

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2025

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

L'impact de la barrière de la langue sur la durée de prise en charge aux Urgences adultes du Centre Hospitalier d'Arras

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Septembre
2025 à 18h au pôle recherche.

Par Kenza OUSTATI, épouse BOUSSERRA

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Pierre COFFIN

Madame la Docteure Alina CERDAC

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Enayet Zaheer EDUN

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

CH : Centre Hospitalier

CHA : Centre Hospitalier d'Arras

DREES : Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques

DGS : Direction Générale de la Santé

DROM : Département et Régions d'Outre-Mer

FRENCH : FRENch Emergency Nurse Classification in Hospital triage

HAS : Haute Autorité de Santé

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	2
REMERCIEMENTS	Erreur ! Signet non défini.
LISTE DES ABREVIATIONS	3
TABLE DES MATIERES	4
RESUME	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCTION	9
A. Le service d'accueil des urgences	9
B. La barrière de la langue	10
C. Moyens disponibles de prise en charge de l'allophonie aux Urgences	11
D. Fondements législatifs	13
E. État des lieux	15
F. Problématique	17
II. MATERIEL ET METHODES	18
A. Caractéristiques de l'étude	18
B. Recueil des données	18
C. Analyses statistiques	19
III. RESULTATS	21
A. Population générale	21
B. Patients allophones	22
IV. DISCUSSION	28
A. Constat des résultats	28
1. Moyens de recours	28
2. Motifs de prise en charge	30
3. Durée de prise en charge	32
B. Langue et qualité des soins	33
1. Monolinguisme et multilinguisme	33
2. Données manquantes	34
3. L'anglais comme langue internationale	35
C. Données de la littérature	38
1. Données générales	38
2. Sur le plan médico-économique	40

D. Méthodologie	42
E. Axes d'amélioration	44
F. Procédure standardisée	47
V. CONCLUSION.....	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
ANNEXES	57

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

RESUME

Contexte : les services d'accueil d'urgences (SAU) sont confrontés à de nombreux défis. Parmi eux, la barrière de la langue qui dans un monde en mouvement constant peut impacter les soins médicaux délivrés.

Méthodes : une étude prospective, descriptive et monocentrique a été réalisée au sein des Urgences adultes du Centre Hospitalier d'Arras sur une durée de 6 mois (du 1^{ier} Novembre 2024 au 30 Juin 2024). Parmi les 21909 consultations sur la période de l'étude, 278 consultations de patients allophones ont été recensées. Après anonymisation des données, ont été étudié la durée de la prise en charge, le motif de consultation, le taux d'hospitalisation et l'âge.

Résultats : la durée de prise en charge pour l'ensemble de la population est de 9 heures et 36 minutes contre 4 heures et 46 minutes pour les patients allophones. Il n'existait pas de comparaison statistique avec analyse de significativité possible. Pour la population allophone, la durée de prise en charge ne varie pas en fonction de la langue parlée, ni du moyen de traduction utilisé, mais les patients consultants pour des motifs de recours gastro-entérologique et pneumologique ont une durée de prise en charge plus importante. Le moyen de traduction le plus utilisé est le recours à un traducteur informel.

Conclusion : les patients allophones semblent avoir une durée de prise en charge aux urgences inférieure à celle de la population générale. Celle-ci n'était pas modifiée par le moyen de prise en charge ou la langue parlée. Les motifs de consultations de gastro-entérologie semblaient allonger la durée de prise en charge. Une étude avec un échantillon plus important et multicentrique permettrait l'obtention de résultats significatifs.

ABSTRACT

Background : Emergency departments face numerous challenges. Among these, language barriers in an ever-changing world can impact the quality of medical care.

Methods: A prospective, descriptive, single-center study was conducted in the adult Emergency Department of Arras Hospital over a six-month period (from November 1, 2024, to June 30, 2025). Among the 21,909 consultations during the study period, 278 consultations involved patients with limited proficiency in French. After anonymization of data, variables analyzed included length of stay, reason for consultation, hospitalization rate, and patient age.

Results : The median length of stay for the general population was 9 hours and 36 minutes, compared to 4 hours and 46 minutes for patients with limited proficiency in French. No statistical comparison with significance analysis was possible. Among the allophone population, length of stay did not vary according to the language spoken or the translation method used. However, patients presenting with gastroenterological and pneumological complaints had longer lengths of stay. The most frequently used translation method was informal interpreters.

Conclusion : Patients with limited proficiency in French appear to have a shorter length of stay in the emergency department compared to the general population. This was not influenced by the translation method or language spoken. Although gastroenterological complaints seemed to prolong length of stay. A larger multicenter study would be necessary to obtain statistically significant results.

I. INTRODUCTION

A. Le service d'accueil des urgences

Un service d'accueil des urgences (SAU) est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence (1).

En 2019, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), 697 structures des urgences ont traité 22 millions de passages avec une évolution croissante (2).

V. WOLFF, dans son rapport de 2016, décrit 4 formes d'urgence pouvant se cumuler entre elles : les urgences « vraies », « sociales », « ressenties » ou « légères » (3). Selon le guide pour l'organisation des urgences hospitalières produit par le ministère de la Santé en 2018, après triage et écoute active par les infirmiers d'accueil de l'orientation (IAO), les urgences ressenties doivent faire l'objet d'une prise en charge humaine éducative et organisationnelle afin d'éviter l'engorgement des SAU (4).

La prise en charge au SAU est confrontée à de nombreuses difficultés, affectant à la fois, les patients, les soignants et la qualité des soins. Parmi elles, la surcharge des services dû à une augmentation du taux de fréquentation qui s'accompagne d'un allongement du temps de passage aux Urgences. Le temps de passage aux Urgences correspond à la durée écoulée entre l'enregistrement administratif et la sortie du service (5). En 2023, la moitié des patients passent plus de 3 heures au SAU soit 45 minutes de plus qu'en 2013. Cet allongement de la durée de prise en charge est multifactoriel dépendant de certains facteurs identifiés tels que l'âge avancé, la

présence de nombreuses comorbidités, les consultations en horaires non ouvrables et la gravité clinique (6).

A l'issue de la prise en charge médicale, le patient est orienté en fonction de son diagnostic final soit vers un retour à domicile dans la majorité des cas, soit vers une hospitalisation ou un transfert dans 25% des cas. Les décès sont relativement rares et constituent 0,1% des passages. Un séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) est aussi envisageable dans certains cas. Cette unité fait partie intégrante de la structure des urgences. C'est une unité destinée à accueillir les patients en observation, pour de la surveillance et de la mise en adéquation entre diagnostic, gravité et parcours de soins (6).

B. La barrière de la langue

Dans un contexte de mondialisation accrue, la diversité linguistique constitue désormais un enjeu majeur, en particulier dans le domaine de la santé.

L'allophonie désigne la situation d'une personne dont la langue maternelle n'est pas celle du pays où elle vit. Ce terme est emprunté aux usages institutionnels (éducation, santé, migration) sans connotation identitaire ou administrative, et est utilisé ici dans le sens strictement fonctionnel (7).

En 2023, l'Institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE) estimait à 7,3 millions le nombre d'immigrés en France, majoritairement originaires d'Afrique et d'Europe (8). Les données relatives à la maîtrise de la langue française par les personnes immigrées demeurent limitées. Une étude menée par la Direction générale des étrangers (DGS) en France révèle tout de même que 4 ans après leur arrivée sur le territoire, 86 % des primo-arrivants utilisent le français dans leur sphère privée. En revanche, 6 % d'entre eux continuent à ne parler que d'autres langues.

Cette pratique linguistique varie selon l'origine géographique : près de 20 % des primo-arrivants issus de pays d'Asie non francophone déclarent n'utiliser que leur langue d'origine dans leur vie quotidienne (9).

De nombreuses études reconnaissent la diversité linguistique comme un facteur pouvant constituer un obstacle à l'accès et à la qualité des soins de santé (10). Plusieurs travaux suggèrent notamment que les patients allophones bénéficient d'un accès plus limité aux soins préventifs que la population générale : moindre dépistage des cancers colorectal et utérin ou soins prénataux de qualité diminuée (11–14). La qualité de la prise en charge médicale est associée à un risque accru de mauvaise compréhension entre soignant et soigné, un moindre recours aux soins communs et donc un recours plus important aux services d'urgences (15–17).

Selon un rapport de Médecins du Monde, 22 % des patients allophones identifient la langue comme un frein à l'accès aux soins. Ce constat est corroboré par une étude observationnelle menée aux urgences pédiatriques où les parents hispanophones se sentent souvent dépossédés de leur rôle de parents dans la relation de soin lorsqu'ils ne comprennent pas la langue. Le manque de communication claire génère stress, insécurité et méfiance, pouvant nuire à la qualité perçue et réelle de la prise en charge pédiatrique (18). Du côté des soignants, la barrière linguistique est également perçue comme un obstacle majeur à la qualité des soins prodigués (19–22).

C. Moyens disponibles de prise en charge de l'allophonie aux Urgences

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

A disposition du personnel des urgences, il existe déjà dans certains services des livrets faciles à lire et à comprendre (FALC), constitués de pictogrammes initialement utilisés pour les patients malentendants ou non communicants dont l'usage est détourné pour la communication avec les patients allophones. Les traducteurs numériques comme Google traduction® notamment, sont aussi largement utilisés dans le contexte de barrière de la langue.

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé est défini comme la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. Il est considéré comme la méthode de traduction de référence selon la HAS (23). Elle a largement démontré son efficience à travers de nombreuses études et augmente la satisfaction des patients allophones (21,24–27).

Les possibilités de recours à l'interprétariat sont nombreuses, par rapport aux types d'interprètes (professionnels, proche, soignant), on peut distinguer :

- Les interprètes professionnels correspondent aux interprètes formés et rémunérés dans le cadre de leur exercice professionnel
- Les interprètes ad hoc correspondent au personnel soignant bilingue non formé qui intervient de manière informelle, pour lesquels il existe une liste dans la plupart des centres hospitaliers (CH). Par exemple, celle du CHA en *Annexe 1*.
- Les interprètes informels correspondent aux proches du patient qui servent de traducteurs informels

Les services d'interprétariat ne sont pas nécessairement assurés en présentiel ; des modalités à distance, telles que l'interprétariat par visioconférence ou par téléphone,

constituent des alternatives couramment utilisées. L'utilisation d'un interprète professionnel via une interface téléphonique a prouvé son efficacité (28).

Par ailleurs, dans certains établissements, une stratégie adoptée pour surmonter les barrières linguistiques consiste à encourager les professionnels de santé à acquérir des compétences dans certaines langues étrangères, dans le but de faciliter une communication directe avec les patients allophones.

D. Fondements législatifs

Les bases du consentement en médecine sont claires : tout patient a le droit à une information « claire, loyale et adaptée » afin qu'il puisse décider ou non d'apposer un « consentement libre et éclairé » aux propositions faites par les soignants (29–31).

