%) | 4 (5,5%) | |
| Autres traitements médicamenteux | 123 (21,2%) | 15 (20,5%) | P=1 |
| Oxygénothérapie | 1 (0,2%) | 0 | P=0,92 |
| Soins locaux | 77 (13,3%) | 6 (8,2%) | P=0,3 |

*Tableau 5: Répartition des traitements de sortie dans chacun des groupes.*

### D. Orientation post-urgence du patient

| Orientation post-urgence | Patients sans barrière linguistique (n=580) | Patients avec barrière linguistique (n=73) | P-valeurs |
|---|---|---|---|
| Retour à domicile (RAD) | 426 (73,4%) | 57 (78,1%) | P=0,44 |
| Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) | 50 (8,6%) | 6 (8,2%) | |
| Unité de Soins Continus (USC) | 2 (0,3%) | 0 | |
| Hospitalisation médecine | 84 (14,5%) | 6 (8,2%) | |
| Hospitalisation chirurgie | 10 (1,7%) | 3 (4,1%) | |
| Fugue | 8 (1,4%) | 1 (1,4%) | |

*Tableau 6: Orientation post-urgence dans chacun des groupes.*

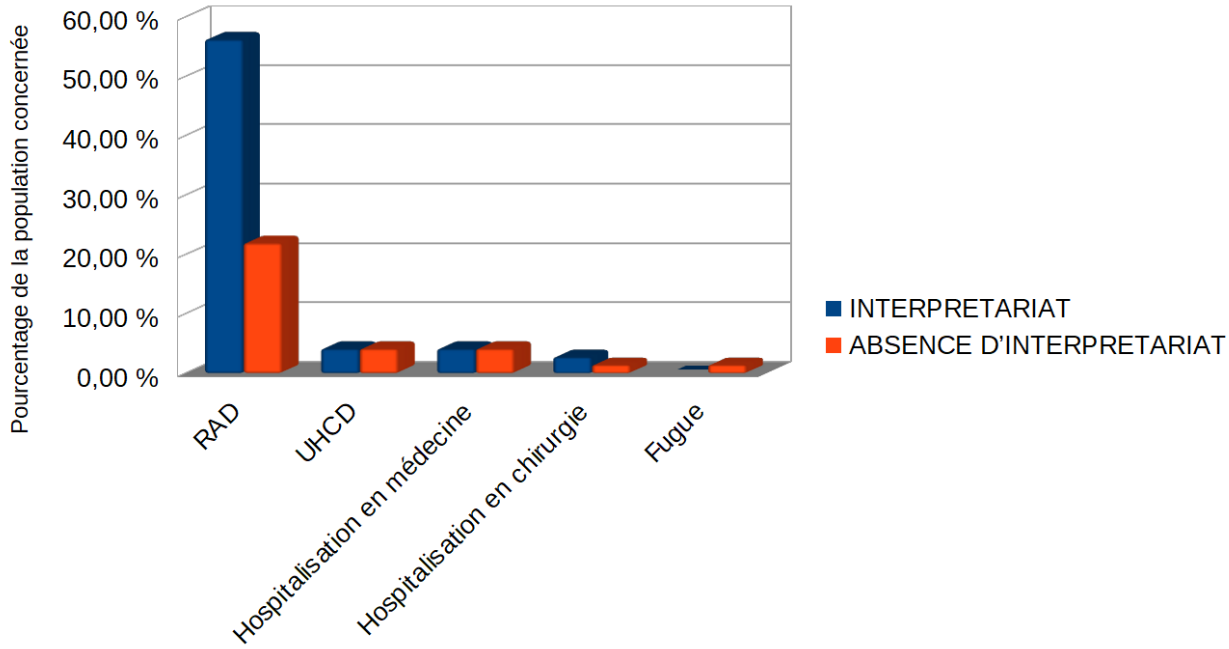



*Figure 3 : Diagramme de la répartition de l'orientation post-urgence des patients non-francophones en présence ou non d'une aide linguistique.*

### E. Différents paramètres de la prise en charge médicale

Les patients non-francophones (n=60) et francophones (n=510) consultent en majorité de manière spontanée le service d'urgence. Ils consultent en journée (p=0,47), pour des motifs de pathologies aiguës (p=0,84). Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant la présence ou non d'un traitement habituel dans les deux groupes.

Par ailleurs, les patients non-francophones bénéficient moins de consultations au sein du cabinet médical que les patients francophones.

| | Patients sans barrière linguistique (n=580) | Patients avec barrière linguistique (n=73) |
|---|---|---|
| **Mode d'admission :** | | |
| **Spontané** | 510 (87,9%) | 60 (82,2%) |
| **Médecin traitant** | 54 (9,31%) | 8(10,9%) |
| **Autres (SOS médecin, SMUR...)** | 16 (2,71%) | 5(6,85%) |
| **Moment de prise en charge :** | | |
| **7h-18h** | 408 (70,3%) | 50 (68,5%) |
| **18h-0h** | 118 (20,3%) | 13 (17,8%) |
| **0h-7h** | 54 (9,3%) | 10 (13,7%) |
| **Week-end** | 155 (26,7%) | 18 (24,7%) |
| **Type de prise en charge:** | | |
| **Accueil** | 419 (77,4%) | 60 (82,2%) |
| **Cabinet Médical (circuit-court)** | 131(22,6%) | 13 (17,8%) |
| **Type de pathologie :** | | |
| **Aiguë** | 525 (90,5%) | 65(89,1%) |
| **Chronique** | 55(9,5%) | 8(10,9%) |
| **Traitement pour une pathologie chronique :** | | |
| **Oui** | 220 (37,1%) | 21 (28,7%) |
| **Non** | 360 (62,1%) | 52 (71,2%) |

*Tableau 7: Paramètres de prise en charge médicale dans chacun des groupes.*

### F. Intervention du service social

5 (0,9%) patients francophones ont bénéficié d'une intervention de l'assistante sociale et 1 (1,4%) patient avec barrière linguistique en a également bénéficié (p-valeur=0,51).

## V. Objectifs secondaires

### A. Étude du lien entre le motif de consultation et le diagnostic de sortie

1. Le motif de consultation

Les principaux motifs de consultation dans le groupe non francophone étaient les suivants (tableau 8):

- pathologies rhumatologiques et traumatologie (26%)
- pathologies digestives, abdominales et urologiques (26 %)
- pathologies cardiorespiratoires (21,9 %)
- pathologies neurologiques (15,1 %).

| SPECIALITES | Patients sans barrière linguistique (n=580) | Patients avec barrière linguistique (n=73) | P-valeurs |
|---|---|---|---|
| Pathologies traumatiques, rhumatologiques et tissus | 233 (40,2%) | 19 (26%) | P=0,16 |
| Pathologies cardiaques et pulmonaires | 130 (22,4%) | 16 (21,9%) | P=1 |
| Pathologies digestives, abdominales et urologiques | 103 (17,8%) | 19 (26%) | P=0,6 |
| Pathologies neurologiques | 21 (3,60%) | 11 (15,1%) | **P=0,0022** |
| Pathologies de la sphère ORL, ophtalmologiques et spécialités | 22 (3,80%) | 3 (4,10%) | P=1 |
| Toxicologie et Pathologies psychiatriques | 39 (6,70%) | 3 (4,10%) | P=1 |
| Pathologies générales, endocrinologiques | 32 (5,50%) | 2 (2,70%) | P=1 |

*Tableau 8: Comparaison des motifs de consultation entre les deux groupes (N=653).*

Chez les patients francophones, 233 patients (40,2%) ont consulté pour un motif rhumatologique/traumatologique et tissus, tandis que chez les patients avec barrière linguistique, 19 patients (26%) ont consulté pour ce motif. Après correction de la p-valeur par la méthode de Holm, il n'y a pas de lien statistique entre ce motif de consultation et le groupe du patient (p-valeur=0,16).

Chez les patients francophones, 21 patients (3,6%) ont consulté pour un motif neurologique, tandis que chez les patients non-francophones 11 patients (15,1%) ont consulté pour ce motif. Après la correction de la p-valeur par la méthode de Holm, le lien entre les deux variables reste significatif (p-valeur=0,0022) : la proportion de motifs neurologiques vs tous les autres motifs est significativement plus élevée chez les patients non-francophones.

2. Le diagnostic de sortie

| SPECIALITES | Patients sans barrière linguistique (n=580) | Patients avec barrière linguistique (n=73) | P-valeur |
|---|---|---|---|
| Pathologies traumatiques, rhumatologiques et tissus | 225 (38,8%) | 22 (30,1%) | P=0,32 |
| Pathologies cardiaques et pulmonaires | 97 (16,7%) | 10 (13,7%) | |
| Pathologies digestives, abdominales et urologiques | 108 (18,6%) | 22 (30,1%) | |
| Pathologies neurologiques | 45 (7,80%) | 6 (8,20%) | |
| Pathologies de la sphère ORL, ophtalmologiques et spécialités | 28 (4,80%) | 3 (4,10%) | |
| Toxicologie et Pathologies psychiatriques | 43 (7,40%) | 4 (5,50%) | |
| Pathologies générales, endocrinologiques | 34 (5,90%) | 6 (8,20%) | |

*Tableau 9: Répartition des diagnostics de sortie en fonction de la présence ou non d'une barrière linguistique.*

3. Le taux de concordance

Afin d'étudier la concordance entre le motif de consultation des patients et leur diagnostic de sortie, nous avons calculé les Kappa de Cohen ainsi que leur intervalle de confiance à 95% au sein de la population totale, puis au sein de chaque sous-groupe (non-francophone/francophone).

| | Total N | Kappa de Cohen | IC95% |
|---|---|---|---|
| **Population totale** | 653 | **0.79** | [0.75 ;0.85] |
| **Population non-francophone** | 73 | **0.72** | [0.61 ;0.84] |
| **Population francophone** | 580 | **0.79** | [0.76 ;0.83] |

*Tableau 10: Les Kappa de Cohen au sein de chacune des populations étudiées.*

Le coefficient de Kappa Cohen est plus faible chez les patients présentant une barrière linguistique que chez ceux francophones.

Parmi l'effectif total (n=653), 546 patients (83,6%) avaient un motif de consultation et un diagnostic de sortie concordants. 84,3% (n=489) patients francophones contre 78,1 % (n=57) des patients non-francophones avaient un diagnostic de sortie concordant avec leur motif d'entrée aux urgences (p-valeurs=0,24).

### B. La prescription des antalgiques et des antibiotiques

Nous avons comparé la prescription d'un traitement antalgique ou d'un antibiotique, chez les patients non-francophones et francophones, à motif de consultation égal. Il n'a pas été possible d'effectuer les tests comparatifs pour les motifs de consultation maladies générales et endocriniennes / maladies rhumatologiques, traumatologiques, tissus / maladies psychiatriques et toxicologiques, car pour chacun de ces motifs, la proportion de patients non francophones était < 10% de l'échantillon.

1. Maladies cardiaques et respiratoires (n=146)

| Traitements | Patients sans barrière linguistique (n=130) | Patients avec barrière linguistique (n=16) | P-valeur |
|---|---|---|---|
| Antalgiques | 48 (36.9%) | 7 (43.8%) | 0.8 |
| Antibiotiques | 6 (4.6%) | 0 (0%) | 1 |

Parmi les 130 patients francophones, 48 (36.9%) se sont fait prescrire des antalgiques à la sortie, contre 7 (43.8%) des 16 patients non-francophones.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0.8). On ne retrouve pas non plus de différence significative de prescription d'antibiotiques entre les deux groupes (p-valeur = 1).

2. Maladies digestives, abdominales et urologiques (n= 122)

| Traitements | Patients sans barrière linguistique (n=103) | Patients avec barrière linguistique(n=19) | P-valeur |
|---|---|---|---|
| Antalgiques | 87 (84.5%) | 15 (78.9%) | 0.51 |
| Antibiotiques | 17 (16.5%) | 4 (21.1%) | 0.74 |

Parmi les 103 patients francophones, 87 (84.5%) se sont fait prescrire des antalgiques à la sortie, contre 15 (78.9%) des 19 patients non-francophones. On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0.51). On ne retrouve pas non plus de différence entre les deux groupes sur la prescription d'antibiotiques à la sortie (p-valeur = 0.74).

3. Maladies ORL, ophtalmologiques et spécialités (n=25)

| Traitements | Patients sans barrière linguistique (n=103) | Patients avec barrière linguistique(n=19) | P-valeur |
|---|---|---|---|
| Antalgiques | 87 (84.5%) | 15 (78.9%) | 0.51 |
| Antibiotiques | 17 (16.5%) | 4 (21.1%) | 0.74 |

12 patients francophones (54.5%) se sont fait prescrire des antalgiques à la sortie. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0.22). Il n'y a pas de différence sur la prescription des antibiotiques (p-valeur = 1).

4. Maladies neurologiques (n= 32)

| Traitements | Patients sans barrière linguistique (n=21) | Patients avec barrière linguistique(n=11) | P-valeur |
|---|---|---|---|
| Antalgiques | 14 (66.7%) | 6 (54.5%) | 0.7 |
| Antibiotiques | 1 (4.8%) | 0 (0%) | 1 |

Parmi les patients francophones, 14 (66.7%) se sont fait prescrire des antalgiques à la sortie, contre 6 patients non-francophones (54.5%). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0.7). Il n'y a pas non plus de différence significative sur la prescription d'antibiotiques (p-valeur = 1).

# DISCUSSION

## I. Commentaires sur les résultats de l'étude

### A. Résultat principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'influence de la barrière linguistique sur la prise en charge médicale des patients aux urgences adultes. Pour cela, plusieurs paramètres différents ont été étudiés.

Après analyse des principaux résultats, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre le groupe francophone et celui non-francophone concernant : la durée de consultation, le nombre d'examens complémentaires, la prise en charge thérapeutique, l'orientation post-urgence et l'intervention du service social. Ces résultats sont en contradiction avec les données de la littérature qui montrent un impact négatif de la barrière linguistique sur la prise en charge médicale des patients (61,65,67).

Le résultat observé dans notre étude pourrait s'expliquer par la présence d'un personnel soignant et non soignant compétent et disponible dans l'interprétariat. Dans l'étude réalisée par Baker DW et al. les patients migrants qui étaient interrogés sur leur pathologie après leur consultation indiquaient que la présence d'un interprète n'était pas corrélée avec une meilleure connaissance objective de leur diagnostic et du traitement proposé( 68,69).

Par ailleurs, il a été signalé que les problèmes de santé et les services qui font davantage appel à la communication lors de l'évaluation (maladies mentales, maladies chroniques) sont les plus sensibles à l'impact des barrières linguistiques (61). A contrario dans cette même étude, lorsque le patient consultait pour des motifs aigus tel que l'accident vasculaire cérébral ou l'infarctus du myocarde, on n'observait pas de différences dans la prise en charge. Ce qui peut s'expliquer par : « les examens appropriés, l'observance des lignes directrices et la qualité technique des soins sont plus susceptibles de prédire la mortalité que les entretiens avec le patient dans des situations d'urgence ». Ainsi plus l'état de santé du patient se détériore moins les disparités dans les soins deviennent visibles entre les patients présentant une barrière linguistique et ceux qui n'en présentent pas. Des soins de même qualité sont offerts en contexte de soins d'urgence ou de soins intensifs (61).

S'y ajoute la possibilité que, voyant un patient gravement malade, les intervenants seront peut-être portés à redoubler de prudence s'ils soupçonnent que la communication ou l'exactitude de l'information posent problème (61).

Les composantes pour lesquelles il a été démontrée une différence significative dans notre échantillon concernaient le motif de consultation, la situation professionnelle, le mode vie et le droit à l'Assurance maladie (tableau 2).

Bien qu'inattendu, il s'agit d'une constatation rassurante.

En dehors de la barrière linguistique, d'autres facteurs peuvent influencer la prise en charge médicale aux urgences. En effet, le temps d'attente souvent long, les facteurs environnementaux : bruit, promiscuité avec les autres patients, le manque d'intimité, les interruptions liées à la priorisation des états cliniques des patients. L'anxiété du patient, la dissemblance entre l'évaluation de la gravité de la situation du médecin et celle qui est faite par le patient (70-72).

De plus, le patient confronté ou non à la barrière linguistique ne peut exprimer sa volonté de choix du médecin qui l'examine, l'acceptation par le patient du modèle de prise en charge est également implicite (71,73).

**B. Analyse en sous-groupe**

1. Selon le motif de consultation

La traumatologie dans notre étude reste la principale cause de venue aux urgences à 38,6%. Ces résultats étaient similaires au rapport d'activité des urgences adultes réalisées en 2012(74,75) le motif traumatologie représentaient 36% de l'ensemble des consultations. En cela, la situation des demandeurs d'asile et autres migrants serait semblable à celle de la population générale (66).

De plus, dans notre étude, il apparaît que les motifs de consultation des patients non francophones étaient généralement plus ciblés, concernaient un seul appareil (pathologies cardiaques, pulmonaires, digestives, abdominales, urologiques, traumatiques et neurologiques). Alors que les patients francophones consultaient plus fréquemment pour des pathologies d'ordre général à 5,50%, psychiatrique (intoxication médicamenteuse volontaire) et toxicologique (intoxication éthylique et drogues illicites).

Ce résultat est en accord avec l'enquête de santé publique réalisée en Suisse (62), une grande partie des consultations de migrants chez le praticien portent sur des problèmes de santé qui ne nécessitent pas de communication très complexe : infections respiratoires de brève durée, gastro-entérites, otites, blessures de gravité modeste… Une autre étude indiquait que les patients ne possédant pas les compétences linguistiques nécessaires ont un accès réduit aux services de santé mentale (61).

## 2. Les paramètres de prise en charge

### 2.1 Mode d'admission

Concernant le mode d'admission aux urgences, nous n'avons pas constaté de différence statistiquement significative entre le groupe francophone et non-francophone. En effet, la majorité des patients consultaient de manière spontanée, sans être adressé par un autre médecin.

D'après l'enquête nationale sur les urgences hospitalières menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les deux tiers des patients interrogés ont un motif de recours lié à la facilité d'accès des urgences en termes de proximité géographique, de disponibilité de plateau technique, d'horaires, de gratuité, ou lié à la difficulté de trouver une réponse au sein de l'offre libérale (75,76).

Dans le cas des patients non-francophones et migrants, ce résultat pourrait s'expliquer par la méconnaissance du système de soins français, aux habitudes liées à la culture de soins dans le pays d'origine et à la facilité d'accès à une prise en charge médicale. Les minorités linguistiques, immigrantes ou non, sont également plus susceptibles d'avoir du mal à trouver un médecin de famille (Ngwakongnwi et al., 2012 (64)).

### 2.2 Moment de prise en charge

La majorité des passages aux urgences avaient lieu aux heures ouvrables et en début de soirée (tableau 7). Ces données étaient cohérentes avec celles de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières, menée le 11 juin 2013 par la DREES.

Toutefois, dans notre étude 13,7 % des patients non francophones consultaient de minuit à sept heures, ce qui pourrait être expliqué par leur mode de vie centré sur le travail diurne. La plupart des migrants accordent un faible intérêt à leur santé quand leurs préoccupations premières sont de trouver un repas, un logement. En effet, selon E.A. Stanojevich et A.Veisse « La résolution des difficultés d'ordre administratif, économique et social est prioritaire par rapport à la nécessité de prendre soin de sa santé » (77).

### 2.3 Durée de consultation

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative dans la médiane du temps passé aux urgences ($p<0,83$), est de 3 heures [2 ;4,7] en moyenne dans notre population d'étude, quel que soit le groupe concerné.

### 2.4 Le type de prise en charge

Nous ne constatons pas de différences statistiquement significatives dans le type en prise en charge entre les deux groupes. Néanmoins, 82,2% de la population non-francophone bénéficiait d'une prise en charge à l'accueil et non en circuit-court. Cela pourrait s'expliquer par la nécessité pour le médecin d'évaluer la situation et par la recherche d'un interprète.

### 2.5 La réalisation des examens complémentaires

Il n'y a pas été observé de différences statistiquement significatives, dans la réalisation des examens complémentaires dans chacun des deux groupes (p-valeur=0,8). Dans une enquête prospective menée par Garra et al., (78) qui a examiné l'impact des obstacles à la communication sur le diagnostic initial et les tests auxiliaires effectués dans un service d'urgence : l'analyse de 417 consultations a révélé que les obstacles linguistiques donnaient lieu à des diagnostics moins fiables et à une tendance accrue à ordonner des tests auxiliaires. Ce qui est comparable avec le rapport canadien 2015, S.Bowen et al. indiquait que « les barrières linguistiques compromettent l'efficacité de l'entretien médical, ce qui tend à entraîner un recours accru aux tests de laboratoire et d'imagerie »(61).

### 3. L'orientation post-urgence

Concernant l'orientation post-urgence, nous avons constaté un taux d'hospitalisation plus élevé dans la population francophone à 25,1 % contre 20,5 % dans la population non-francophone.

Cela pourrait s'expliquer par un nombre important de personnes âgées dans la population francophone. Mais également parce que les patients francophones consultaient fréquemment pour des motifs de consultation généraux.

Nous aurions pu nous attendre comme l'étude réalisée par John-Baptist et al.(78) a un pourcentage d'hospitalisation plus élevé dans la population non francophone. En effet, cela aurait pu être expliqué par un état clinique grave du patient à l'admission (61), par la volonté du médecin de bénéficier de plus de temps pour poursuivre les investigations diagnostiques ou solliciter l'aide d'un interprète, avant un retour à domicile. De plus, pour la population migrante, souvent vulnérable, un retour à domicile prématuré peut compromettre la mise en œuvre des thérapeutiques, en dehors de la structure de soins.

En outre, la population confrontée à l'obstacle linguistique est décrite comme étant à risque de complications (61). La faible protection sociale des patients non francophones pourrait également expliquer le taux d'hospitalisation faible.

### 4. La concordance entre le motif de consultation et le diagnostic de sortie

Le taux de concordance calculé par le coefficient de Kappa de Cohen était bon dans le groupe non francophone, cependant il était meilleur chez les patients francophones.  Ce qui était en contradiction avec l'étude de A. Bischoff et al.(47,48)qui mettait en avant la nécessité de l'interprétariat professionnel pour signaler les symptômes, afin d'éviter le risque d'erreur diagnostique ou thérapeutique.

5. La prescription d'antalgiques et d'antibiotiques

La prescription d'antalgiques, pour les pathologies cardio-respiratoires, abdominales, urologiques, ORL, ophtalmologiques et neurologiques, était comparable entre les deux groupes. Nous avons constaté les mêmes résultats en ce qui concerne la prescription d'antibiotiques.

Ce qui est en contradiction avec les résultats de la revue de la littérature de Chauhan et al. (80) et l'étude canadienne de S.Bowen et al. (61) qui mettaient en évidence une réduction du taux de prescription des traitements antalgiques chez les patients présentant un obstacle linguistique. Selon les résultats d'une étude réalisée par Jimenez et al. (81), les patientes en obstétrique qui recevaient toujours les services d'interprètes étaient plus susceptibles que les autres de déclarer que les niveaux de maîtrise de leur douleur étaient élevés, que le traitement de leur douleur avait eu lieu rapidement et que les intervenants avaient été utiles.

## II. Caractéristiques de la population non-francophone consultant le service

### A. Caractéristiques démographiques

Dans notre étude l'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon était de 42,7+/-20,5 ans. 46,9 % des adultes de notre étude était de sexe masculin. Néanmoins nous avons remarqué une proportion d'hommes supérieure dans la population non-francophone à 53,4 %que dans la population francophone à 46 %.

La plupart des patients dans la population non-francophone étaient célibataires, mais la proportion des personnes mariées était supérieure à celle dans la population francophone à 43,8 %.

Ce qui est souligné par une présence importante dans ce groupe de mère au foyer (15,1%). La réalité veut que même après plusieurs années en France, un certain nombre d'immigrants ne maitrisent pas bien le français. D'après l'étude de Jackson et C.al, réalisée en 1998, ces personnes sont susceptibles d'être des femmes avec de jeunes enfants, des ainés, des personnes peu instruites ou souffrant de traumatismes ou de désordres psychologiques.

Par ailleurs, il s'agit de personnes sans emploi 43,8 % ce qui est compatible avec l'étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en France en 2016. Les personnes immigrées consultant dans les PASS étaient principalement des hommes jeunes avec un niveau d'éducation secondaire, demandeurs d'asile ou sans droit au séjour, en situation de précarité et d'isolement social (82).

Leur mode de vie était urbain, mais également nomade (5,5 % $p<0,005$). En effet, comme il a été suggéré sur l'enquête INSEE 2018, la population non francophone pour la plupart composée d'étrangers, de migrants, se situait dans les zones urbaines, des grandes villes.