La suppression des obstacles à ces principes afin d'assurer l'accès de tous aux droits est essentiel, et affirmé dans de nombreux textes officiels, à commencer par le serment d'Hippocrate, prononcé par chaque médecin lors de l'obtention de sa thèse d'exercice. Il stipule « *J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences* » (32).

En 2012, se met en place en France un groupe de travail permettant l'élaboration d'une charte de l'interprétariat médical et social, définissant plus clairement l'interprétariat médical et posant un cadre déontologique clair, dont les signataires sont disponibles en *Annexe 2* (23,24). Puis la loi de modernisation du système de Santé du 26 Janvier 2016, introduit pour la première fois la notion d'interprétariat médical dans le code de Santé publique. Elle précise que l'interprétariat vise 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 (34). La HAS a adopté en 2017 un

référentiel intitulé « L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé » qui s'adresse aux professionnels de santé, aux institutions et aux interprètes et associations impliquées. Il vise à fournir des orientations pour la mise en œuvre de l'interprétariat linguistique, en définissant les compétences requises, les formations appropriées et les bonnes pratiques à suivre (1).

Sur le plan européen, il n'existe pas de législation spécifique imposant l'interprétariat médical. Cependant, plusieurs instruments juridiques indirectement liés soulignent l'importance de l'accès aux soins pour tous les citoyens, indépendamment de la langue, à commencer par la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ainsi que la directive 2011/24/UE relative aux droits des patients en matière de soins de Santé (35). Bien que ces textes ne prescrivent pas explicitement l'interprétariat médical, ils établissent un cadre qui justifie sa mise en œuvre pour garantir un accès équitable aux soins, indépendamment de la langue parlée.

A l'échelle internationale, la norme ISO 21998:2020 définit les exigences et recommandations pour les services d'interprétation dans le domaine de la santé et met l'accent sur les grands principes de traduction : la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des personnes (36).

En France, l'interprétariat médical et social n'est pas obligatoire, mais plutôt recommandé. En revanche, dans d'autres pays comme les États-Unis, le recours aux interprètes médicaux est rendu obligatoire dans les établissements qui reçoivent des fonds fédéraux. Cette exigence est notamment inscrite dans la loi Obamacare, qui constitue la première interdiction fédérale de discrimination linguistique dans le secteur de la santé. Cette loi vient renforcer et appuyer des principes déjà établis dans le titre

IV du Civil Rights Act, qui vise à garantir l'égalité d'accès aux soins, sans discrimination basée sur la langue.

Malgré les exigences légales strictes relatives au recueil du consentement éclairé, une étude rétrospective publiée en 2007 a révélé que, chez les patients allophones soumis à des gestes invasifs tels que la thoracocentèse, la paracentèse et la ponction lombaire, la documentation du consentement écrit était deux fois moins complète comparativement aux patients francophones, et ce, malgré la disponibilité d'un service d'interprétariat sur place. Ce constat met en lumière les difficultés concrètes à assurer le respect effectif des droits des patients dans un contexte de barrière linguistique (37).

E. État des lieux

Le département du Nord-Pas-de-Calais, désormais part intégrante de la région Hauts-de-France, a une situation géographique particulière. Elle se situe entre la Belgique et face au Royaume Uni, qui est un carrefour stratégique des routes migratoires européennes.



Figure 1 : carte du Nord Pas de Calais (source : Cartograf)

Les flux migratoires incluent aussi bien des transits réguliers touristiques ou professionnels que des flux migratoires, avec en 2023 près de 1500 personnes vivant dans des camps informels entre Calais et Grande Synthe selon la préfecture (38).

D'après un rapport de l'INSEE de 2016 sur les données de 2012, le taux d'immigration était de 5,8 %, contre 10,2 % au niveau national. Ce taux positionnait la région 10^e sur 13 régions françaises en termes de part de population immigrée (39).

Après contact avec les cadres des différents SAU du Nord-Pas-de-Calais, un état des lieux des ressources disponibles pour les soignants en cas de patient allophones a été établi et présenté en *Annexe 3*. Les CH d'Arras, Lille et Valenciennes disposent d'un service d'interprétariat professionnel téléphonique seul. Alors que les CH de Calais et Dunkerque disposent d'un interprétariat professionnel en présentiel en heures ouvrées et un service téléphonique en horaires non ouvrables. Les autres CH disposent principalement d'une liste d'interprétariats ad hoc, dont la date de mise à jour est variable, par exemple en *Annexe 1* la liste des interprètes ad hoc du CH Arras, mis à jour pour la dernière fois en 2018.

En termes de solutions alternatives, le CH de Boulogne-Sur-Mer propose une formation interne à l'anglais, quand les CH de Hazebrouck, Valenciennes, Tourcoing et Wattrelos proposent un recours à des livrets avec des pictogrammes. Ces documents permettent la communication avec les patients malentendants ou muets dont l'utilisation est détournée pour permettre la communication avec des patients allophones.

Pour finir, la plupart des CH citent en mesures alternatives l'utilisation de Google Traduction[®] comme vecteur entre patient et professionnels de Santé.

F. Problématique

Dans ce contexte de diversification linguistique dans la région des Hauts de France, cette étude a pour but d'évaluer l'impact de la barrière de la langue sur la durée de prise en charge aux Urgences du Centre Hospitalier d'Arras.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Caractéristiques de l'étude

Cette étude a été menée au sein du service d'accueil des Urgences du Centre Hospitalier d'Arras (CHA), établissement porteur du groupe hospitalier Artois-Ternois qui incluent différentes structures de soins médico-socio-psychiatriques dans les villes d'Arras, Auxi-Le-Château, Frévent, Bapaume, Dainville, Vitry-En-Artois, Gauchin-Verloingt et Saint Pol sur Ternoise.

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et monocentrique permettant l'inclusion de patient allophone se présentant aux Urgences du CHA entre le 1^{er} Novembre 2024 et le 30 Juin 2025.

Les critères d'exclusion sont :

- Les patients mineurs
- Les patients avec signes de gravité initiaux
- Les patients avec des difficultés de communication (sourds et muets, déments, aphasiques)
- Les patientes se présentant avec une problématique gynécologique, constituant une filière séparée au sein des Urgences gynécologiques du CHA

B. Recueil des données

Lorsqu'un patient est identifié comme allophone, l'IAO renseigne un questionnaire tel que présenté en *Annexe 4*, recueillant diverses données le concernant, telles que l'âge, le pays de naissance, la langue parlée ainsi que le motif de recours, défini comme la raison, la plainte ou le symptôme à l'origine de la demande de soins. La

date de prise en charge par l'IAO, l'heure de sortie et l'orientation à la sortie sont également consignées.

Le questionnaire est rempli puis anonymisé par l'investigateur seul par des numéros allant de 1 à 278 afin de permettre son analyse.

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 groupe Artois Ternois, créée pour l'étude et dans le respect des bonnes pratiques cliniques, en vue de leur analyse statistique.

L'étude a fait l'objet d'une étude de conformité relative à la protection des données personnelles dans le cadre de la méthodologie de référence MR-003 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Le critère de jugement principal est la durée de prise en charge aux urgences entre un échantillon de patients allophones et la population générale sur la période étudiée. La durée de la prise en charge s'étendant de la prise en charge par l'IAO à la sortie administrative du SAU du CHA.

Les critères de jugement secondaire sont les facteurs influençant potentiellement la durée de prise en charge aux urgences notamment la langue parlée, le mode de traduction utilisé et le motif de consultation. Le taux d'hospitalisation est aussi comparé entre population générale et patients allophones.

C. Analyses statistiques

Dans cette étude, nous avons analysé les données recueillies auprès de 21909 consultations aux Urgences du CHA entre le 1^{er} Novembre 2024 et le 30 Juin 2025,

parmi elles, 278 consultations étaient effectuées par des patients identifiés comme allophones.

Les données concernant la population générale consultant au SAU du CHA ont été obtenues après extraction de données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). C'est un système de codage et de recueil des données médicales concernant les séjours hospitaliers. Il permet de coder des informations cliniques en données chiffrées concernant notamment le diagnostic principal, les actes médicaux et la durée de séjour (40).

Les statistiques ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS 26. Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

Une analyse descriptive des variables a d'abord été réalisée, suivie d'analyses croisées à partir du second fichier de données. Lorsque qu'une variable quantitative est croisée avec une variable qualitative comportant deux modalités, un test de Student pour échantillons indépendants est utilisé. Le temps moyen ainsi que l'écart type sont alors rapportés. Dans le cas d'une variable qualitative comportant plus de deux modalités et lorsque les effectifs sont inférieurs à 30, un test non paramétrique de Kruskal-Wallis est privilégié. En cas de différence statistiquement significative, la médiane ainsi que les premier et troisième quartiles du temps d'attente seront précisés. Enfin, pour les comparaisons multiples appariées, le test de Bonferroni sera appliqué. Le risque de première espèce alpha est arbitrairement fixé à 5 %, une différence est considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

III. RESULTATS

A. Population générale

Du 1^{er} novembre 2024 au 30 Juin 2025, il y a eu 21909 consultations au SAU du CHA, avec en moyenne 28,45% d'hospitalisations.

Le nombre d'entrées journalières varie entre 85 et 169 avec une moyenne de 126,38 entrées. En moyenne il y a 90,53 consultations externes par jour, avec un minimum de 60 et un maximum de 139. La durée de prise en charge aux urgences varie entre 4 heures et 54 minutes et 37 heures et 18 minutes avec une moyenne de 9 heures et 36 minutes.

Concernant les motifs de recours détaillés dans la *Figure 2*, la traumatologie est le motif de recours principal avec 45,49% des entrées, suivie de la gastroentérologie qui représente 16,41% des entrées.