### B. Caractéristiques sociales

Après ajustement de l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques restent un facteur influant le recours aux urgences avec une probabilité plus importante de recours chez les personnes à faible niveau socio-économique (76). Dans notre étude, 77,1 % de patients confrontés à l'obstacle linguistique avaient leurs droits à l'Assurance maladie à jour, il était significativement plus bas que dans le groupe de patients francophones ($p<0,0001$). C'était également le cas pour le régime d'affiliation général ($p<0,0001$).

Aux États-Unis, Walls et al. (2002) montrent que les populations qui ne possèdent pas une assurance santé utilisent les services d'urgence comme source de soins réguliers. Même dans les pays où une couverture médicale universelle existe, les restes à charge pour certains traitements, les délais d'attente et la difficulté d'information sur les alternatives appropriées peuvent être des barrières d'accès plus importantes pour les populations défavorisées qui utilisent plus souvent les services d'urgence (77,82,83).

### C. Langues parlées

La population était composée d'une majorité d'anglophone. En effet, l'anglais est principalement utilisé pour communiquer à l'échelle internationale (84). Dans de nombreux pays, l'anglais a remplacé la langue étrangère enseignée de préférence dans les écoles (85). Cela pourrait également s'expliquer par un évènement qui s'est déroulé pendant la période d'inclusion et correspondant à la période de la finale de la Coupe du Monde 2018, où plusieurs anglais étaient arrivés en France.

**D. Moyens mis en place pour surmonter l'obstacle linguistique**

Dans notre étude, 67 % des patients non francophones ont bénéficié de l'aide d'un interprète informel (personnel de l'hôpital soignant ou non, proches). Ce qui est en accord avec de nombreuses études, le recours à l'interprétariat informel est la stratégie de communication préférentielle au sein d'un service d'urgence adulte (67). En général le patient est très souvent accompagné lorsqu'il se rend aux urgences (60).

Selon L. Tremblay et al. l'interprète familial pouvait apporter des éléments importants qui ne pourraient être fournis par un interprète professionnel(86). Comme le souligne l'étude réalisée par le DGS (63) « Pour plusieurs chefs de service, il présente, du point de vue du médecin, des avantages comparatifs en termes d'organisation immédiate (lourdeur et délai du recours à un interprète tiers) et en termes de renforcement du suivi du patient. ».

Lorsque le recours à un proche ou personnel de l'hôpital en tant que traducteur n'a pas été possible dans notre étude, le personnel soignant utilisait le langage non verbal. L'enquête de santé publique suisse réalisée en 2002 (66), a analysé les besoins en interprètes qualifiés et en autres moyens d'aide à la traduction lors de consultations où il existe un problème de langue. Les soignants interrogés sont nombreux à faire remarquer que dans beaucoup de consultations, la communication est établie par des moyens plus simples. Et qu'en termes d'organisation, l'interprète professionnel (médiateur culturel) ne pouvait être présent à toutes les consultations, notamment celles qui relevaient des urgences.

De plus, Pétrègne.F et al. dans leur étude qualitative réalisée en 2014, auprès de médecins généralistes bordelais, ont montré que ces derniers utilisaient d'autres supports de communication tels que les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes (langage non verbal) (87).

Par ailleurs, Bowen et al. ont décrit que l'interprétariat ne pourrait jamais être aussi satisfaisant qu'une communication directe, peu importe le niveau de compétences de l'interprète. Et que la présence d'une tierce personne peut influer sur la relation malade-médecin et sur le type de renseignements transmis (61).

Nous rappelons qu'il existe d'autres outils de communication permettant de surmonter la barrière de la langue, comme ceux informatiques (Google Traduction) (24).

### E. Refus des patients de participer à l'étude

Les personnes ayant refusées de participer à l'étude l'ont fait par peur, par méfiance sur l'utilisation de leurs données médicales et sociales. Malgré le message rassurant émis lors du recueil du consentement (l'anonymat de leur dossier médical). En effet, le parcours des migrants est particulièrement éprouvant, entre autres par la peur d'être éconduit à la frontière (77,90).

## III. Forces de l’étude

➢ La barrière linguistique est un obstacle fréquent en soins primaires et aux urgences. Aussi, les flux migratoires des dernières décennies ont accentué ce phénomène et placé le personnel soignant en première ligne face à cette problématique. Pourtant, peu d’études françaises sont disponibles sur le sujet. La plupart de ces études sont qualitatives centrées sur l’interprétariat professionnel. D’autres thèses ont étudié le point de vue du patient et du médecin, sur l’utilisation d’un interprète professionnel (25,91,92). Il apparaissait donc essentiel de proposer une enquête quantitative réalisée au sein d’un service d’urgence adulte en France, portant sur l’impact de la barrière linguistique sur la prise en charge médicale de ces patients.

➢ Le choix des urgences adultes de Saint Vincent de Paul a permis d'accéder à un nombre plus important de patients non-francophones et donc de recruter plus largement sur la période d’inclusion. En effet, ce service d’urgences est localisé en zone urbaine, à forte densité de population et à proximité de quartiers prioritaires de la politique de la ville, dits « secteur sud », où vit une importante population immigrée. Il se trouve également à proximité, de campements de fortune, d’associations (“ABEJ”) ou de structures de soins (Médecin Solidarité Lille), accueillant un public étranger, en situation de précarité et sans couverture maladie. Il est desservi par plusieurs moyens de transports et à proximité immédiate d’un axe autoroutier.

➢ De plus, le choix du service, à savoir les urgences adultes, nous apparaît également pertinent car il permet de rentrer en contact avec des patients en situation de migration ou de tourisme (professionnel, familial, loisir). De surcroît, nous savons que l'organisation des soins aux urgences, peut aggraver l'effet de la barrière linguistique. En effet, l'absence d'accompagnateur, le manque de temps et de recul qu'impose une prise en charge médicale urgente et la difficulté à trouver un soignant maîtrisant la langue maternelle du patient sont autant de facteurs explicatifs. La consultation des services d'urgences publics est plus fréquente chez les populations les plus défavorisées, ayant plus de mal à accepter la contrainte horaire d'un rendez-vous ou ne pouvant avancer les frais médicaux (66).

➢ La composition de notre groupe de patients non-francophones a été large et hétérogène: migrants en transit ou immigrés de plus longue date, des touristes, des étudiants ou des professionnels, de divers pays d'origine et de langues parlées, etc. Ainsi, nous avons pu limiter l'impact du milieu culturel, qui est un facteur de confusion avec la langue, sur la prise en charge médicale de ces patients.

➢ Le choix d'une étude comparative, bien que non interventionnelle, a également été une force car elle permet de comparer deux groupes sur le critère de l'existence ou non d'une barrière linguistique. Pour une meilleure extrapolabilité des résultats, les critères d'exclusion étaient limités afin que l'échantillon étudié soit diversifié et reflète l'hétérogénéité naturelle des patients non francophones.

➢ Enfin, la retranscription des données dans le logiciel EXCEL a été réalisée par un seul investigateur afin de limiter le risque d'erreur.

## IV. Limites de l'étude

### A. Liées au lieu de l'étude

Le caractère monocentrique est une limite à la validité externe de l'étude, et donc à l'extrapolabilité de nos résultats à la population générale.

### B. Liées au critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est composite, puisqu'il associait plusieurs critères (la durée de consultation, le nombre d'examens complémentaires, les traitements mis en place, l'orientation post-urgence du patient, l'intervention du service social), ainsi les résultats que nous avons obtenus sont la combinaison de plusieurs paramètres ce qui peut sous-estimer le lien entre les différentes variables. Néanmoins, il correspondait à la situation clinique réelle.

### C. Les biais

Il s'agissait d'une première expérience de recherche quantitative pouvant expliquer la présence de biais.

1.Biais de sélection

La localisation de cet hôpital, situé à proximité de quartiers prioritaires de la ville, a favorisé le recrutement de patients ayant de faibles revenus et à moindre niveau socio-éducatif. Dans ce contexte, l'échantillon de notre étude ne peut être comparé à la population générale.

Enfin, la période étudiée étant limitée, il n'a pas été observé d'épidémie saisonnière quelconque (grippe, bronchiolite, gastro-entérite infectieuse...) entraînant une majoration des passages aux urgences.

Par ailleurs, la proportion de patients dans le groupe « présence de la barrière de la langue » est faible, tout juste supérieur à 10 % et conduit à un déséquilibre entre les deux groupes.

2.Biais de mesure

L'intervention de différents infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO), dans l'inclusion des patients non francophones a pu être une source d'erreur puisqu'ils ne leur a pas été fournis de définition précise d'une personne considérée comme non francophone.

Ainsi, un patient a pu être considéré à tort comme non francophone par exemple.

3.Biais de déclaration

Dans le choix du groupe pour un patient consultant les urgences, il existe un possible biais de déclaration, avec des omissions. En effet, lors de l'inclusion des patients non francophones, il est possible que certains patients aient éprouvés des difficultés voire une gêne à s'exprimer en français alors que la langue était comprise.

4.Biais de confusion

Dans notre étude nous n'avons pas pris en compte, l'ethnicité, la culture, le statut d'immigration ainsi que le niveau socio-économique des patients. Il est convenu dans la littérature (61) que ces facteurs pouvaient être responsables de disparités sur le critère de jugement principal et sur les critères de jugement secondaires entre les deux groupes et en dehors de la maîtrise linguistique.

Des récentes recherches, dont une canadienne menée par S.Bowen et al. en août 2015, suggérait que d'autres barrières intervenaient dans le premier contact entre le patient et le personnel soignant, comme l'ethnicité, les croyances et les pratiques culturelles. Par ailleurs, la maîtrise de la langue officielle du pays est un facteur déterminant de la santé et elle peut interagir avec l'origine ethnique et le statut socio-économique (61,77).

En outre, l'étude réalisée en 2000, par Dunn et Dyck (61), confirmait qu'au sein des immigrants on observe des différences majeures dans l'état de santé selon le pays d'origine, le statut socio-économique et l'éducation. La culture entraverait également la transmission des informations médicales (représentations culturelles du pays d'origine, limitant les « choses à dire ») (69).

## V. Les perspectives

Cette étude a ouvert plusieurs pistes de réflexion. Contrairement aux idées reçues, notre étude a montré que la population confrontée à l'obstacle linguistique, dans un contexte de soins d'urgence, ne diffère pas de la population francophone. Par contre, les patients non-francophones avaient une couverture médicale moins bonne que les autres patients, ce qui peut engendrer plus de difficultés d'accès aux soins. En outre, les patients non-francophones connaissent des difficultés d'accès, aux informations médicales (ressources en ligne), aux activités d'éducation thérapeutique, aux campagnes de santé publique : dépistage de cancer, vaccinations, prévention des maladies cardio-vasculaires…(61)

Dans ce contexte de pandémie du COVID-19, les soignants, et particulièrement en milieu hospitalier, souhaiterait davantage une facilité de communication, afin de repérer à partir d'un patient atteint, les personnes contacts. Améliorer les outils de communication et surmonter l'obstacle linguistique, demeurent des défis essentiels, notamment en période épidémique. A ce titre, le gouvernement français a mis à la disposition des médecins des fiches d'information et d'éducation aux gestes barrières en 24 langues, disponibles gratuitement (92,93).

Afin d'approfondir les résultats de notre enquête, il serait intéressant de mener une étude de plus grande ampleur. Il s'agirait d'inclure un plus grand nombre de patients non-francophones et d'élargir la population à d'autres langues parlées et d'autres pays d'origine.

La prise en charge de patients présentant une barrière de la langue devient une situation de plus en plus fréquente, en ville comme à l'hôpital. Aussi, serait-il intéressant de développer de nouveaux outils et d'améliorer la formation des professionnels de santé sur ce sujet. Dans cette optique, l'interprétariat médico-social apparaît être un outil facilitateur. Pourtant, la méconnaissance de l'existence de services d'interprétariat, la crainte du coût ou la sous-estimation du service rendu, limitent le recours à cet outil et amplifie les difficultés d'accès aux soins des patients confrontés à l'obstacle linguistique.

De nouveaux travaux pourraient également recueillir le ressenti et la satisfaction des patients non francophones dans la prise en charge de leur santé au sein d'un service d'urgences.

# CONCLUSION

Dans le contexte actuel et pandémique, le médecin fait face de plus en plus fréquemment à l'obstacle linguistique. Ce dernier est responsable de malentendus, parfois d'une errance diagnostique et a une incidence sur l'accès et la qualité des soins.