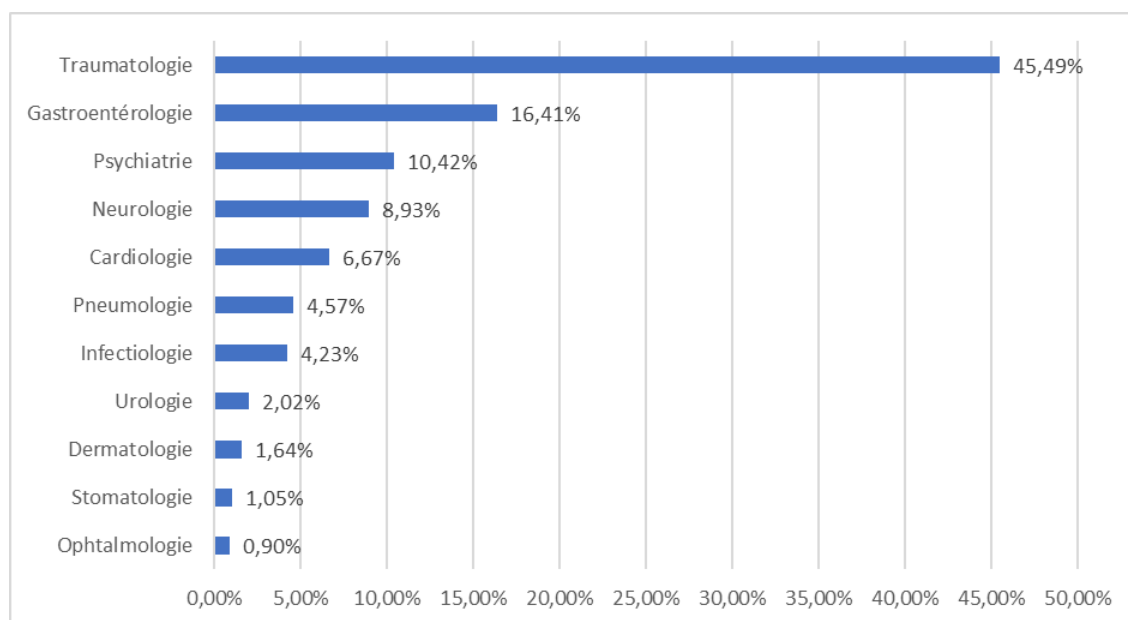


Figure 2 : Motif de consultation des 21909 entrées au SAU du CHA de Novembre 2024 à Juin 2025

Les âges de consultation sont variables et plutôt homogènes, les plus de 70 ans sont les plus représentés avec 33,14% des entrées. Les moins de 18 ans sont les moins représentés avec 15,61% des entrées.

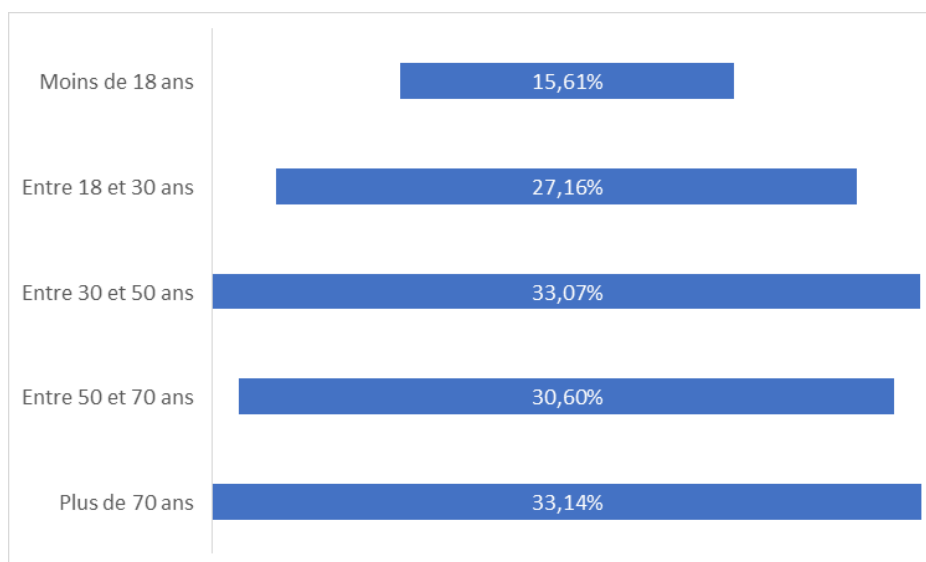


Figure 3 : Classe d'âge des 21909 patients entrés au SAU du CHA de Novembre 2024 à Juin 2025

B. Patients allophones

Durant la période de l'étude, 278 consultations effectuées par des patients allophones ont été incluses, représentant 1,27% des consultations totales.

L'âge des patients allophones varie entre 18 et 92 ans, un âge moyen de 41,63 ans et un âge médian de 38 ans. Vingt-neuf pour cent des patients considérés comme allophones sont des femmes et 71% sont des hommes.

La durée de prise en charge médicale varie entre 20 minutes et 21 heures 45 minutes. La durée moyenne de prise en charge est de 4 heures et 46 minutes et la durée médiane est de 4 heures et 9 minutes.

L'origine géographique était recensée à l'entrée et reporté sur la *Figure 4*, le pays le plus représentée est l'Afghanistan avec 29 patients soit 10,5% des entrées.

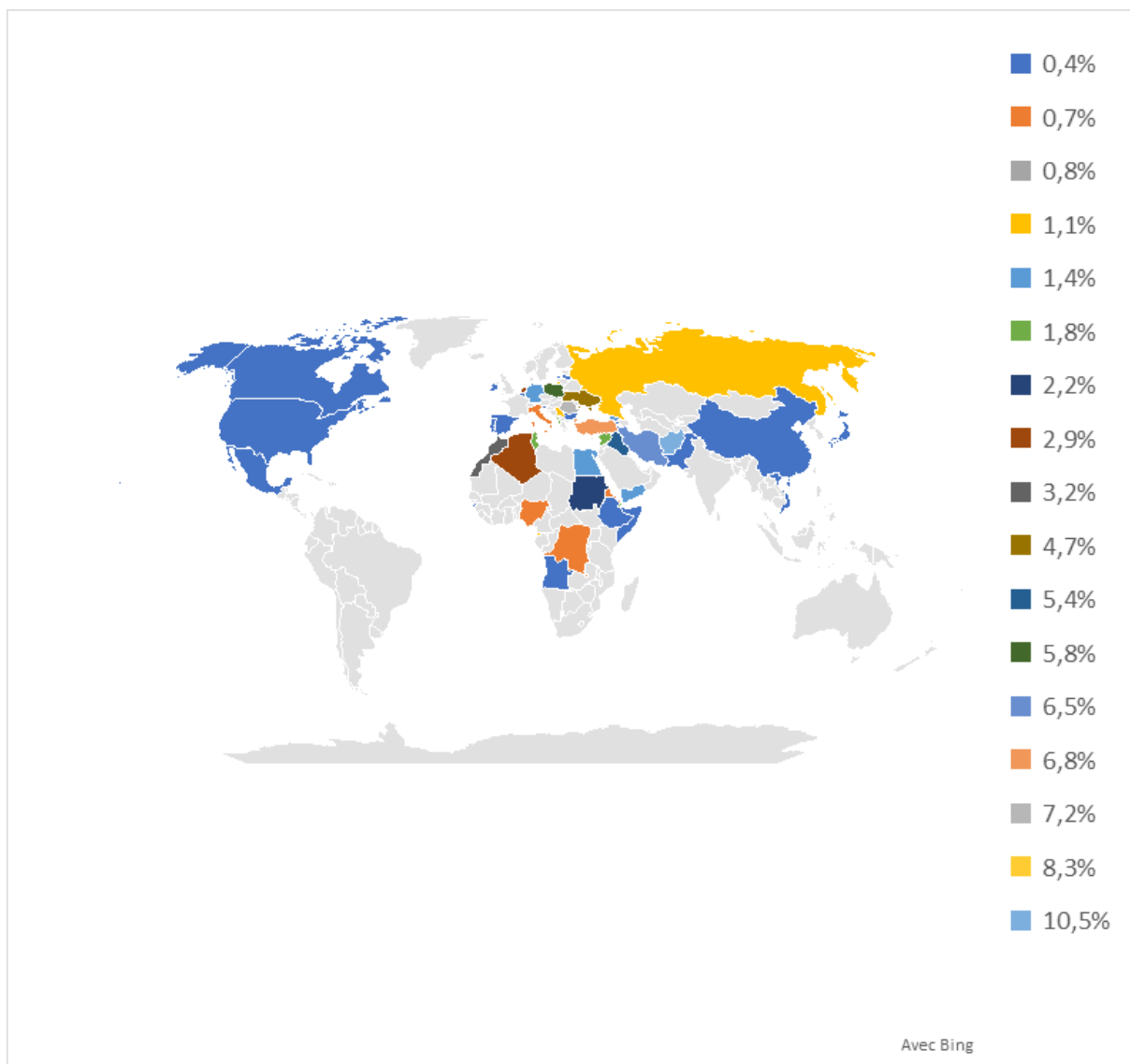


Figure 4 : Répartition géographique du pays d'origine des patients

Concernant les motifs de recours représentés en *Figure 5*, la traumatologie est la plus représentée avec 27,0% des entrées, suivie de la gastroentérologie (17,6%).

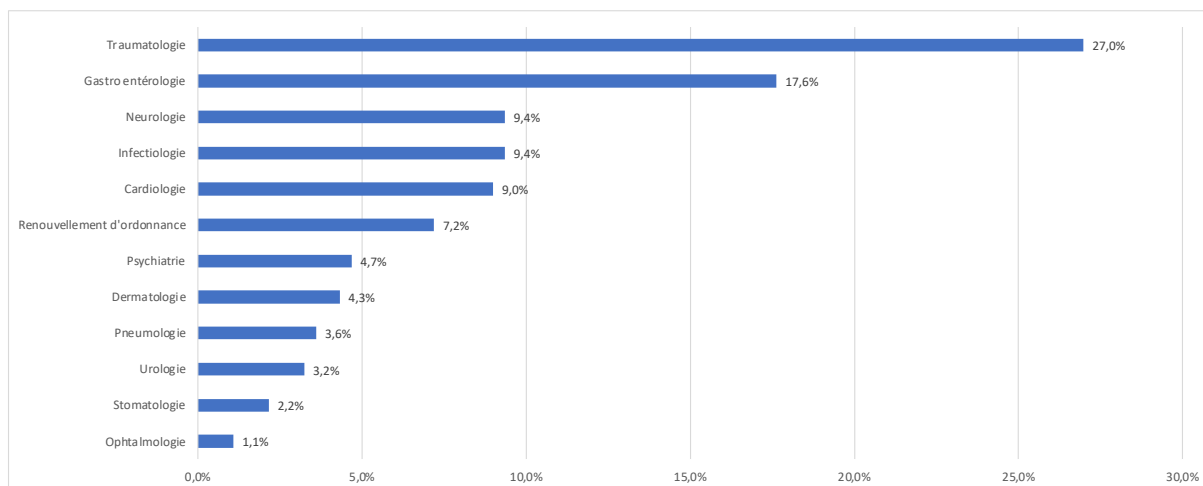


Figure 5 : Motif de consultation des 278 patients allophones consultant au SAU du CHA de Novembre 2024 à Juin 2025

Au niveau de la présence de traducteurs :

- 46,0% des patients bénéficient de l'aide d'un traducteur informel
- 11,5% utilisent Google Traduction
- 3,9% des patients bénéficient d'un interprète ad hoc
- 38,6 % n'utilisent pas de moyen de traduction

A noter, que dans l'échantillon de personnes étudiées, aucun n'a fait l'objet de l'utilisation d'un interprète professionnel malgré la présence d'un contrat avec ISM interprétariat au CHA.

La personne effectuant le recours au moyen de traduction était l'IAO dans 8% des cas, le médecin pour 15% des patients.

La répartition de la langue parlée par le patient est représentée sur la *Figure 6*. La langue majoritairement parlée est l'arabe, suivi de l'anglais et du roumain. A noter tout de même 11% de langue inconnue.