Notre étude a montré que la prise en charge médicale aux urgences adultes de Saint Vincent de Paul des patients non francophones est comparable à celle des patients francophones quel que soit le motif de consultation à l'entrée. Toutefois, la population non francophone présente des difficultés d'accès au système de soins français, aux programmes de promotion et de prévention en matière de santé. Il serait souhaitable de mettre en place des aides et un accompagnement des personnes migrantes, non francophones, pour les informer des particularités du système de soins français. Il apparait également que les patients confrontés aux barrières linguistiques ont une gestion inadéquate des maladies chroniques.

Comme dans la plupart des services d'urgence français, mais également internationaux, nous avons fréquemment recours dans le service des urgences de Saint Vincent de Paul, à l'aide des interprètes informels ou de proximité (soignant ou non), par manque de temps essentiellement et par méconnaissance de l'interprétariat professionnel par le corps médical et par les patients. Ce qui peut poser des problèmes dans la prise en charge des patients, en termes de secret médical, mais également en termes d'organisation dans le service. Par ailleurs, la HAS soulignent le fait que les professionnels volontaires de l'hôpital doivent être formés à l'interprétariat professionnel. Il serait souhaitable de sensibiliser les médecins durant leur cursus médical, des particularités qu'occasionnent la prise en charge du patient confronté à l'obstacle linguistique.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES


1. Noiriel. G. La France, un vieux pays d'immigration [Internet]. Collection 46, janvier-mars 2010. Disponible sur: https://www.lhistoire.fr/la-france-un-vieux-pays-dimmigration

2. Fabienne Daguet et Suzanne Thave. *La population immigrée. Le résultat d'une longue histoire.* Insee Première. N°458 - JUIN 1996

3. Depuis quand la France est-elle une terre d'immigration ? | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. Disponible sur: https://www.histoire-immigration.fr/questions-contemporaines/les-migrations/depuis-quand-la-france-est-elle-une-terre-d-immigration

4. l'Intérieur M de. Infos migrations [Internet]. https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Etudes/Infos-migrations. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Etudes/Infos-migrations

5. Wihtol de Wenden.C. *L'Europe, un continent d'immigration malgré lui*. *Strates* [En ligne], 15 | 2008, mis en ligne le 04 mars 2013, consulté le 27 août 2020. URL : http://journals.openedition.org/strates/6530

6. Première partie : L'histoire de l'immigration en France après 1945 | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: http://www.histoire-immigration.fr/des-ressources-pour-enseigner/parcours-histoire-de-l-immigration-en-france-depuis-1945/premiere

7. Commission Nationale Consultatives des Droits de l'Homme. Roms | CNCDH [Internet]. [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: https://www.cncdh.fr/fr/dossiers-thematiques/roms

8. Coquio C, Poueyto J-L. *Roms, Tsiganes, Nomades: Un malentendu européen.* KARTHALA Editions; 2014. 692 p.

9. Qui sont vraiment les Roms de France ? [Internet]. CNRS Le journal. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: https://lejournal.cnrs.fr/articles/qui-sont-vraiment-les-roms-de-france

10. Michèle Tribalat. Immigration en 2018~ [Internet]. Michèle Tribalat. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: http://www.micheletribalat.fr/442783688

11. Droit d'asile : plus juste, plus équitable [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/droit-d-asile-plus-juste-plus-equitable

12. Histoire de l'asile | OFPRA [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ofpra.gouv.fr/fr/histoire-archives/histoire-de-l-asile

13. l'Intérieur M de. Les grands principes du droit d'asile [Internet]. https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Le-droit-d-asile/Les-grands-principes-du-droit-d-asile. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Le-droit-d-asile/Les-grands-principes-du-droit-d-asile

14. l'Intérieur M de. Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile [Internet]. https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/La-reforme-de-l-asile-issue-de-la-loi-du-29-juillet-2015/Loi-n-2015-925-du-29-juillet-2015-relative-a-la-reforme-du-droit-d-asile. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/La-reforme-de-l-asile-issue-de-la-loi-du-29-juillet-2015/Loi-n-2015-925-du-29-juillet-2015-relative-a-la-reforme-du-droit-d-asile

15. Les droits des demandeurs et réfugiés [Internet]. Info droits étrangers. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: http://www.info-droits-etrangers.org/sejourner-en-france/lasile/les-droits-des-demandeurs-et-refugies/

16. La protection accordée par la CNDA [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: http://www.cnda.fr/Demarches-et-procedures/La-protection-accordee-par-la-CNDA

17. Comprendre le droit d'asile | ACAT France [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: https://www.acatfrance.fr/comprendre-droit-asile

18. Loi_accueil_et_inteigration_migrants_humanitaires_6_juillet.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: http://www.france-terre-asile.org/images/pdf/Loi_accueil_et_inteigration_migrants_humanitaires_6_juillet.pdf

19. INSEE. Statistiques ethniques | Insee [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/2108548

20. INSEE. Immigrés, étrangers | Insee [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212

21. G.OTHILY et F.BUFFET, Immigration clandestine : une réalité inacceptable, une réponse ferme, juste et humaine (rapport) [Internet]. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r05-300-1/r05-300-1_mono.html

22. Qu'est-ce que le contrat d'intégration républicaine (CIR) ? | service-public.fr [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17048

23. Noiriel G. *Histoire de l'immigration en France. État des lieux, perspectives d'avenir*. Hommes Migr. 2005;1255(1):38-48.

24. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

25. Chaaban S. « Rendre la parole pour mieux soigner ». Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse [Internet] [exercice]. Université Toulouse lll - Paul Sabatier; 2014. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1634/

26. Churchill S. *Guide for the development of language education policies in Europe: from linguistic diversity to plurilingual education*. Lang Policy Div DG IV – Dir Sch --Sch High Educ Counc Eur Strasbg. 2003;50.

27. L'allophonie : le rôle des enseignants dans la réussite éducative des élèves et la prise en compte de leur langue première [Internet]. Disponible sur: https://hal-univ-fcomte.archives-ouvertes.fr/hal-02385167/document

28. INSEE Définition - Immigré | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328

29. Réseau Européen des Migrations. Glossaire 2.0 sur l'asile et les migrations COMMISSION EUROPÉENNE Réseau Européen des Migrations - REM Janvier 2012, deuxième édition Un outil pour une meilleure comparabilité. 2012.

30. Le président de la conférence KNUD LARSEN, Les vice-présidents de la conférence, A. HERMENT TALAT MIRAS, Le secrétaire exécutif de la conférence : JOHN P. HUMPHREY. Convention de Genève du 28 juillet 1951, relative au statut des réfugiés entrée en vigueur le 22 avril 1954 Préambule. p. 8.

31. Convention de Genève (1951) | OFPRA [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ofpra.gouv.fr/fr/convention-de-geneve-1951

32. INSEE Définition - Étranger | Insee [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198

33. Chiffres clés de la région Hauts-de-France | La préfecture et les services de l'État en région Hauts-de-France [Internet]. [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region/Chiffres-cles/Chiffres-cles-de-la-region-Hauts-de-France

34. Moduloo.net. Antenne Hauts-de-France [Internet]. Grdr Migration-Citoyennete-Developpement. [cité 25 déc 2019]. Disponible sur: https://grdr.org/Antenne-Nord-Pas-de-Calais

35. INSEE La population immigrée plus présente dans les grandes aires urbaines - Insee Analyses Hauts-de-France - 22 [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128967

36. Larousse É. Définitions : acculturation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acculturation/577

37. Mokounkolo R, Pasquier D. *Stratégies d'acculturation : cause ou effet des caractéristiques psychosociales ? L'exemple de migrants d'origine algérienne*. Cah Int Psychol Soc. 2008;Numéro 79(3):57-67.

38. John W. Berry, Queen's University, Ontario, Canada. *Lead Article Immigration, Acculturation, and Adaptation*. Applied Psychology : An International review, 1997.46 (1). 5-68

39. Sztalryd J-M. *Balint et la relation médecin-malade* [Internet]. EDK, Groupe EDP Sciences; 2013 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=EDK_SAMI_2013_02_0019

40. Grimaldi A. *Relation médecin-malade au cours de la maladie chronique*. Wwwem-Premiumcomdatatraitestmtm-942086 [Internet]. 24 avr 2019 [cité 29 janv 2020]; Disponible sur: http://www.em.premium.com/article/1288951

41. Fainzang S. *La relation médecins-malades: Information et mensonge*. Paris: PUF, 2006: 159 p.

42. Hallenbeck, J. L. (2001). *Intercultural differences and communication at the end of life.* Primary Care: Clinics in Office Practice, 28(2), 401–413. doi:10.1016/s0095-4543(05)70030-0.

43. Arlet Philippe, Nicodème Robert, Delpla Pierre-André, Florent Trapé, Hélène Hanaire-Broutin, Sylvie Cadroy *Item n° 1 : La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale*. 01_poly_item01.pdf [Internet]. 25 juillet 2001. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf

44. Nciri. M. *La communication dans la relation médecin-malade*. Esperance médicale, décembre 2009. Tome 16,n°164 Disponible sur: https://www.fichier-pdf.fr/2015/09/12/communication-medecin-malade-1/

45. Marise Tétreault, Sylvie Laporte, Annie Mathieu Parler, écouter, écrire: l'art de communiquer en santé Guide de pratique clinique [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2015/05/e_opiq_guidecomm2014_VF.pdf

46. Hennel-Brzozowska A. *La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue-*. 2008;10.

47. Bischoff A, Loutan L, Stalder H. *Barrières linguistiques et communication dans une policlinique de médecine*. :15.

48. Bischoff A. *Caring for migrant and minority patients in European hospitals: a review of effective interventions*. Neuchatêl: Swiss Forum for Migration and Population Studies; 2006. 143 p. (SFM Studies).

49. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. *Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients*. Glob J Health Sci. juin 2016;8(6):65-74.

50. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

51. HAS.Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801473/fr/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretes-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins

52. Arend L, Cadart A, Chabagno L, Ndiaye AD, Deseille R, Gauthier A, et al. « L'INTERPRETARIAT MEDICAL ET SOCIAL, ELEMENT DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE ». :53.

53. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

54. Schwarzinger M. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. :139.

55. Rondeau-Lutz M, Baldeyrou M, Saban L, Kup H, Wolff V, Pinis K, et al. Annonce d'une maladie grave et interprétariat professionnel : questions autour de la culture. Rev Médecine Interne. juin 2018;39:A58.

56. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

57. La charte de la personne hospitalisée - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 27 janv 2020]. 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

58. Allocution-Mme-BACHELOT-au-colloque-ISM-1.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2016/03/Allocution-Mme-BACHELOT-au-colloque-ISM-1.pdf

59. Communication non-verbale patient/soignant (medipicto) [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: /medipicto

60. Traducmed, outil d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.traducmed.fr/

61. Bowen. S. *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité et la qualité des soins*. 2015.

62. PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://www.appartenances.ch/j/images/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf

63. Schwarzinger M. Du rapport d'étude réalisé pour le compte de la Direction Générale de la Santé :11.

64. Ngwakongnwi E, Hemmelgarn BR, Musto R, King-Shier KM, Quan H. *Language barriers.* Can Fam Physician. déc 2012;58(12):e709-16.

65. David RA. *The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community*. :9.

66. 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*. Sante Publique (Bucur). 2002;Vol. 14(1):75-81.

67. Dorian Ramirez, Kirsten G. Engel, & Tricia S. Tang. (2008). *Language Interpreter Utilization in the Emergency Department Setting:* A Clinical Review.

68. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Coates WC, Pitkin K. *Use and effectiveness of interpreters in an emergency department*. JAMA. 13 mars 1996;275(10):783-8.

69. Sarver J, Baker DW. *Effect of Language Barriers on Follow-up Appointments After an Emergency Department Visit.* 2000;15:9.

70. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf

71. Vuagnat A. *Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?* :18.

72. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye J-E. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Ann Fr Médecine Urgence. 1 mars 2014;4(2):96-105.

73. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, et al. *Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques*. Rev Médecine Interne. 1 sept 2003;24(9):602-12.

74. Alleaume S, Boisguérin B, Brilhault G, Coquelet F, Gualbert N, Garrec M-AL, et al. Le panorama des établissements de santé - édition 2014. :174. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf

75. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures-hormis-ceux

76. Zeynep Or, Anne Penneau. *Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation.* https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf

77 E.A Stanojevich et A. Veisse. Repères sur la santé des migrants. La Santé de l'Homme - N° 392; 2007

78. Garra G, Albino H, Chapman H, Singer AJ, Thode HC. *The Impact of Communication Barriers on Diagnostic Confidence and Ancillary Testing in the Emergency Department*. J Emerg Med. 1 juin 2010;38(5):681-5.

79. John-Baptiste A, Naglie G, Tomlinson G, Alibhai SMH, Etchells E, Cheung A, et al. *The Effect of English Language Proficiency on Length of Stay and In-hospital Mortality*. J Gen Intern Med. mars 2004;19(3):221-8.

80. Chauhan A, Walton M, Manias E, Walpola RL, Seale H, Latanik M, et al. *The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review*. Int J Equity Health [Internet]. 8 juill 2020 [cité 15 août 2020];19. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7346414/

81. Jimenez N, Jackson DL, Zhou C, Ayala NC, Ebel BE. *Postoperative Pain Management in Children, Parental English Proficiency, and Access to Interpretation*. Hosp Pediatr. janv 2014;4(1):23-30.

82. SPF. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Numéro thématique. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: /notices/etude-nationale-sur-les-caracteristiques-des-personnes-migrantes-consultant-dans-les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-en-france-en-2016.

83. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. *Inégalités de santé liées à l'immigration en France*. Rev Econ. 30 mars 2009;Vol. 60(2):385-411.

84. INSEE. Chiffres clés, statistiques de la culture–2015.

85. Kushner E. *L'anglais comme langue globale : problèmes, dangers, opportunités*. Diogene. 2002;n° 198(2):21-8.

86. Tremblay L, *Centre de santé et de services sociaux de la Montagne. La communication avec interprète dans l'intervention à domicile.* Montréal: Centre de santé et de services sociaux de la Montagne; 2006.

87. François Pétrègne, Yves Montariol, Philippe Castera, Ajit Beelur, Gérard Ducos. John Libbey Eurotext - Médecine - *Le médecin généraliste et la barrière linguistique. Utilisation d'outils d'aide à la consultation en médecine générale* [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/le_medecin_generaliste_et_la_barriere_linguistique._utilisation_d_outils_d_aide_a_la_consultation_en_medecine_generale_302662/article.phtml

88. Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. *Caring for Patients with Limited English Proficiency: The Perspectives of Small Group Practitioners.* J Gen Intern Med. nov 2007;22(Suppl 2):341-6.

89. Nationale A. Avis de la commission des affaires étrangères sur le projet de loi, après engagement de la procédure accélérée, pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif (n°714). (Mme Marielle de Sarnez) [Internet]. Assemblée nationale. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_afetr/l15b0821_rapport-avis

90. Richard Camille. Thèse de médecine générale : Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale: Place de l'interprétariat professionnel. Université de Rennes; 2016.

91. Anne Charlotte Gallon et Florence Le quere. Thèse de médecine générale :Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales: entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français. Faculté de médecine de Nantes; 2017.

92. Coronavirus : outils de prévention destinés aux professionnels de santé et au grand public [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur: /dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-outils-de-prevention-destines-aux-professionnels-de-sante-et-au-grand-public

93. SPF. Information coronavirus : protégeons-nous les uns les autres [Affiche A4, Arabe] [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: /import/information-coronavirus-protegeons-nous-les-uns-les-autres-affiche-a4-arabe

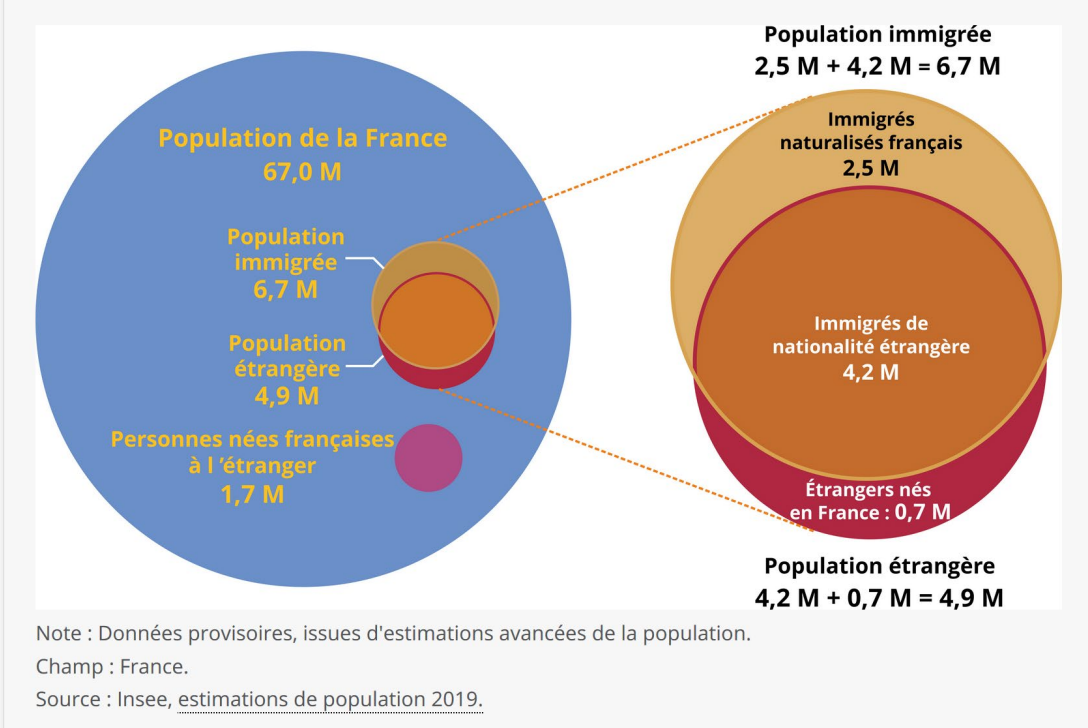
# ANNEXES

## Annexe 1 :

### Les principes du droit d'asile :

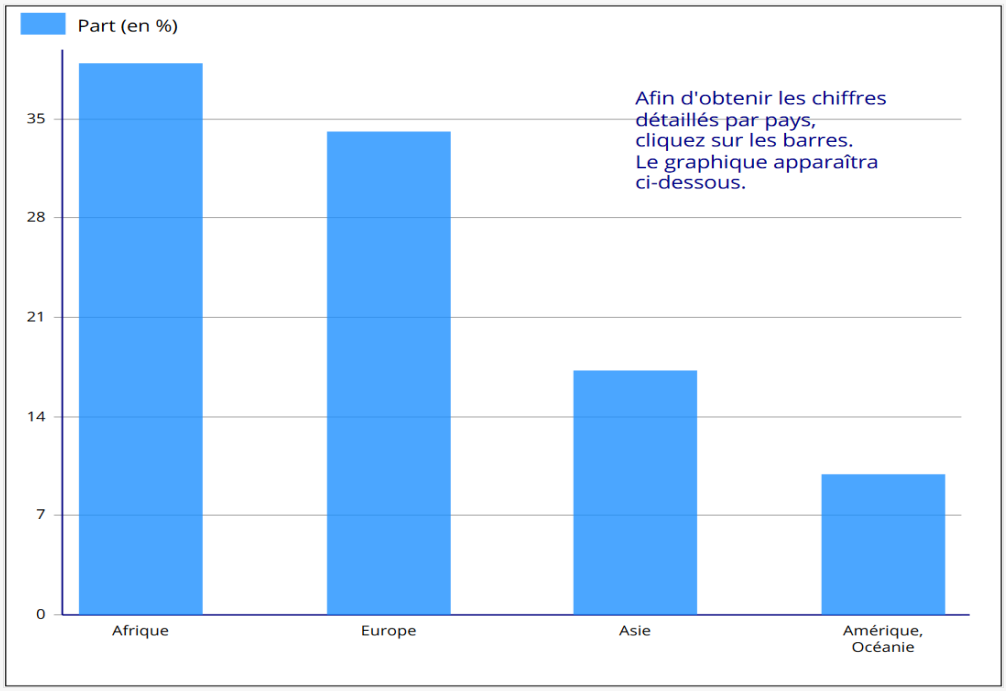
Il s'agit d'une protection élargie, examen impartial de la demande d'asile, droit au maintien sur le territoire ainsi qu'à des conditions d'accueil dignes pendant toute la durée de l'examen de la demande ont été affirmés par la réforme de la loi du 29 juillet 2015 relative au droit d'asile. Une personne qui sollicite ce droit peut bénéficier du statut de réfugié conformément à l'article L. 711-1 du CESEDA ou d'une protection subsidiaire conformément à l'article L.712-1 du CESEDA.

## Annexe 2 : Données issues de l'INSEE




*Figures de l'estimation de la population française INSEE 2019*

**Immigrés arrivés en France en 2018 selon leur continent de naissance**




Source : Insee, Enquête annuelle de recensement 2019.

**Immigrés arrivés en France en 2018 selon leur continent de naissance**

| | Part (en %) |
|---|---|
| Afrique | 38,9 |
| Europe | 34,1 |
| Asie | 17,2 |
| Amérique, Océanie | 9,9 |

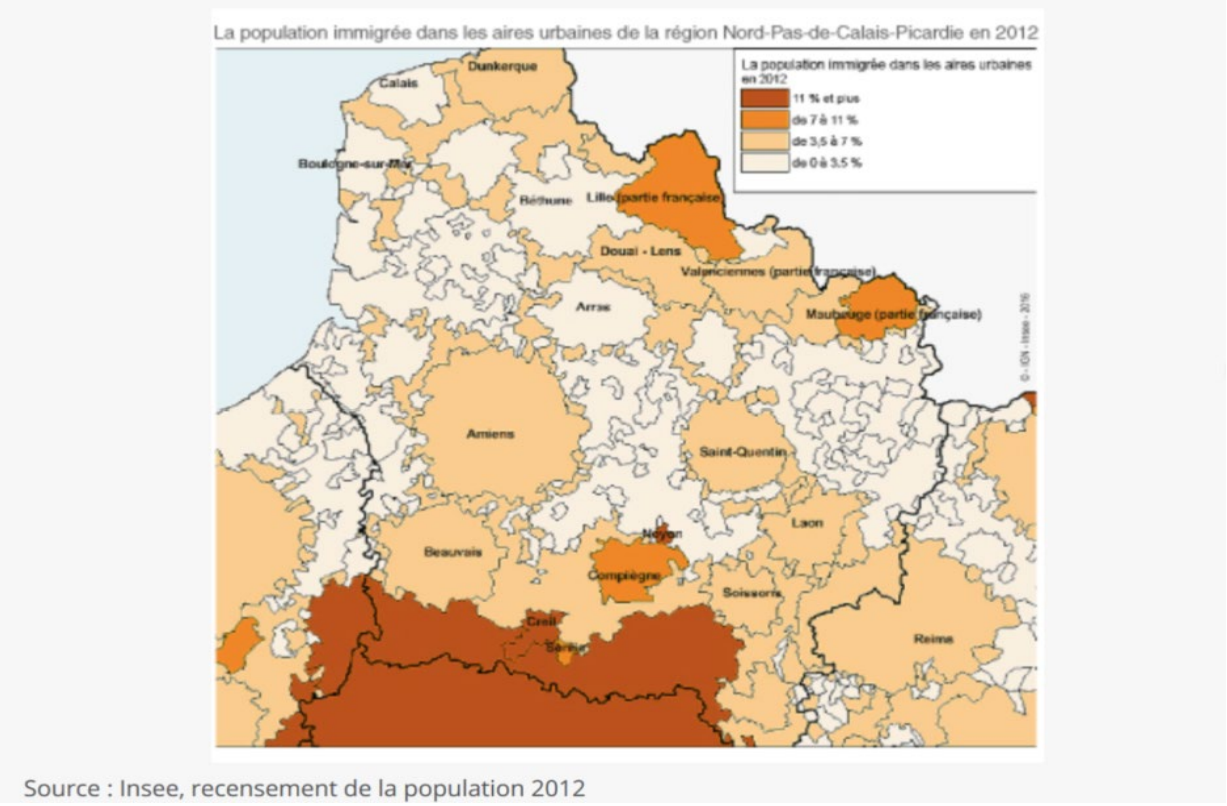
Source : Insee, Enquête annuelle de recensement 2019.

6,5 millions de personnes immigrées vivaient en France, soit 9,7 % de la population totale dont 37 % ayant acquis la nationalité française. La population étrangère vivant en France s'élève à 4,8 millions de personnes, soit 7,1 % de la population totale. Elle se compose de 4,1 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de 0,7 million de personnes nées en France de nationalité étrangère. 1,7 million de personnes sont nées de nationalité française à l'étranger. Avec les personnes immigrées (6,5 millions), au total, 8,2 millions de personnes vivant en France sont nées à l'étranger, soit 12,3 % de la population.