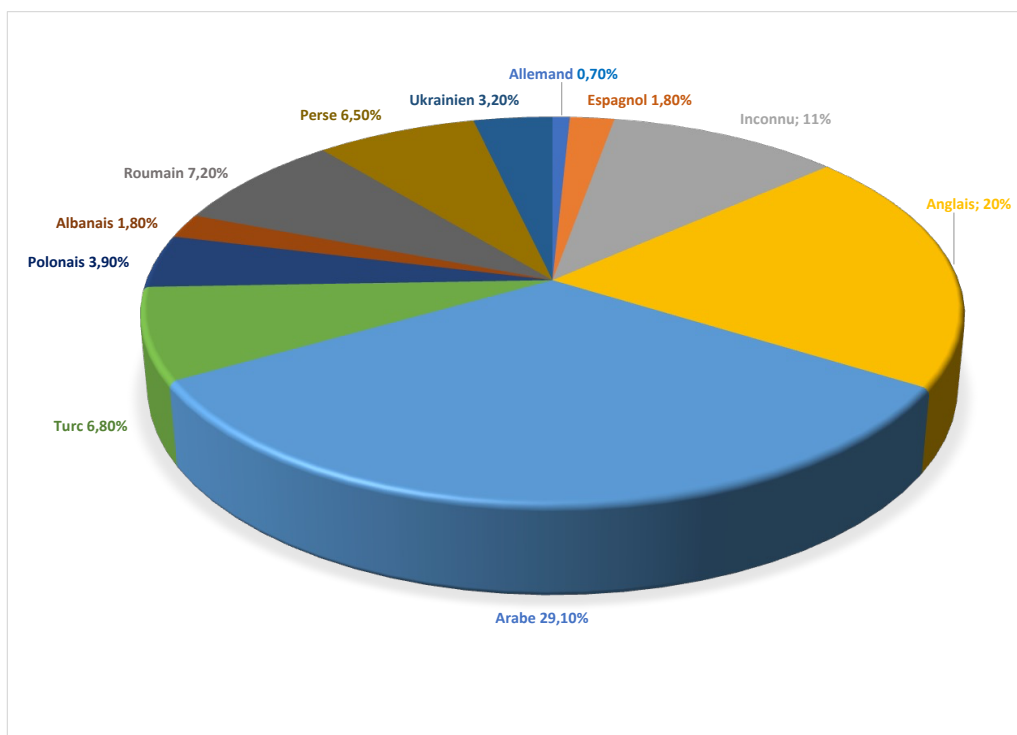


Figure 6 : Répartition de la langue parlée par le patient

Le devenir du patient est dans 80,20% des cas un retour à domicile et dans 7,90% des cas une hospitalisation (*Figure 7*). Il existe aussi dans 5,8% des cas une fugue ou une sortie contre avis médical (SCAM).

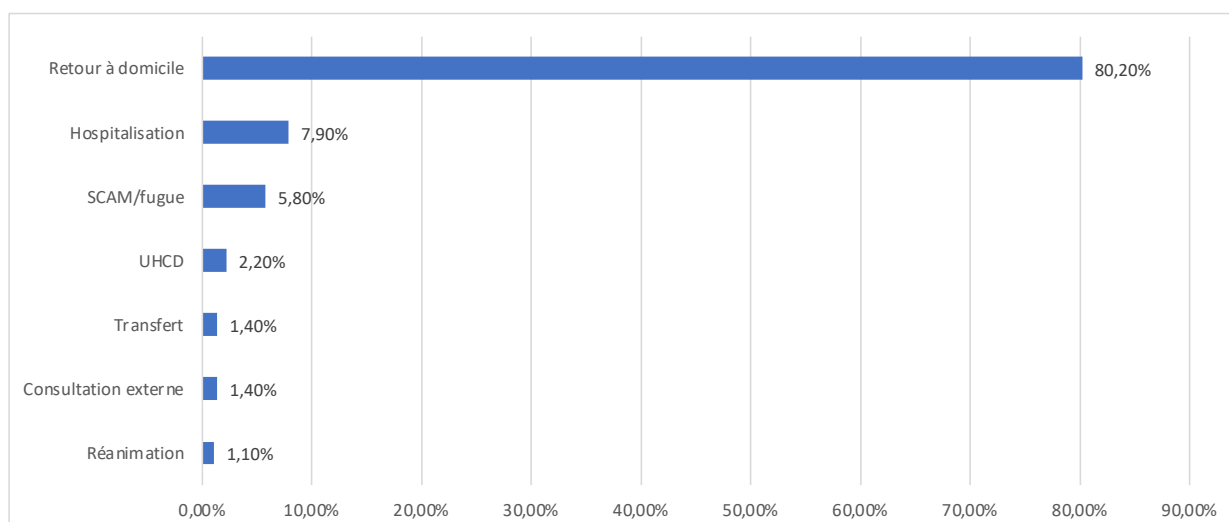


Figure 7 : Devenir des patients allophones à la sortie du SAU

Après l'analyse croisée des résultats présentée dans la *Table 1*, il n'a pas été mise en évidence de différence significative sur la durée de prise en charge aux Urgences en fonction du type d'interprétariat utilisé.

	Présence ou utilisation		p
	Oui	Non	
Traducteur informel	5 :09 ± 3 :37	4 :31 ± 3 :18	0,174
Google traduction	4 :22 ± 2 :47	4 :50 ± 3 :32	0,480
Autre ressource	4 :34 ± 3 :25	4 :56 ± 3 :29	0,385

Table 1 : Durée de prise en charge médicale des patients allophones selon la présence de moyens de traduction

Il n'y a aucune différence significative selon la langue du patient ($p=0,097$) (*Figure 8*).

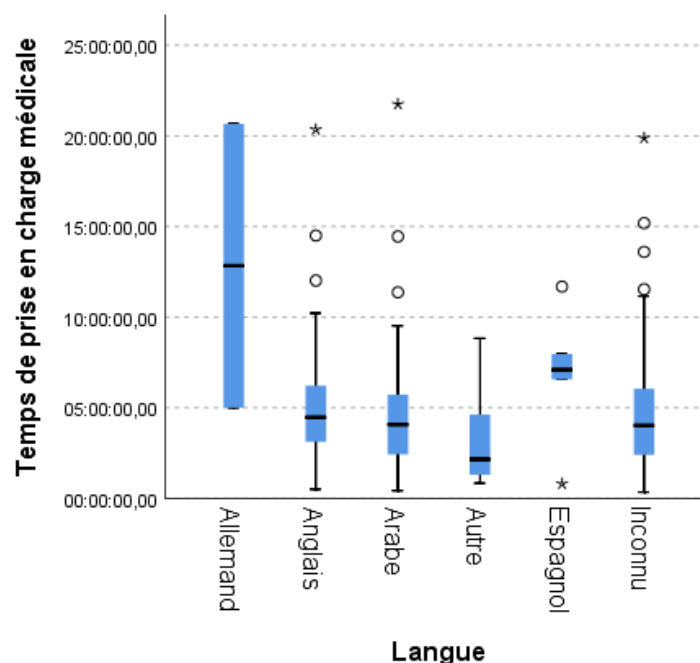


Figure 8 : Temps de prise en charge médicale chez les patients allophones selon la langue parlée

Enfin, nous avons examiné l'association entre le motif de consultation et la durée de prise en charge médicale. Une différence statistiquement significative a été mise en évidence ($p < 0,001$) (Figure 9).

Plus précisément, les comparaisons appariées montrent :

- Une différence significative entre les motifs de traumatologie et de gastro-entérologie ($p = 0,013$) ;
- Une différence significative entre les motifs de traumatologie et de pneumologie ($p = 0,011$).

Les autres comparaisons n'ont pas révélé de différences significatives.

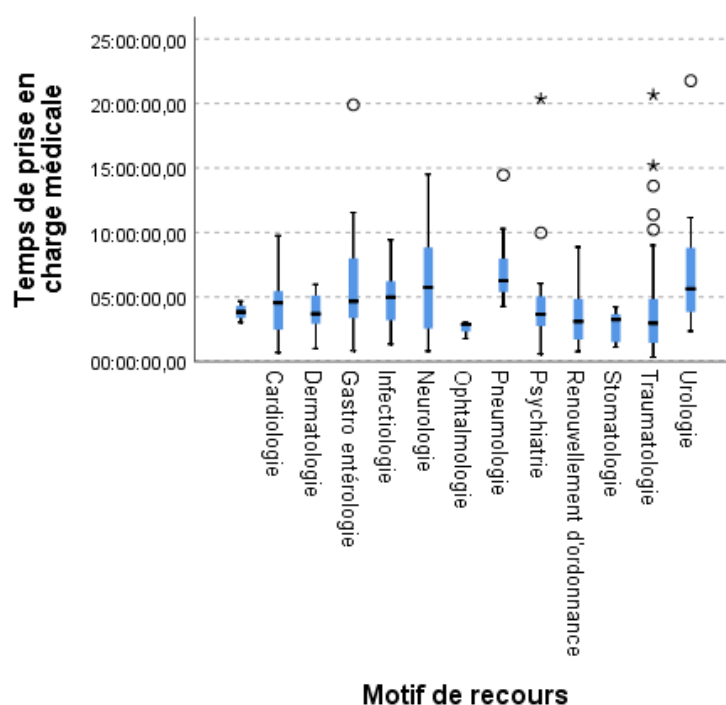


Figure 9 : Temps de prise en charge médicale des patients allophones selon le motif de consultation

IV. DISCUSSION

A. Constat des résultats

Les patients allophones semblent avoir une durée de prise en charge au SAU moins longue par rapport à la population générale du CHA.

1. Moyens de recours

Cette réduction de la durée de prise en charge peut s'expliquer, en partie, par la proportion non négligeable de consultations motivées par des demandes de renouvellement d'ordonnance, qui représentent 7,2 % des passages au SAU chez les patients allophones. Ces prises en charge, consistent en la prescription des traitements habituels de patients allophones n'ayant pas accès à un maillage de médecine de ville, sont généralement de courte durée et ne répondent pas nécessairement à un besoin médical urgent ou justifié. Elles révèlent un désordre dans l'accès aux soins primaires et posent la question de la légitimité d'un tel recours aux urgences (41,42). Plus largement, la proportion de patients dans la population générale se rendant au SAU faute de rendez-vous disponible en ville s'élève à 21% (43). Dans une étude publiée en 2006 aux SAU de la ville d'Almeria (Espagne), il est mis en évidence que pour les patients immigrés le recours aux urgences est fréquent pour des pathologies peu graves, en lieu et place d'un recours en soins primaires, ce qui pourrait indiquer un usage inadapté ou suboptimal des services hospitaliers (44). De manière générale en France, les principaux obstacles au recours aux soins sont le contexte socio-économique et la désertification médicale (45). Chez les patients non francophones, cette tendance pourrait s'expliquer par une méconnaissance du système de soins français, des références culturelles différentes en matière de recours aux soins, ainsi que par la facilité relative d'accès aux urgences. Par ailleurs,

les minorités linguistiques, qu'elles soient immigrantes ou non, rencontrent plus fréquemment des difficultés à accéder à un médecin traitant (46).