Parmi les immigrés arrivés en 2018, les femmes sont majoritaires (51 %), en particulier parmi ceux originaires de Chine (67 %), des pays d'Asie du Sud-Est (56%), du Maroc (56 %), d'Algérie (55 %), et des pays d'Europe hors Union européenne (55 %). La migration concerne principalement les immigrés d'âges actifs. Parmi ceux arrivés en France en 2018, 18% avaient moins de 15 ans, 27% entre 15 et 24 ans, 48% entre 25 et 54 ans et 7% plus de 55 ans.

Les immigrés récents s'installent généralement à proximité des immigrés déjà présents en France. Trois quarts (74 %) des immigrés arrivés en 2018 résident dans une ville de plus de 10 000 habitants. 28 % s'installent en Ile-de-France, 14 % en Auvergne-Rhône-Alpes, 10 % en Occitanie et 9 % dans le Grand-Est.

Les immigrés arrivés récemment ont des niveaux de diplômes plus polarisés que la population générale, c'est-à-dire avec des proportions plus fortes de peu diplômés et de diplômés du supérieur. Parmi les immigrés âgés de 15 ans ou plus arrivés en France en 2018, 30 % sont titulaires au plus d'un diplôme de niveau brevet des collèges ; 27 % d'un diplôme du secondaire et 43 % d'un diplôme du supérieur, dont 37 % au-delà d'un Bac + 2 (supérieur long). Les femmes immigrées sont plus diplômées que les hommes immigrés : 46 % des femmes immigrées sont diplômées du supérieur, contre 39 % des hommes immigrés. 45 % des immigrés originaires d'Asie sont titulaires d'un diplôme du supérieur, contre 43 % de ceux originaires d'Europe et 39 % d'Afrique.




*Cartographie de la population immigrée dans la région des Hauts de France en 2012*

La population issue de l'immigration se concentre principalement dans les grandes villes et près de la frontière belge. Ainsi, près de 29 % de la population immigrée est regroupée dans six communes : Lille, Roubaix, Tourcoing, Villeneuve d'Ascq, Amiens et Creil. Avec 25 230 personnes, la commune de Lille rassemble à elle seule 8,7 % des immigrés de la région. La situation géographique de Calais et Grande-Synthe participe à la concentration de migrants internationaux, souhaitant pour la plupart se rendre en Grande-Bretagne. La préfecture du Pas-de-Calais, a recensé 6901 migrants dans le camp créé au printemps 2015.

La population immigrée représentait 4,8 % des habitants des Hauts de France, soit 288 700 individus, contre 8,7 % au niveau national.

**Annexe 3 : Les textes de loi**

### La Charte du patient Hospitalisé :

*« L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches). Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. »*

### Article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé :

I.-Le chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé :
« Art. L. 1110-13.-La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.
« Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.
« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »
II.- Le 5° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

**Annexe 4 : Définitions**

**Migrant :** personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.

**Immigré :** personne née dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés pour le recensement démographique (INSEE). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

**Étranger :** personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

**Exilé :** personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

**Demandeur d'asile :** personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

**Réfugié :** personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés.

**Sans-papiers ou clandestin :** étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papiers ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

**Annexe 5 : Protection maladie**

En France, l'accès aux soins est organisé selon le dispositif suivant :

**Protection universelle maladie (PUMA)** : mise en vigueur depuis le 1er juillet 2016, remplace la couverture médicale universelle (CMU) de base. Il s'agit d'une protection maladie pour la prise en charge des frais médicaux, vivant en France en situation régulière et depuis au moins trois mois (sauf pour les demandeurs d'asile, qui sont dispensés de cette dernière condition).

**Complémentaire Santé Sociale (CSS)** : remplace la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire Santé (ACS). Les personnes qui ont de faibles ressources (et ne peuvent donc pas souscrire une mutuelle ou une assurance complémentaire privée) peuvent bénéficier de la CSS. Elle permet le remboursement de la part complémentaire des dépenses de santé. Cela signifie que cette aide rembourse ce qui n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

**Aide médicale de l'État (AME)** : dispositif de protection maladie destiné aux personnes qui n'ont pas de titre de séjour et qui disposent de faibles ressources. Ce dispositif permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources. Concernant les enfants mineurs, ils bénéficient sans délai de l'AME même si le parent ne remplit pas les conditions de résidence de plus de 3 mois en France. Une fois attribuée, l'AME est accordée pour 1 an. Le renouvellement doit être demandé chaque année.

**Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) :** sans argent et sans protection maladie, seules ces permanences de l'hôpital public peuvent délivrer des soins nécessaires.

**<u>Annexe 6:</u> Eléments contenus dans le Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques de la HAS *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé* en Octobre 2017.**

**L'interprétariat dans le domaine de la santé** :

L'interprétariat dans le domaine de la santé *« garantit aux professionnels [intervenant dans le parcours de santé des personnes allophones] les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions. »*

L'interprétariat dans le domaine de la santé *« garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression [et de compréhension] afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins. »*

**L'interprète dans le domaine de la santé** :

L'interprète dans le domaine de la santé *« exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes 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.*

*Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical […] :*
- *restitue dans la langue cible le discours (les propos) exprimé dans la langue source, en termes de contenu, de niveau de langue, d'intention, de tonalité, […] ;*
- *retranscrit avec justesse – autant que possible – les nuances, les traits d'humour, les émotions, […] ;*
- *veille à la compréhension entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits ;*
- *utilise des compétences non seulement linguistiques, mais aussi interculturelles ainsi que des connaissances spécifiques aux principaux champs d'intervention.*

*Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical […] :*
- *est spécialiste des échanges verbaux ; il travaille en temps réel ; sa prestation est destinée exclusivement à l'audition directe et immédiate ;*
- *ne peut exercer autrement qu'en présence des parties au cours de consultations et d'entretiens individuels, ou de réunions en comité restreint, en face-à-face ou téléphoniques ;*
- *pratique essentiellement l' « interprétation consécutive » : ce mode opératoire nécessite un discours scindé par séquences pour que l'interprète en restitue le contenu, au fur et à mesure, et par intervalles réguliers ;*
- *intervient pour imposer un temps de traduction, et ce dans l'attention du maintien de la fluidité des échanges entre les parties.*

*De manière spécifique, l'interprète médical […] :*
- *exerce son activité au sein d'une diversité d'institutions et de lieux ;*
- *exerce son activité entre des usagers non ou peu francophones, et les acteurs professionnels notamment des services publics, administrations, associations, (ou exerçant en privé), qu'ils soient travailleurs sociaux, médecins, soignants, […] ;*
- *intervient au sein d'une relation souvent asymétrique, entre les professionnels des différents domaines et les usagers dans une position de besoins et de demandes. »*

**Interprète professionnel :** Tout d'abord le terme « interprète » fait référence à une personne qualifiée pour exercer la fonction d'interprète, c'est-à-dire à l'interprétariat professionnel. Le mot « professionnel » fait référence aux professionnels de santé, du secteur médico-social et social intervenant dans le parcours de santé de patients/usagers ne parlant pas une même langue qu'eux. Le terme « usager/patient » fait référence aux personnes prises en charge dans le système de santé.

**Moyens de surmonter l'obstacle linguistique *(liste non exhaustive)*** :

| Moyens de communication | Limites et risques |
|---|---|
| Recours à un tiers non formé à l'interprétariat | • le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes) ;<br>• non maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par le tiers non formé à l'interprétariat :<br>◗ non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat,<br>◗ non maîtrise de la posture d'un tiers en retrait ;<br>• un transfert de responsabilités et une perte d'autonomie du patient /usager vers son entourage sur-sollicité. Le rôle d'accompagnant est ainsi mis à mal. |
| Recours à une langue tierce (par exemple, l'anglais) | • souvent une maîtrise partielle de la langue commune et non une pleine maîtrise et donc une difficulté à employer le vocabulaire adéquat et les nuances nécessaires aux propos, amenant à une communication très appauvrie et restreinte, inadaptée à des situations médicales. |
| Pictogrammes | • communication unilatérale ;<br>• les pictogrammes ne sont pas universels ;<br>• les pictogrammes ne permettent pas de vérifier la compréhension par la reformulation, et comportent donc des risques d'incompréhension non maitrisés ;<br>• difficiles à utiliser par des personnes non habituées à ce mode de communication. |
| Sites de traduction en ligne | • communication unilatérale, dans la plupart des cas ;<br>• ne sont pas adaptés pour toutes les langues et plus particulièrement les langues rares. Ils comportent des risques des traductions erronées, sources de malentendus et de mauvaises compréhensions ;<br>• ce sont des « dictionnaires », ayant de capacités très limitées en création de phrases. Il n'est pas possible d'y avoir recours avec l'objectif de communiquer ;<br>• réponses binaires sans possibilité d'apporter des nuances ou précisions, par exemple sur des antécédents ;<br>• les logiciels de traduction effacent la dimension humaine des fonctions de l'interprète et ne permettent pas à l'intervenant médical ou social d'être pleinement disponible dans la consultation. |

## Les structures françaises disponibles dans l'interprétariat professionnel et leurs coordonnées *(liste non exhaustive)* :

| National | Téléphone et mail |
|---|---|
| **ISM Interprétariat** (Inter Service Migrants)<br>90, avenue de Flandre<br>75019 PARIS<br>Couverture téléphonique sur tout le territoire (métropole et outre-mer) | 01 53 26 52 62<br>http://www.ism-interpretariat.fr/ |

| Région et Structure | Téléphone et mail |
|---|---|
| **GRAND EST** | |
| **MSA,** Migrations Santé Alsace<br>24, rue du 22 novembre<br>67 000 STRASBOURG | 03 88 22 60 22, migrationssante@free.fr<br>www.migrationssante.org,<br>rdvinterprete@migrationssanté.org (pour la prise des rendez-vous d'interprétariat)<br>Si non, contact@migrationssante.org |
| **ISM EST**<br>44, avenue des Deux-Fontaines<br>57 000 METZ | 03 87 31 77 77<br>Interprétariat direct 03 87 30 03 51<br>http://ism-est.net |
| **NOUVELLE-AQUITAINE** | |
| **Mana**<br>Soins psychothérapeutiques et prévention auprès des populations migrantes<br>20, quai de la Monnaie<br>33 800 BORDEAUX | 06 73 40 83 49<br>http://www.cliniquetransculturelle-mana.org<br>mana.interpretariat@gmail.com |
| **BRETAGNE** | |
| **RLG**, Réseau Louis Guilloux<br>12ter, avenue de Pologne<br>35 200 RENNES | 02 99 32 91 57<br>http://www.reseauvillehopital35.org/ |
| **CENTRE VAL DE LOIRE** | |
| **Accueil et promotion**<br>Service Migrants<br>5, rue Samson<br>18 000 BOURGES | 02 48 70 99 23<br>accueil-et-promotion@wanadoo.fr |

| Région et Structure | Téléphone et mail |
|---|---|
| **BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ** | |
| **AAMI 70,** association Accompagnement Migration Intégration<br>6, cours François-Villon<br>70 000 VESOUL | 03 84 75 36 27<br>aami70@wanadoo.fr |
| **îLE-DE-FRANCE** | |
| **ISM Interprétariat**<br>rue du Faubourg Saint Martin<br>75 010 PARIS | 01 53 26 52 50,<br>www.ism-interpretariat.com |
| **OCCITANIE** | |
| **Cofrimi**, conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations<br>108, route d'Espagne<br>31 100 TOULOUSE | 05 34 60 12 71<br>http://www.cofrimi.com |
| **PAYS DE LA LOIRE** | |
| **Aptira**, association pour la promotion et l'Intégration dans la région d'Angers<br>35, rue Saint-Exupéry<br>49 100 ANGERS | 02 41 88 64 33<br>http://aptira.org/ |
| **Asamla**, association santé migrants Loire-Atlantique<br>49-51, chaussée de la Madeleine,<br>44 000 NANTES | 02 40 48 51 99<br>http://www.asamla.fr/ |
| **PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR** | |
| **Centre Osiris**, association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique<br>10, boulevard Cassini<br>13 004 MARSEILLE | 04 91 91 89 73<br>http://www.centreosiris.org |
| **ISM Méditerranée**<br>1, boulevard Garibaldi<br>13 001 MARSEILLE | 04 91 92 56 44<br>ismm@wanadoo.fr |

| Région et Structure | Téléphone et mail |
|---|---|
| **AUVERGNE RHÔNE-ALPES** | |
| **Adate**<br>5, place Sainte-Claire<br>38 000 GRENOBLE | 04 76 44 46 52<br>www.adate.org |
| **Addcaes,** association départementale pour le développement et la coordination des actions auprès des étrangers de la Savoie<br>259, place René Vair<br>BP 3126 Le Biollay<br>73 031 CHAMBERY | 04 79 72 43 49<br>http://www.addcaes.org/ |
| **ISM Corum**<br>32, cours Lafayette<br>69 421 LYON | 04 72 84 78 99<br>http://www.ismcorum.org/ |

## **Annexe 7:** Les notices d'information

### 1. En Français

**NOTICE D'INFORMATION**
**ETUDE DESCRIPTIVE SUR L' IMPACT DE LA BARRIERE DE LA LANGUE SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE AUX URGENCES**

**Promoteur :** Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
**Investigateur principal :** Dr REGANY Khalid (Praticien Hospitalier), Mme AZOUGHAG Salma (Interne), hôpital Saint Vincent de Paul, service des Urgences Adultes, Boulevard de Belfort, 59000 Lille.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à un travail de recherche, nécessitant l'utilisation de vos données qui seront récoltées lors de votre consultation aux urgences. Ces données seront codifiées (pseudo-anonymes). Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière codée sans mention du nom ni du prénom.