Les dispositifs de ville pour accéder aux soins médicaux pour les patients allophones sont nombreux. Parmi eux, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs mis en place en France dans la suite de la loi contre l'exclusion en 1998, pour permettre l'accès aux soins aux personnes en situation de grande précarité, souvent exclues du système de santé classique (faute de droits ouverts à l'Assurance maladie, de papiers d'identité, de domicile stable, etc.). Les objectifs de telles structures sont de fournir un accès aux infrastructures (biologie, radiologie, pharmacie) de l'hôpital, aux médicaments et aux spécialités médicales, afin de permettre un retour vers les soins de ville. Pour cela, les PASS ne sont pas forcément sur le site d'un hôpital mais sont souvent rattachées à un établissement de santé publique donc à un CH ou un centre hospitalier universitaire (CHU) (47). Dans ces structures, la proportion de patients allophones atteint les 30% et la question de la barrière de la langue est omniprésente, avec l'utilisation préférentielle d'interprètes professionnels, ne doivent rester « qu'une aide ponctuelle et ne peut pas être une pratique de référence en cas d'allophonie du patient » (48,49). On peut émettre l'hypothèse que dans les CH ayant une PASS sur le site de l'hôpital, comme c'est le cas à Dunkerque, Arras et Calais, l'accès à un interprète professionnel peu possiblement être plus simple. Concernant les patients allophones sans précarité associée, les recours en cas de problématiques médicales, les médecins généralistes, les centres de santé et le SAU semblent des recours de choix selon la gravité de la problématique. L'ensemble de ces dispositifs sont payants, avec un potentiel remboursement par l'assurance à posteriori, cependant au SAU il n'est demandé aucune avance des frais (50).

2. Motifs de prise en charge

Dans notre étude, la proportion de patients allophones sur la période étudiée est de 1,27%. Ce résultat doit être interprété avec prudence, dans la mesure où il dépend du processus d'inclusion des patients, lequel repose en partie sur une appréciation subjective de l'IAO. Cette appréciation peut varier en fonction des situations cliniques rencontrées, mais également selon les conditions propres à chaque journée (charge de travail, flux de patients, contexte organisationnel), introduisant ainsi un biais de sélection.

A l'entrée au SAU, chaque patient fait l'objet d'un triage, qui est une évaluation clinique rapide réalisée par un professionnel de santé (IAO ou médecin), visant à les classer en fonction de la gravité de leur état clinique et l'urgence des soins nécessaires. Le triage s'effectue selon l'échelle French, présentée dans *l'Annexe 5* et est un prédicteur fiable de la durée de prise en charge au SAU. Plus la sévérité clinique d'un patient est élevée plus son séjour au SAU est long en lien avec besoins accrus en ressources diagnostiques et thérapeutiques (51,52). Cependant, notre étude ne prend pas en compte le niveau de gravité initial des patients allophones, ce qui constitue une limite importante à l'interprétation des résultats. En l'absence de cette donnée, il n'est pas possible de déterminer si la durée de prise en charge observée est corrélée à une complexité médicale accrue ou si elle résulte uniquement de la barrière linguistique. La gravité clinique étant un facteur déterminant du temps passé aux urgences, son évaluation aurait permis de mieux contextualiser les écarts de prise en charge et d'apprécier de manière plus précise la part attribuable à la problématique linguistique.

Dans les 2 populations de l'étude, les principaux motifs de recours retrouvés aux urgences sont les problématiques traumatologiques et gastro-entérologiques. Ceci

est cohérent avec l'étude Urgences 2025 où les principaux motifs de recours étaient la traumatologie qui représente un tiers des passages aux urgences et la gastro-entérologie qui en représente un dixième (6).

La durée de prise en charge au SAU est aussi fonction du nombre d'actes de soins réalisés (prise de sang, radiographies, pansement par exemple). En effet dans l'étude de la Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques (DREES), il est mis en évidence qu'une consultation avec un acte de soins augmentera la durée médiane de quelques minutes, s'il y a la réalisation d'un acte à visée diagnostique (électrocardiogramme par exemple) la durée médiane augmentation d'une vingtaine de minutes. En cas d'acte d'imagerie conventionnelle (radiographie standard), il faut compter une demi-heure de plus (*Figure 10*) (53).

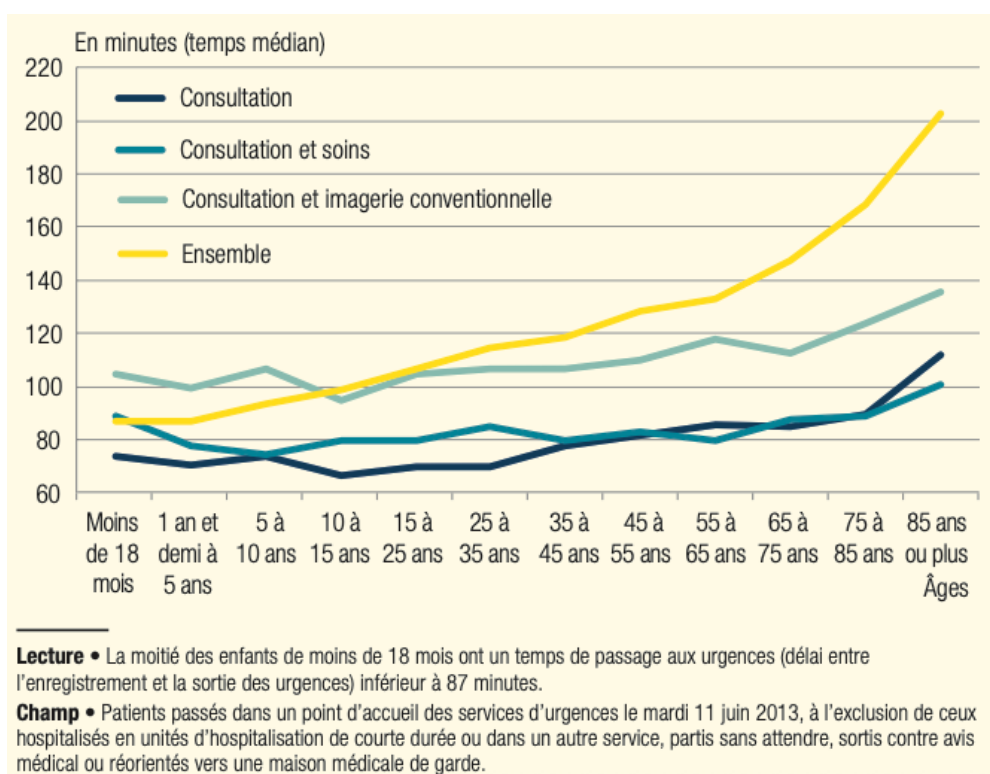


Figure 10 : temps de passage aux Urgences selon l'âge du patient et le parcours au SAU (source : DREES, enquête Urgences 2013)

3. Durée de prise en charge

Dans la population générale, il existe une majorité de patients âgés de 70 ans, cependant dans l'échantillon de patient allophones, la médiane d'âge est de 38 ans. Les patients allophones semblent donc plus jeunes que la population générale et sont en majorité des hommes, tendance déjà retrouvée dans certaines études aux USA, et dans les rapports des PASS où les immigrés semblent surtout être des hommes jeunes (34,35). Ceci peut dans une certaine mesure, expliquer une durée de prise en charge raccourcie car on sait que les patients âgés sont souvent l'objet de séjour au SAU plus long du fait des nombreuses comorbidités. Ces derniers sont aussi sujet à des hospitalisations plus fréquentes à hauteur 56 % contre 17 % chez les 15-74 ans (53).

Selon l'étude Urgences 2023, la durée médiane de prise en charge aux urgences en France s'élève à 3 heures, soit 45 minutes de plus qu'en 2013, témoignant d'un allongement préoccupant des délais au fil des années. La durée de prise en charge varie toutefois de manière significative selon les territoires. Ainsi, dans les Hauts-de-France, elle oscille entre 2 et 3 heures, à l'inverse, des régions comme les Pays de la Loire affichent une médiane de 3 heures 50 minutes, et les DROM, hors Mayotte, atteignent des durées encore plus longues, pouvant frôler les 4 heures, traduisant des disparités territoriales persistantes dans l'accès et l'organisation des soins d'urgence. (6)

Dans l'étude de la DREES de 2015, 90% des patients sont orientés et « triés » dans les 30 minutes suivants leur arrivée. Cette même étude révèle que 70 % des patients reçoivent des soins dans l'heure suivant leur arrivée, respectant ainsi la recommandation formulée par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). Il

en résulte que le délai d'attente exerce une influence limitée sur la durée totale de prise en charge au SAU. (53)

B. Langue et qualité des soins

1. Monolinguisme et multilinguisme

La question de la langue officielle d'un pays illustre bien la complexité du rapport entre politiques linguistiques et pratiques sociales. Certains États ont opté pour un monolinguisme institutionnel (par exemple la France avec le français, ou le Japon avec le japonais), tandis que d'autres reconnaissent un multilinguisme officiel (Belgique, Suisse, Canada, Cameroun, etc.) (54).

Toutefois, ce statut administratif ne reflète pas toujours la réalité linguistique vécue par les populations. Dans de nombreux pays officiellement monolingues, les habitants pratiquent en réalité un plurilinguisme quotidien, lié aux langues régionales, aux dialectes, ou aux langues issues de l'immigration. À l'inverse, dans les pays officiellement multilingues, tous les citoyens ne maîtrisent pas nécessairement les différentes langues reconnues, ce qui peut également générer des inégalités. En santé, ce monolinguisme officiel avec usage unique de la langue nationale peut constituer une barrière pour les patients allophones ou issus de minorités linguistiques, entraînant une incompréhension des consignes médicales, un retard dans l'accès aux soins ou encore une mauvaise observance thérapeutique. Dans un contexte de multilinguisme institutionnalisé, la prise en compte de plusieurs langues favorise une meilleure inclusion, mais reste soumise à des contraintes organisationnelles (formation des soignants, traduction des documents, présence d'interprètes), qui ne garantissent pas une égalité d'accès partout et en tout temps. (55,56)

2. Données manquantes

Dans un souci de non-discrimination et de l'interdiction constitutionnelle d'un référentiel ethnoracial, les données disponibles en France sur les langues parlées par les patients non francophones restent limitées (57). Dans l'étude PASS 2016, portant sur les patients consultant en PASS, chez les patients allophones les langues les plus fréquemment retrouvées étaient l'arabe (7,4 %), l'albanais (4,1 %), le créole (2,1 %), l'arménien (2,1 %) et le russe (1,9 %) (50). Dans notre étude, la majorité des patients étaient arabophones, ce qui concorde avec les données antérieures, suivis par 20 % de patients anglophones et 7,2 % de patients roumanophones.

Dans notre étude, la langue parlée n'a pas pu être identifiée dans 11 % des cas. Cette proportion non négligeable souligne une difficulté méthodologique mais surtout clinique. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : il peut s'agir de patients s'exprimant dans des dialectes rares, peu connus du personnel soignant, ou ne correspondant pas à une langue standardisée. Il peut également s'agir d'une confusion entre langues et variantes linguistiques (par exemple entre l'arabe littéral et ses différentes déclinaisons dialectales, ou entre certaines langues d'Europe de l'Est). Enfin, dans certaines situations, la barrière de communication était telle qu'aucune identification linguistique n'a été possible, le dialogue se limitant à des échanges non verbaux ou à l'utilisation de mots isolés. Au-delà de la limite scientifique que cela représente (perte d'information, classification incomplète), cette situation illustre concrètement les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de santé dans la prise en charge de patients allophones. Ne pas identifier la langue parlée empêche le recours à un interprète professionnel adapté et compromet la qualité de la communication médicale. Cette incertitude peut générer un risque d'erreurs d'anamnèse, de mauvaise compréhension des consignes médicales et, in fine, un

impact négatif sur la sécurité et l'équité de la prise en charge. Ainsi, ces 11 % d'échec de repérage linguistique témoignent de l'importance de développer des outils et des ressources permettant un repérage linguistique plus précis dès l'accueil du patient.

3. L'anglais comme langue internationale

La proportion importante de patients anglophones observée dans notre travail peut s'expliquer par le rôle de l'anglais comme langue véhiculaire à l'échelle internationale. Bien qu'il ne soit pas la langue maternelle la plus parlée, l'anglais est aujourd'hui la langue la plus utilisée dans le monde si l'on combine locuteurs natifs et non-natifs (58) (*Figure 11*). Son statut de langue seconde ou étrangère, enseignée dans la majorité des systèmes éducatifs, en fait un outil de communication privilégié dans les contextes de mobilité, de migration et d'échanges internationaux. Dans le champ médical, cette réalité se traduit par le fait que l'anglais est fréquemment employé comme langue "de recours" entre patients et soignants lorsqu'aucune langue commune n'est partagée. Il est perçu comme plus accessible, en particulier chez les jeunes générations ou les populations migrantes déjà exposées à cette langue lors de leur parcours. Ainsi, la proportion d'"anglophones" ne reflète pas seulement une origine géographique, mais davantage une utilisation fonctionnelle de l'anglais comme langue intermédiaire. Cependant, cette apparente universalité de l'anglais doit être nuancée. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un anglais approximatif, appris comme langue étrangère, avec une maîtrise souvent limitée du vocabulaire médical. Par exemple, malgré un enseignement qui débute dès l'école primaire, la France est classée 49^e sur 116 pays dans le English Proficiency Index 2024, ce qui dénote un décalage entre le temps passé à apprendre l'anglais à l'école et la compétence réelle à l'âge adulte (59).

Cette communication partielle peut entraîner des malentendus, des imprécisions dans l'anamnèse, voire des erreurs dans la compréhension des consignes thérapeutiques. Du côté des soignants, la maîtrise de l'anglais médical n'est pas systématique non plus, ce qui peut accentuer le risque d'incompréhension. Ainsi, si l'usage de l'anglais constitue une solution pragmatique pour contourner la barrière linguistique, il ne garantit pas une communication médicale optimale. Cette situation met en évidence la nécessité de recourir à des dispositifs adaptés (interprétariat professionnel, outils multilingues) afin de sécuriser l'échange et d'assurer une équité réelle dans la prise en charge des patients allophones.

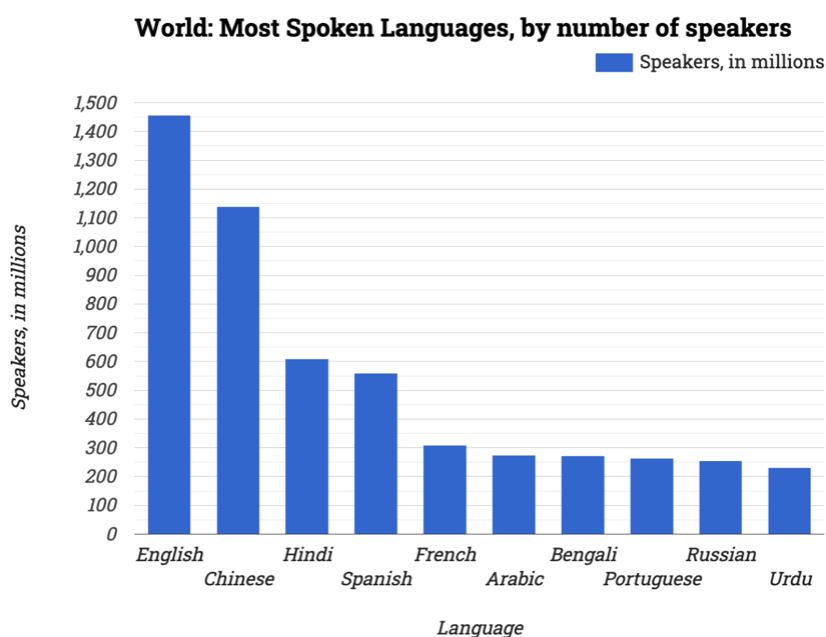


Figure 11 : langues les plus parlées en incluant les locuteurs natifs et non natifs (source : Statistco)

On peut supposer que certaines langues très représentées dans la population migrante, telles que l'arabe, l'albanais ou le turc, bénéficient d'une offre plus importante en termes d'interprètes professionnels, notamment dans les zones urbaines à forte densité démographique. En revanche, pour les langues dites rares ou

pour certains dialectes peu documentés, le recours à un interprète qualifié peut s'avérer nettement plus difficile, voire impossible en temps réel. Cette inégalité de disponibilité a un impact direct sur la prise en charge médicale : les patients parlant une langue majoritaire disposent d'une meilleure chance d'accéder à une communication de qualité, tandis que ceux s'exprimant dans une langue minoritaire sont exposés à un risque accru de mauvaise compréhension, d'anamnèse incomplète ou d'erreur thérapeutique. Cette disparité illustre la nécessité de développer des solutions alternatives (interprétariat téléphonique, outils numériques multilingues, pictogrammes), afin de limiter les inégalités liées à la rareté des ressources humaines en interprétation.

L'accueil de patients allophones aux urgences pose des défis importants en matière de qualité et de sécurité des soins. Si la barrière linguistique est fréquemment identifiée comme le principal obstacle à une prise en charge efficace, elle ne constitue qu'un aspect d'une problématique plus large : celle de la communication interculturelle. En effet, au-delà des difficultés d'interprétation verbale, les différences culturelles dans la perception de la maladie, de la douleur, de l'autorité médicale ou encore des attentes vis-à-vis du soin peuvent engendrer des incompréhensions profondes entre soignants et patients. Dans un contexte d'urgence, où le temps et les ressources sont limités, ces écarts culturels peuvent conduire à des erreurs d'évaluation clinique, une mauvaise observance thérapeutique ou un rejet des soins proposés. La prise en compte de ces dimensions ne relève donc pas d'une approche simplement humaniste, mais bien d'un impératif de santé publique. Le développement de compétences interculturelles au sein des équipes hospitalières, associé au recours systématique à des interprètes professionnels, apparaît ainsi comme un levier essentiel pour garantir une prise en charge équitable, sécurisée et adaptée à tous les profils de patients.

C. Données de la littérature

1. Données générales

Dans les études antérieures portant sur la durée de prise en charge aux Urgences, il existait une tendance à l'allongement ou une indifférence du temps de prise en charge de la population allophone. Cependant celles-ci étaient principalement réalisées dans les pays multilinguistiques comme le Canada ou les États Unis où cohabitent l'anglais, le français et l'espagnol (60–62).

Dans une étude menée par la DGS, les médecins et chefs de service estimaient à environ 10 % la proportion de patients allophones rencontrés, un chiffre nettement supérieur à celui observé dans notre étude (1,27 %). Cette différence s'explique en partie par le fait que l'étude de la DGS portait principalement sur des services spécialisés en infectiologie et maladies infectieuses, disciplines où la proportion de patients issus de parcours migratoires peut être plus importante (51). Par ailleurs, il existe très peu de données spécifiques concernant la population allophone consultant aux services d'urgences. Cette rareté s'explique avant tout par les limites des systèmes actuels de recueil d'information aux urgences, qui collectent des données démographiques classiques (âge, sexe, mode d'entrée, orientation) mais n'intègrent pas la variable « langue parlée » ou le critère d'allophonie. Cette absence de codage systématique empêche la production de statistiques fiables et homogènes à l'échelle nationale, rendant difficile l'évaluation précise de la proportion réelle de patients allophones dans les services d'urgences. Elle souligne également un angle mort dans la connaissance des besoins de ces patients et dans la mise en place de dispositifs adaptés.

Dans notre étude, le moyen de traduction le plus utilisé est l'utilisation de traducteurs informels à hauteur de 46%, puis 11,5% faisaient l'objet d'un recours à un traducteur numérique et 3,9% de traducteur ad hoc. Dans 38,6 % des cas, aucun moyen de traduction n'était utilisé. Comme démontré dans les études antérieures, il existe une surutilisation des interprètes informels au détriment des interprètes professionnels. (63–66). Bien que cette solution apparaisse plus accessible et spontanée dans un contexte d'urgence, elle expose à plusieurs limites : approximations, omissions ou interprétations subjectives, mais aussi enjeux éthiques, notamment en matière de confidentialité et de neutralité (67–69). À l'inverse, la littérature souligne que le recours à des interprètes professionnels améliore significativement la précision des échanges, la satisfaction des patients et la sécurité des soins, en particulier dans des contextes cliniques complexes. Leur intervention est ainsi considérée comme incontournable dans les situations graves ou nécessitant une communication fine et sensible, telles que les prises en charge en oncologie, les annonces diagnostiques ou encore les décisions thérapeutiques majeures (62–64). Néanmoins, dans notre étude, aucun patient n'a fait l'objet d'un recours aux interprètes professionnels du CHA. Les freins à l'utilisation des interprètes professionnels retrouvés dans les études sont : le manque de formation et de sensibilité des professionnels de santé, l'accessibilité et les obstacles financiers (70–72).