**OBJECTIF DE LA RECHERCHE**

L'objectif est de déterminer si la barrière de la langue influence la prise en charge médicale aux urgences adultes.

**VOTRE PARTICIPATION A LA RECHERCHE**

Votre participation consistera à donner votre accord pour l'utilisation des données recueillies dans le cadre du soin lors de votre consultation aux urgences. Il n'y aura pas de modification dans la prise en charge habituelle de la part des équipes médicales des urgences.

**BENEFICES POSSIBLES**

Il n'y a aucun bénéfice direct à participer à cette étude mais cela permettra d'améliorer l'organisation de notre service.

**DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision. Ni vos relations avec l'équipe médicale ni votre prise en charge future ne seront affectées par votre décision.

Votre participation à la recherche sera sans frais pour vous et vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation. Nous laissons à votre disposition le formulaire de non opposition et celui d'opposition en fonction de votre choix.

**CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS**

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Votre participation à cette étude se fera conformément à la législation relative au respect de votre vie privée.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière codées sans mention du nom ou du prénom. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée, vous pouvez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche, selon votre choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignerez à cet effet.

Par la présente, vous délivrez une autorisation de l'utilisation de vos données personnelles au seul organisme responsable de l'étude. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Enfin, ce protocole est conforme à la méthodologie de référence édictée par la CNIL dans le traitement des données.

**RESULTATS DE LA RECHERCHE**

Une fois les données de recherche collectées, elles seront traitées, analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera respectée. Si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé(e) des résultats globaux de l'étude.

**CONTACT POUR PLUS D'INFORMATIONS**

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, ou si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données, n'hésitez pas à vous adresser au médecin en charge de la recherche :
Dr REGANY Khalid à l'adresse mail suivante : Regany_Khalid@ghicl.net

**Ou**

Correspondant Informatique et Libertés Recherche
Hôpital Saint Philibert – Département de la Recherche Médicale
Rue du Grand But – BP 249 59 462 LOMME CEDEX

Page 1 sur 1

2. En anglais :

GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE

**INFORMATION NOTICE**
**DESCRIPTIVE STUDY ON THE IMPACT OF THE LANGUAGE BARRIER ON THE EMERGENCY MEDICAL CARE**

**Promoter:** Group of Hospitals of the Catholic Institute of Lille
**Principal Investigator:** Dr. REGANY Khalid (Hospital Practitioner), Mrs. AZOUGHAG Salma (Internal), Saint Vincent de Paul Hospital, Adult Emergencies Department, Boulevard de Belfort, 59000 Lille.

Dear,

We propose you to participate in a thesis work, requiring the use of your data that will be collected during your consultation in the emergency room. These data will be codified (pseudo-anonymous). They will be transmitted under conditions guaranteeing their confidentiality, that is to say in a coded manner without mention of the name or surname.

**OBJECTIVE OF THE RESEARCH**

The objective is to determine if the language barrier influences medical care in adult emergencies.

**YOUR PARTICIPATION IN RESEARCH**

Your participation will be to agree to the use of the data collected as part of the care during your emergency consultation. There will be no change in the usual care on the part of emergency medical teams.

**POSSIBLE BENEFITS**

There is no direct benefit to participating in this study but it will improve our care.

**DECISION TO PARTICIPATE IN RESEARCH**

You are free to accept or refuse to participate in this research. You can refuse or withdraw from the search at any time without having to give the reason for your decision. Neither your relationship with the medical team nor your future care will be affected by your decision.

Your participation in the research will be free of charge for you and you will not receive any compensation for this participation.

We leave at your disposal the form of no opposition and that of opposition.according to your choice.

**CONFIDENTIALITY AND PROTECTION OF PATIENTS**

This research is carried out in compliance with the rules of good clinical practice and the national legislation in force.

Your participation in this study will be in accordance with the law relating to the respect of your private life.

Your health data will be processed by computer for the scientific evaluation of the research. They will be transmitted in conditions guaranteeing their confidentiality, that is to say in a coded way without mention of the name or the first name. Under articles 39, 40 and 56 of the law n ° 78-17 of the 06 January 1978 Informatique et Libertés modified, you can exercise your various rights including that of access, interrogation, rectification and opposition concerning the Medical confidentiality is waived by the doctor who proposes to participate in the research. In addition, in accordance with Article L.1111-7 of the Public Health Code, the health data concerning you may be provided to you by the research doctor, at your option, directly or through a doctor you appoint for this purpose.

You hereby issue an authorization for the use of your personal data to the sole body responsible for the study. These data may also, under conditions ensuring their confidentiality, be transmitted to the health authorities, to other entities of this body, responsible for the study.

Finally, this protocol complies with the reference methodology enacted by the CNIL in data processing.

**SEARCH RESULTS**

Once the research data has been collected, it will be processed and analyzed by qualified personnel for this task. The confidentiality of the data will be respected. If you wish, you may also be informed of the overall results of the study.

**CONTACT FOR MORE INFORMATION**

If you have any questions about this research, or if you wish to oppose the use of your data, do not hesitate to contact the doctor in charge of the research:

Dr REGANY Khalid at the following email address: Regany_Khalid@ghicl.net

**Or**

Correspondent Informatique et Libertés Search
Saint Philibert Hospital - Department of Medical Research
Grand Purpose Street - BP 249 59 462 LOMME CEDEX

3. En arabe :

GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE

**إشعار المعلومات**

دراسة وصفية حول تأثير الحاجز اللغوي على الرعاية الطبية الطارئة

**المروج**: مجموعة من مستشفيات المعهد الكاثوليكي في ليل

**الباحث الرئيسي**: د. رجاني خالد (طبيب ممارس) ، السيدة أزوغاج سلمى (داخلي) ، مستشفى سانت فنسنت دي بول ، قسم الطوارئ للبالغين ، بوليفارد دي بلفور ، 59000 ليل.

سيداتي سادتي،

**ندعوك للمشاركة في العمل البحثي ، مما يتطلب استخدام بياناتك التي سيتم جمعها أثناء الاستشارة الخاصة بك في غرفة الطوارئ. سيتم تدوين هذه البيانات (مجهول الهوية). سيتم نقلهم في ظل ظروف تضمن سريتهم ، أي بطريقة مشفرة دون ذكر الاسم أو الاسم الأول.**

**الهدف من البحث**

**الهدف هو تحديد ما إذا كان حاجز اللغة يؤثر على الرعاية الطبية في حالات الطوارئ للبالغين.**

**مشاركتك في البحث**

ستكون مشاركتك هي الموافقة على استخدام البيانات التي يتم جمعها كجزء من الرعاية خلال استشارتك الطارئة. لن يكون هناك أي تغيير في الرعاية المعتادة من جانب فرق الطوارئ الطبية.

**الفوائد المحتملة**

لا توجد فائدة مباشرة للمشاركة في هذه الدراسة ، ولكنها ستحسن من مستوى رعايتنا.

**قرار للمشاركة في البحث**

أنت حر في قبول أو رفض المشاركة في هذا البحث. يمكنك رفض أو الانسحاب من البحث في أي وقت دون الحاجة إلى ذكر سبب قرارك. لن تتأثر علاقتك مع الفريق الطبي أو رعايتك المستقبلية بقرارك.

ستكون مشاركتك في البحث مجانية لك ولن تتلقى أي تعويض لهذه المشاركة.

نترك تحت تصرفكم شكل عدم المعارضة و المعارضة. حسب اختيارك.

**سرية وحماية المرضى**

يتم إجراء هذا البحث وفقًا لقواعد الممارسة السريرية الجيدة والتشريعات الوطنية السارية.

ستكون مشاركتك في هذه الدراسة متوافقة مع القانون المتعلق باحترام حياتك الخاصة.

ستتم معالجة بياناتك الصحية بواسطة الكمبيوتر للتقييم العلمي للبحث. سيتم إرسالها في ظروف تضمن سريتها ، أي بطريقة مشفرة دون ذكر الاسم أو الاسم الأول. بموجب المواد 39 و 40 و 56 من القانون رقم 78-17 في 6 يناير 1978 تعديل الحاسبات والحريات، يمكنك ممارسة حقوقهم الفردية الخاصة بك بما في ذلك الحق في الوصول، والاستعلام، وتصحيح والمعارضة بشأن يتم التنازل عن السرية الطبية من قبل الطبيب الذي يقترح المشاركة في البحث. وعلاوة على ذلك، وفقا للمادة L.1111-7 من قانون الصحة العامة والمعلومات الصحية عنك قد ترسل لك من قبل الطبيب للبحث، وفقا لاختيارك، إما مباشرة أو عن طريق الطبيب الذي تعينه لهذا الغرض.

أنت هنا تصدر تصريحًا لاستخدام بياناتك الشخصية للجهة الوحيدة المسؤولة عن الدراسة. ويمكن أيضا نقل هذه البيانات إلى السلطات الصحية ، إلى كيانات أخرى في هذه الهيئة ، تكون مسؤولة عن الدراسة ، في ظل ظروف تضمن سريتها.

وأخيرا ، يتوافق هذا البروتوكول مع المنهجية المرجعية التي سنتها CNIL في معالجة البيانات.

**نتائج البحث**

بمجرد أن يتم جمع بيانات البحث ، سيتم معالجتها وتحليلها من قبل موظفين مؤهلين للقيام بهذه المهمة. سيتم احترام سرية البيانات. إذا كنت ترغب في ذلك ، قد يتم إعلامك أيضًا بالنتائج الإجمالية للدراسة.

**الاتصال لمزيد من المعلومات**

إذا كان لديك أي أسئلة حول هذا البحث ، أو إذا كنت ترغب في معارضة استخدام بياناتك ، فلا تتردد في الاتصال بالطبيب المسؤول عن البحث:

الدكتور رجاني خالد على عنوان البريد الإلكتروني التالي: Regany_Khalid@ghicl.net

أو

المراسلات المعلوماتية والحريات البحث

مستشفى سانت فيليبيرت - قسم البحوث الطبية

Grand Purpose Street - BP 249 59 462 LOMME CEDEX

4. En roumain :

**ANUNȚ DE INFORMARE**
**STUDIU DESCRIPTIV PRIVIND IMPACTUL BARIERULUI LA LIMBA ÎN INGRIJIREA MEDICALA DE URGENȚĂ**

**Promotor:** Grupul de spitale al Institutului Catolic din Lille
**Investigator principal:** Dr. REGANY Khalid (practician spital), doamna AZOUGHAG Salma (intern), spitalul Saint Vincent de Paul, Departamentul de urgențe pentru adulți, Boulevard de Belfort, 59000 Lille.

Doamnă,domnule,

Vă propunem să participați la o lucrare de teză, care necesită utilizarea datelor dvs. care vor fi colectate în timpul consultării în camera de urgență. Aceste date vor fi codificate (pseudo-anonime). Acestea vor fi transmise în condiții care le garantează confidențialitatea, adică într-o manieră codificată, fără a menționa numele sau prenumele.

**OBIECTIVUL CERCETĂRII**

Obiectivul este de a determina dacă bariera lingvistică influențează asistența medicală în situațiile de urgență pentru adulți.