Les patients de notre échantillon de patients allophones sont hospitalisés dans 7,9% des cas, contre 25% d'hospitalisations dans la population générale au sein de l'étude Urgences 2023 (6). Cette différence peut s'expliquer par la consultation au SAU pour des motifs de médecine de ville faute de recours, n'engendrant pas forcément d'hospitalisation (37). La majorité des études montre un surrisque d'hospitalisation pour les patients allophones comme l'étude de HAMPERS et McNULTY datant de

2002, qui retrouve un surrisque d'hospitalisation à hauteur de 70% en cas de patient allophone ayant bénéficié de l'aide d'un traducteur professionnel. En cas de patient allophone sans recours à un interprète, ce surrisque était de 160% par rapport aux patients anglophones. Toutefois, cette étude s'est focalisée sur la population hispanophones aux États-Unis ce qui limite la généralisation de l'étude et introduit un biais devant la surreprésentation de cette minorité. De plus, l'étude ne mesure pas la satisfaction des patients ni les résultats cliniques, éléments essentiels pour évaluer l'impact réel des barrières linguistiques sur la qualité des soins. Enfin, la corrélation observée entre barrières linguistiques et utilisation accrue des ressources ne permet pas de déterminer si cette augmentation traduit une meilleure prise en charge ou, au contraire, une inefficacité (56,57).

2. Sur le plan médico-économique

L'interprétariat médical semble essentiel pour éviter les erreurs de diagnostic comme expliqué dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales cependant le financement reste insuffisant. La France consacre environ 6 millions d'euros à l'interprétariat médical, bien en dessous des 30 à 300 millions d'euros recommandés par les standards internationaux (48,73). A titre d'exemple, le coût horaire des prestations d'interprétariat médical varie de 55 à 75 euros de l'heure hors taxe selon les prestataires, avec des coûts plus importants en cas de visio ou téléconférence. Ces tarifs peuvent varier en fonction de la localisation géographique, du niveau d'urgence, de la langue étrangère à traduire, des frais de déplacement et des majorations éventuelle (week-end, jours fériés, horaires non ouvrables) (74). L'interprétariat médical représenterait un investissement initial, mais contribue à réduire des coûts à moyen et long terme par une amélioration de la qualité des soins et la sécurité des

patients, permettant la réduction des dépenses induites par les erreurs médicales et la mauvaise adhésion thérapeutique (73).

Plusieurs études ont mis en évidence une prise en charge fréquemment rapide mais incomplète des patients allophones au sein des services d'urgences. Une étude nord-américaine a notamment montré que les patients allophones présentaient un risque accru de revisite non programmée dans les 72 heures suivant leur passage aux urgences, traduisant une potentielle inadéquation de la prise en charge initiale (75). Par ailleurs, dans un contexte de traumatisme, il a été démontré que ces patients recevaient moins d'examens cliniques complets (examen sensitif, moteur) et bénéficiaient plus rarement d'explications sur leur état ou leur prise en charge. Ces insuffisances sont amplifiées lorsque l'interprétariat professionnel est remplacé par des traducteurs informels, moins précis et non formés au vocabulaire médical (76). L'organisation de consultations de suivi sont aussi moins fréquente malgré une compliance aux rendez-vous similaire (77). Dans notre étude, il n'existe pas de suivi dans le temps des patients allophones, notamment ceux réadressés en consultation de suivi ou en sortie d'hospitalisation.

Bien que très fréquemment utilisés, les traducteurs numériques, ont récemment fait l'objet d'une étude mettant en évidence un risque d'erreur non négligeable à hauteur de 8 % des phrases traduites en espagnol et 19 % de celles traduites en chinois (78).

On observe un développement croissant d'applications dédiées à la traduction médicale, telles que MEDIPICTO, conçue par l'APHP, ou encore TRAD112, élaborée par les sapeur-pompiers de l'aéroport Charles-de-Gaulle, visant à faciliter la communication avec les voyageurs non francophones en situation de malaise. A Marseille, un médecin urgentiste d'origine grec le Dr PA. BALAZ a créé une application gratuite de traduction de médecine d'urgence appelée Médiglote. Celle-ci est

indépendante, non lucrative et ne dépend d'aucun organisme public ou privé. Elle contient plus de 300 mots et phrases essentielles, regroupés par spécialité (neurologie, traumatologie, cardiologie, etc.), permettant un examen clinique rapide et fiable en 40 langues différentes.

Pour répondre à ces problématiques, a été mis en place au niveau européen, l'initiative Migrant Friendly Hospital en 2002 qui a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des populations migrantes et réduire les inégalités de santé liées à la diversité culturelle et linguistique. Cette initiative globale et institutionnelle menée en Suisse et en Italie, a permis d'améliorer et de former les professionnels de santé à la formation des dispositifs disponibles, permettant ainsi d'accroître le recours aux interprètes professionnels (79).

D. Méthodologie

Le choix des SAU comme lieux d'étude de l'impact de la barrière linguistique dans les soins est intéressant. Le SAU est un miroir de la société contemporaine, notamment par la diversité linguistique, culturelle et sociale des personnes qu'il accueille. Cela s'explique par une accessibilité facilitée, avec un accueil sans rendez-vous disponible 24 heures sur 24, faisant des services d'urgences souvent le premier recours en cas d'urgences réelles, et le dernier recours face à des urgences perçues ou à des problématiques sociales. Les patients allophones consultant au SAU peuvent être des patients migrants en situation irrégulière, tout comme des étrangers dans le cadre de tourisme ou des déplacements professionnels. Comme stipulé dans un rapport du Sénat publié en 2017 *« Les services d'urgences ne doivent pas être simplement regardés comme un point d'entrée défaillant... ils constituent au contraire l'aboutissement de trajectoires individuelles... et sédimentent à ce titre l'ensemble des problématiques sociales et sanitaires accumulées... »* (80–83). Cette diversité de

profils permet une étude plus globale, à l'inverse d'une étude qui aurait concerné uniquement les PASS.

En l'absence de données disponibles dans la littérature permettant de déterminer un effectif cible, l'inclusion des sujets a été réalisée de manière optimale sur une période de six mois, correspondant à la durée de l'étude.

Les périodes de forte affluence de patients étrangers comme les Jeux Olympiques, le Main Square Festival (se déroulant à Arras en Juillet 2025) ou le passage du Tour de France ont été soigneusement évitées afin d'éviter les biais de sélection. Cependant l'étude étant monocentrique, réalisée au CHA uniquement, induit un biais de centre unique, la durée limitée de 6 mois de l'étude et la taille faible de l'échantillon de patients allophones ne permettent pas de généraliser les résultats obtenus.

Les 2 échantillons n'étant pas totalement indépendants, la comparaison n'est pas possible et la durée moyenne de prise en charge est donc faussée même si la proportion de patients allophones est minime.

Le choix d'une étude prospective avait pour objectif d'effectuer une collecte des données complètes et ciblées, en réduisant les biais de mémoire. L'inclusion de patients allophones dans notre étude fondée exclusivement sur l'évaluation subjective de l'IAO, sans recours à des critères objectifs standardisés, constitue des biais de mesure et de sélection importants. Il peut aussi exister un biais de déclaration lors de la saisie du questionnaire.

Les facteurs confondants influençant la durée de prise en charge aux urgences, tels que le niveau de gravité, l'âge, les actes de soins réalisés n'ont pas été pris en compte dans notre étude, pouvant fausser les résultats. Les patients présentant une surdité, un trouble de la communication verbale ou un syndrome démentiel ont été exclus de

l'étude, en raison de l'impossibilité d'évaluer de manière fiable la présence d'une barrière de la langue.

E. Axes d'amélioration

Dans le cadre de cette étude, une baisse relative de la durée moyenne de prise en charge des patients allophones aux urgences a été observée, en comparaison avec la population générale accueillie sur la même période. Un tel résultat semble en décalage avec les éléments issus des recherches précédemment citées (barrière linguistique, difficulté d'anamnèse, retards diagnostiques), et soulève des interrogations quant aux conditions réelles de prise en charge de ces patients. L'inclusion subjective des patients allophones, réalisée par l'IAO, suggère que des biais de sélection ou des hétérogénéités dans les profils linguistiques ou cliniques des patients puissent avoir influencé ce constat. Une étude plus puissante, multicentrique et avec un échantillon de grande taille serait nécessaire.

Actuellement, l'identification des patients allophones repose principalement sur l'appréciation individuelle de l'IAO, sans outil standardisé ni critère linguistique objectif. De plus, le recours à des moyens d'interprétariat professionnels reste rare ou non systématique, en raison de contraintes organisationnelles, financières ou de disponibilité. Dans la majorité des cas, la communication est assurée par un tiers (proche, soignant bilingue) ou un traducteur numérique, voire compromise, ce qui peut accélérer artificiellement le passage aux urgences en limitant l'anamnèse ou les examens complémentaires.

Les études antérieures ont mis en lumière les conséquences cliniques possibles d'une

prise en charge rapide mais incomplète des patients allophones, notamment une sous-exploration des symptômes, un taux de retour aux urgences plus élevé, ou une hospitalisation différée (74-76). Par ailleurs, des outils d'aide à la communication (applications multilingues, pictogrammes, dispositifs d'interprétariat à distance) ont été développés dans d'autres centres avec des résultats encourageants, bien que rarement généralisés.

Pour optimiser la qualité de la prise en charge des patients allophones, il apparaît nécessaire de standardiser l'identification des patients allophones dès l'IAO, à l'aide d'un outil simple et adapté (questionnaire sur la langue maternelle, auto-évaluation de la compréhension du français) afin d'anticiper les démarches de traduction. Il s'agit ensuite de formaliser le recours à l'interprétariat professionnel, en intégrant des dispositifs numériques ou téléphoniques accessibles 24h/24 dans les protocoles d'urgence, avec mise en place d'une formation du personnel soignant. Les professionnels de santé devraient aussi bénéficier d'une initiation à la communication interculturelle, afin de limiter les risques de malentendus et d'ajustements cliniques non fondés.

Il semble essentiel de mettre en place une traçabilité du recours à un interprète, permettant d'évaluer l'impact de la médiation linguistique sur les délais, la qualité et la sécurité des soins. Ainsi la réévaluation de la durée de prise en charge non pas uniquement comme un indicateur d'efficacité, mais comme un marqueur composite, devant être mis en regard de la qualité des soins et de la compréhension mutuelle médecin-patient.

Dans une perspective d'amélioration de la connaissance et de la prise en charge des patients allophones dans le système de santé, il serait pertinent d'intégrer, au sein du

PMSI, des indicateurs relatifs à la langue parlée ainsi qu'à la présence d'une barrière linguistique. Une telle démarche permettrait de documenter de manière systématique la survenue de difficultés de communication liées à la langue, dès la phase de prise en charge par l'IAO. Cette traçabilité offrirait non seulement un appui à la recherche épidémiologique et organisationnelle, mais également un levier pour adapter les ressources humaines (interprétariat, médiation linguistique) et optimiser la qualité des soins prodigués à cette population vulnérable.

La personne de confiance désigne, en droit français, un individu choisi par un patient majeur dans le but de l'assister et de le soutenir tout au long de ses démarches médicales. Cette désignation vise notamment à garantir que, dans l'éventualité où le patient serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté ou de recevoir les informations nécessaires relatives à son état de santé, cette personne puisse être consultée par les professionnels de santé (84). Elle joue ainsi un rôle pivot dans le respect des droits du patient, en facilitant la communication entre ce dernier et les équipes soignantes.