**PARTICIPAREA DUMNEAVOASTRA ÎN CERCETARE**

Participarea dvs. va consta în acceptarea utilizării datelor colectate ca parte a îngrijirii în timpul consultării dvs. de urgență. Nu va exista nici o schimbare în îngrijirea obișnuită din partea echipelor medicale de urgență. Participarea dvs. va consta în acceptarea utilizării datelor colectate ca parte a îngrijirii în timpul consultării dvs. de urgență. Nu va exista nici o schimbare în îngrijirea obișnuită din partea echipelor medicale de urgență.

**POSIBILE BENEFICII**

Nu există un beneficiu direct pentru participarea la acest studiu, dar va îmbunătăți grija noastră.

**DECIZIE DE PARTICIPARE ÎN CERCETARE**

Sunteți liber să acceptați sau să refuzați să participați la această cercetare. Puteți să refuzați sau să vă retrageți din căutare în orice moment fără a trebui să dați motivul pentru decizia dvs. Nici relația dvs. cu echipa medicală, nici grija viitoare nu vor fi afectate de decizia dvs.

Participarea dvs. la cercetare va fi gratuită pentru dvs. și nu veți primi nici o compensație pentru această participare.

Părăsim la dispoziție forma de opoziție și cea de opoziție, în funcție de alegerea voastră.

**CONFIDENȚIALITATEA ȘI PROTECȚIA PACIENȚILOR**

Această cercetare se desfășoară în conformitate cu normele de bună practică clinică și cu legislația națională în vigoare. Participarea dvs. la acest studiu va fi în conformitate cu legea referitoare la respectarea vieții dvs. private.

Datele dvs. de sănătate vor fi procesate de calculator pentru evaluarea științifică a cercetării. Acestea vor fi transmise în condiții care să le garanteze confidențialitatea, adică într-un mod codificat fără a menționa numele sau prenumele. În conformitate cu articolele 39, 40 și 56 din Legea nr 78-17 din 6 ianuarie 1978 modificat de calcul și libertăți, vă puteți exercita drepturile individuale, inclusiv dreptul de acces, de interogare, de rectificare și de opoziție în ceea ce privește Se interzice confidențialitatea medicală de către medicul care își propune să participe la cercetare. Mai mult decât atât, în conformitate cu articolul L.1111-7 din Codul de sănătate publică, informații despre sănătate ar putea fi comunicat de către medicul de cercetare, în funcție de alegerea dvs., fie direct, fie printr-un doctor pe care îl numiți în acest scop.

Aceste date pot, de asemenea, să fie transmise, în condiții care să asigure confidențialitatea acestora, autorităților sanitare, altor entități ale acestui organism responsabile cu studiul.

În cele din urmă, protocolul de cercetare respectă metodologia de referință a CNIL pentru prelucrarea datelor.

**REZULTATELE CERCETĂRII**

Odată ce datele de căutare au fost colectate, acestea vor fi procesate și analizate de personal calificat pentru această sarcină. Confidențialitatea datelor va fi respectată.

Dacă doriți, puteți fi informat și despre rezultatele generale ale studiului.

**CONTACT PENTRU MAI MULTE INFORMAȚII**

Dacă aveți întrebări legate de această cercetare sau dacă doriți să vă opuneți utilizării datelor, nu ezitați să contactați medicul responsabil cu cercetarea:
Dr. REGANY Khalid la următoarea adresă de e-mail: Regany_Khalid@ghicl.net
sau

Corespondent Calculatoare și Libertăți Căutare
Spitalul Saint Philibert - Departamentul de Cercetări Medicale
Scena Grand Purpose - BP 249
59 462 LOMME CEDEX

**Annexe 8: Les formulaires de non-opposition et d'opposition**

1. En français :

**FORMULAIRE DE NON OPPOSITION**

**«Etude descriptive sur l'impact de la barrière de la langue sur la prise en charge médicale aux urgences»**

Je soussigné(e), M / Mme _____, atteste avoir été informé(e) que mes données lié à mon passage aux urgences pouvaient être utilisées dans le cadre de la recherche intitulée «Etude descriptive sur l'impact de la barrière de la langue sur la prise en charge médicale aux urgences».

En ce sens, **j'accepte de participer** à l'étude et à ce que mes données soient utilisées à des fins de recherche.

Date:
Signature:

**FORMULAIRE D'OPPOSITION**

**«Etude descriptive sur l'impact de la barrière de la langue sur la prise en charge médicale aux urgences»**

Je soussigné(e), M / Mme _____, atteste avoir été informé(e) que mes données lié à mon passage aux urgences pouvaient être utilisées dans le cadre de la recherche intitulée «Etude descriptive sur l'impact de la barrière de la langue sur la prise en charge médicale aux urgences».

En ce sens, je **m'oppose à participer** à l'étude et à ce que mes données soient utilisées à des fins de recherche.

Date:
Signature:

2. En anglais :

**AGREEMENT FORM**

**«DESCRIPTIVE STUDY ON THE IMPACT OF THE LANGUAGE BARRIER ON EMERGENCY MEDICAL CARE »**

I, the undersigned, M / Ms _____, certify that I have been informed that my data related to my visit to the emergency room could be used for the research entitled Descriptive study on the impact of the language barrier on emergency medical care".

In this sense, I agree to participate in the study and to my data being used for research purposes.

date:
Signature:

**OPPOSITION FORM**

**«DESCRIPTIVE STUDY ON THE IMPACT OF THE LANGUAGE BARRIER ON EMERGENCY MEDICAL CARE »**

I, the undersigned, M / Ms _____, certify that I have been informed that my data related to my visit to the Emergency Department could be used for the research entitled " Descriptive study on the impact of the language barrier on emergency medical care".

In that sense, I oppose to participating in the study and to my data being used for research purposes.

Date:
Signature:

3. En arabe :

**استمارة المعارضة**
**" دراسة وصفية عن تأثير حاجز اللغة على مدة الرعاية في المستعجلات "**

أنا ، الموقع أدناه ، السيدة /السيد_____،

أقر بأنني قد أبلغت بأن بياناتي المتعلقة بزيارتي للمستعجلات يمكن استخدامها في البحث المعنون " دراسة وصفية عن تأثير حاجز اللغة على مدة الرعاية في المستعجلات ".

و في هذا الصدد، **أرفض المشاركة** في الدراسة و أن يتم استخدام بياناتي لأغراض البحث.

تاريخ:

التوقيع:

**استمارة القبول**
**" دراسة وصفية عن تأثير حاجز اللغة على مدة الرعاية في المستعجلات "**

أنا ، الموقع أدناه ، السيدة /السيد_____،

أقر بأنني قد أبلغت بأن بياناتي المتعلقة بزيارتي للمستعجلات يمكن استخدامها في البحث المعنون " دراسة وصفية عن تأثير حاجز اللغة على مدة الرعاية في المستعجلات ".

و في هذا الصدد، **أوافق على المشاركة** في الدراسة وأن يتم استخدام بياناتي لأغراض البحث.

تاريخ:

التوقيع:

4.En roumain :

**FORMULAR DE OPOZIȚIEI**

**"STUDIU DESCRIPTIV PRIVIND IMPACTUL BARIEREI LINGVISTICE ASUPRA ASISTENTEI MEDICALE DE URGENȚĂ"**

Subsemnatul, M / Ms _____, certific că am fost informat că datele mele referitoare la vizita mea la Departamentul de Urgență pot fi utilizate pentru cercetarea intitulată «Studiu descriptiv privind impactul barierei lingvistice cu privire la timpul de acordare a ingrijirilor medicale in situatii de urgenta ».

În acest sens, mă opun participării la studiu și utilizarii datelor mele în scopuri de cercetare.

Data:
Semnătura:

**FORMULAR DE NON-OBIECȚIE**

**"STUDIU DESCRIPTIV PRIVIND IMPACTUL BARIEREI LINGVISTICE ASUPRA ASISTENTEI MEDICALE DE URGENȚĂ"**

Subsemnatul, M / Ms _____, certific că am fost informat că datele mele legate de vizita mea în camera de urgență pot fi utilizate pentru cercetarea intitulată «Studiu descriptiv privind impactul barierei lingvistice cu privire la timpul de acordare a ingrijirilor medicale in situatii de urgenta».

În acest sens, sunt de acord să particip la studiu și datele mele să fie utilizate în scopuri de cercetare.

Data:
Semnătura:

**Annexe 9 :**

## Coefficient Kappa de Cohen :

La variabilité inter-individuelle est bénéfique pour l'homme, est cependant pénalisante dans de nombreuses disciplines scientifiques, où il est souvent nécessaire d'évaluer et d'améliorer l'accord entre des informations appliquées au même sujet. Le test non paramétrique Kappa de Cohen permet de chiffrer l'accord entre deux ou plusieurs observateurs ou techniques lorsque les jugements sont qualitatifs.

L'accord observé entre un ou plusieurs jugements qualitatifs, résulte de la somme d'une composante « aléatoire » (hasard) et d'une composante d'accord « véritable» (réel).Mais la part du hasard gêne notre appréciation. Pour contrôler ce hasard, le coefficient Kappa (K) propose de chiffrer l'intensité ou la qualité de l'accord réel. C'est un indice qui permet de « retirer » la portion de hasard ou de subjectivité de l'accord entre les techniques.

$$K = \frac{\text{Proportion d'accords observés - proportions d'accords dus au hasard}}{\text{100 - proportions d'accords dus au hasard}}$$

$$= \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

avec $P_o$ : la proportion d'accord observée ou concordance observée

$P_e$ : la proportion d'accord aléatoire ou concordance aléatoire.

| Accord | *Kappa* |
|---|---|
| Excellent | 0,81 |
| Bon | 0,80 - 0,61 |
| Modéré | 0,60 - 0,21 |
| Mauvais | 0,20 - 0,0 |
| Très mauvais | < 0,0 |

**AUTEUR : Nom : AZOUGHAG Prénom : Salma**
**Date de soutenance : le jeudi 24 septembre 2020**

**Titre de la thèse : Barrière de la langue et prise en charge aux urgences adultes : Étude transversale**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**
**Cadre de classement : Médecine générale**
**DES + spécialité : Médecine générale**
**Mots-clés : Communication malade-médecin, barrière de la langue, obstacle linguistique, non-francophone, migrants, immigrés, urgences, interprétariat**

**Contexte** : Tout médecin peut être confronté à la barrière linguistique, compte-tenu des flux migratoires des populations à travers le monde. En France, de nombreux établissements hospitaliers officient sans assistance linguistique professionnelle comme au sein de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille. Malgré que l'interprétariat professionnel soit une fonction émergente, reconnue, permettant de lutter contre les exclusions, permettant un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins. Il reste inégal selon le secteur ville-hôpital. Ainsi, la HAS et les médecins reconnaissent que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles, afin de surmonter l'obstacle linguistique. Nous faisons couramment appel aux interprètes dits informels (proches, personnel soignant ou non de l'hôpital). Toutefois cette procédure est décrite dans la littérature comme étant responsable de répercussions néfastes sur la prise en charge médicale globale. Par conséquent, nous voulons étudier l'influence de la barrière de langue dans la prise en charge médicale aux urgences adultes.

**Méthode :** Le recrutement s'est déroulé au sein du service des urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, au cours de différentes périodes entre le 1er juillet et le 09 août 2018. Une fiche informative a été remise au patient dans sa langue, par l'IAO ou l'investigateur. Le recueil des données a été réalisé par l'investigateur.

**Résultats :** Au total, 653 patients ont été inclus et répartis en deux groupes : 580 patients francophones et 73 patients non-francophones. L'âge moyen était de 42,7 ans, avec une prédominance masculine. Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de différences dans la prise en charge médicale lorsque le patient présentait un obstacle linguistique. Les motifs de consultation chez les patients non-francophones semblent plus ciblés, avec une prédominance du motif neurologique 15,1% (p-valeurs=0,002). En outre, notre étude montre que 43,8 % (p-valeurs <0,0001) des patients non-francophones sont sans emploi, que le taux de patients possédant des droits à l'Assurance maladie est significativement plus élevé dans le groupe de patients francophones (p-valeurs<0,0001).

**Conclusion :** La prise en charge médicale des adultes au sein des urgences de l'hôpital de Saint Vincent de Paul, n'est pas influencée par la barrière de la langue. Une étude de plus grande ampleur serait nécessaire afin de le corroborer dans d'autres hôpitaux. L'accès aux soins semble disparate et nécessiterait une attention particulière de la part des prestataires de soins.

**<u>Composition du Jury</u> :**
**Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**
**Assesseurs : Monsieur le Professeur David LAUNAY, Monsieur le Docteur Jean BOUQUILLON, Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI**
**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Khalid REGANY**