Dans le cadre particulier des patients allophones, dont la maîtrise de la langue du pays d'accueil est limitée, la personne de confiance peut s'avérer un interlocuteur essentiel, sous réserve toutefois qu'elle soit francophone ou maîtrise suffisamment la langue française. En effet, elle constitue un véritable relais de communication et un soutien précieux, contribuant à réduire les barrières linguistiques qui pourraient entraver la qualité de la prise en charge. Par sa présence et son implication, elle favorise une meilleure compréhension mutuelle, la transmission précise des volontés du patient et, par conséquent, une prise en charge plus adaptée et respectueuse des besoins spécifiques de cette population vulnérable.

F. Procédure standardisée

À l'issue de cette étude, il apparaît possible de proposer l'ébauche d'une procédure standardisée destinée à optimiser la prise en charge des patients présentant une barrière linguistique au sein des SAU. En horaires ouvrables, une fois identifiée une difficulté de communication liée à la langue, il conviendra de privilégier systématiquement le recours à des moyens de traduction professionnels. Ces derniers pourront être mobilisés soit via la présence physique d'interprètes sur site, soit par l'intermédiaire de services d'interprétariat téléphonique ou vidéo, afin d'assurer la qualité, la confidentialité et la fiabilité des échanges. À défaut de disponibilité immédiate de traducteurs professionnels, il sera possible de recourir à des traducteurs informels ou ad hoc, tels que des membres du personnel bilingues formés ou des proches du patient, en restant vigilant quant aux limites éthiques et techniques que cela implique. Le recours aux outils de traduction numérique devra être envisagé uniquement en dernier recours, compte tenu de leurs limites en termes de précision, confidentialité et adaptation au contexte médical. En horaires non ouvrables, les week-ends et jours fériés, où l'accès aux ressources humaines spécialisées peut être limité, il est recommandé d'organiser une astreinte d'interprétariat téléphonique ou vidéo, accessible en permanence, afin de garantir une prise en charge linguistiquement adaptée et continue. À défaut, la même hiérarchie de recours s'appliquera, en veillant à documenter précisément les modalités employées et les difficultés rencontrées. L'ensemble de la procédure standardisée est présenté en *Annexe 6*.

L'intégration de ces axes d'amélioration permettrait non seulement de mieux objectiver les écarts observés, mais aussi de garantir une équité réelle dans la prise en charge aux urgences, quel que soit le profil linguistique du patient.

V. CONCLUSION

La présente étude a mis en évidence que les patients allophones semblent avoir une durée de prise en charge au SAU inférieure par rapport à la population générale et un taux d'hospitalisation inférieure dans les limites de la réalisation d'une étude descriptive. La communication est plus complexe, les prises en charge sont marquées par des retards dans certaines étapes du parcours de soins (prévention, accès aux soins primaires) mais n'est toutefois pas systématique : dans certains cas une prise en charge plus rapide mais moins approfondie a été observée soulignant les limites de la communication en contexte de contrainte temporelle.

Au-delà de la seule question de durée, il peut exister des conséquences cliniques d'une communication insuffisante entre soignants et patients. Cette étude rappelle que la langue, plus qu'un simple outil de transmission d'informations, est un vecteur essentiel de confiance, de compréhension mutuelle et de qualité des soins. L'absence d'interprètes professionnels, le recours fréquent à des traducteurs informels ou non formés, ainsi que le manque de formation spécifique à la communication interculturelle chez les soignants, apparaissent comme des obstacles majeurs à une prise en charge optimale.

Ces constats renforcent l'importance de développer des stratégies institutionnelles pour garantir l'accessibilité linguistique dans les SAU. Cela inclut la généralisation de l'interprétariat médical, la sensibilisation des professionnels à la diversité culturelle, ainsi que l'intégration de ces thématiques dans la formation médicale initiale et continue. Une approche plus inclusive et culturellement compétente pourrait non seulement améliorer l'efficacité des soins, mais aussi réduire les inégalités en santé observées dans les populations migrantes et allophones.

Bien que limitée à un seul centre, cette étude ouvre la voie à des recherches multicentriques, combinant des données quantitatives et qualitatives, afin d'affiner notre compréhension de l'impact réel de la barrière de la langue sur les soins d'urgence. Dans un contexte sanitaire où la diversité linguistique ne cesse de croître, répondre à ce défi est devenu une nécessité pour un système de santé juste, efficace et humain. Pour ce faire, nous proposons l'ébauche procédure standardisée afin d'améliorer la prise en charge au SAU, cette procédure nécessite une évaluation quantitative et qualitative multicentrique de son efficience.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fiche pédagogique 6^e cycle Urgences. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/fiche_pedagogique_6e_cycle_urgences_samu-smur.pdf
2. Fiche 25 - La médecine d'urgence. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2025%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>
3. Wolff V. Le sens de l'urgence à l'hôpital. BioéthiqueOnline. 27 mars 2018. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/1044295ar>
4. Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 6 du 15 juillet 2018 Disponible sur: https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-06/ste_20180006_0000_0085.pdf
5. Communiqué de presse SFMU - Mars 2025 Disponible sur: https://www.sfmur.org/upload/0_accueil/presse/CP_Urgences_SFMU_Mars25.pdf
6. Étude Urgences 2023. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-03/ER%201334%20Urgences_EMB.pdf
7. Dico en ligne Le Robert. allophone - Définitions, synonymes, prononciation, exemples. Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/allophone>
8. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212?utm>
9. Maîtrise des langues par les immigrés – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793258?sommaire=6793391&utm_source=chatgpt.com
10. Brown C, Roucoux G, Dimi S, Fahmi S, Banou Jeevan R, Chassany O, et al. Exploring the limitations of language interpretation: A qualitative study on clinicians' experiences at French Office of Immigration and Integration. PLOS Glob Public Health. 2023;3(12):e0002436.
11. Eslier M, Deneux-Tharoux C, Schmitz T, Luton D, Mandelbrot L, Estellat C, et al. Association between language barrier and inadequate prenatal care utilization among migrant women in the PreCARE prospective cohort study. Eur J Public Health. 1 juin 2023;33(3):403-10.
12. Naish J, Brown J, Denton B. Intercultural consultations: investigation of factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. BMJ. 29 oct 1994;309(6962):1126-8.
13. Bowen S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins.

14. Diaz JA, Roberts MB, Goldman RE, Weitzen S, Eaton CB. Effect of language on colorectal cancer screening among Latinos and non-Latinos. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. août 2008;17(8):2169-73.
15. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de Santé - S. BOWEN 2001]. Disponible sur: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf
16. Hu DJ, Covell RM. Health care usage by Hispanic outpatients as function of primary language. *West J Med*. avr 1986;144(4):490-3.
17. Villanueva L. Dual-role nurse interpreter perceptions of language barriers and Spanish-speaking patients: A qualitative study. *Nurs Open*. juin 2023;10(6):3973-81.
18. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. janv 2003;111(1):6-14.
19. Seo HS, Tsao AJ, Kim MI, Luan-Erfe BM. Providers' Perspectives on Communication Barriers with Language-Discordant Patients in the Critical Care Setting: A Systematic Review. *Anesth Res*. mars 2025;2(1):7.
20. Villanueva L. Dual-role nurse interpreter perceptions of language barriers and Spanish-speaking patients: A qualitative study. *Nurs Open*. juin 2023;10(6):3973-81.
21. Carrasquillo O, Orav EJ, Brennan TA, Burstin HR. Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *J Gen Intern Med*. févr 1999;14(2):82-7.
22. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gildengorin G. The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. *J Gen Intern Med*. févr 2004;19(2):175-83.
23. Haute Autorité de santé. 2017;
24. Schwarzingner M. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète.
25. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev MCRR*. juin 2005;62(3):255-99.
26. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. avr 2007;42(2):727-54.
27. López L, Rodriguez F, Huerta D, Soukup J, Hicks L. Use of interpreters by physicians for hospitalized limited English proficient patients and its impact on patient outcomes. *J Gen Intern Med*. juin 2015;30(6):783-9.

28. Language Adaptation in Health Care and Health Services: Issues and Strategies [Internet]. [cité 24 août 2025]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1697_adaplinguisssoinsservicessante_va.pdf
29. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 23 août 2025]. Article 36 - Consentement du patient. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-36-consentement-patient>
30. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056
31. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
32. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 23 août 2025]. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
33. Charte_diffusion_electronique [Internet]. [cité 24 août 2025]. Disponible sur: https://ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2020/09/Charte-professionnelle_Interpr%C3%A9tariat_m%C3%A9dical-et-social_Nov.-2012.pdf
34. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 24 août 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
35. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers [Internet]. [cité 24 août 2025]. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:fr:PDF>
36. ISO 21998:2020(fr), Services d'interprétation — Interprétation dans le domaine de la santé — Exigences et recommandations [Internet]. [cité 24 août 2025]. Disponible sur: <https://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso:21998:ed-1:v1:fr>
37. Schenker Y, Wang F, Selig SJ, Ng R, Fernandez A. The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. J Gen Intern Med. nov 2007;22 Suppl 2(Suppl 2):294-9.
38. Cormier B. La Voix du Nord. 2023 [cité 26 août 2025]. Migrants: importante opération de mise à l'abri et de démantèlement des camps du Dunkerquois. Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/1402901/article/2023-11-30/migrants-importante-operation-de-mise-l-abri-et-de-demantelement-des-camps-du>
39. La population immigrée plus présente dans les grandes aires urbaines - Insee Analyses Hauts-de-France - 22 [Internet]. [cité 24 août 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128967>

40. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 26 août 2025]. Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-pmsi>
41. Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Community Health*. août 1996;50(4):456-62.
42. Shepherd L, Mucciaccio M, VanAarsen K. Retrospective Analysis of Adult Patients Presenting to the Acute Care Setting Requesting Prescriptions. *West J Emerg Med*. 24 sept 2021;22(6):1211-7.
43. Ngwakongnwi E, Hemmelgarn BR, Musto R, Quan H, King-Shier KM. Experiences of French Speaking Immigrants and Non-immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2012;9(10):3755-68.
44. Parrilla Ruiz FM. El perfil del paciente inmigrante atendido en la unidad de urgencias del Hospital de Poniente [Internet] [doctoral thesis]. Granada: Universidad de Granada; 2006 [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/1370>
45. Carde E. Les inégalités sociales dans l'accès aux soins : l'origine mise en catégories. *Sociol Sociétés*. 2014;46(1):225-48.
46. Hanssens LGM, Detollenaere J, Hardyns W, Willems SJT. Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. *Int J Public Health*. 1 mai 2016;61(4):443-54.
47. Impression [Internet]. [cité 26 août 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_coordo_pass_qu_est_ce_qu_une_pass.pdf
48. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé.pdf [Internet]. [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-05/Le%20mod%C3%A8le%20%C3%A9conomique%20de%20l%E2%80%99interpr%C3%A9tariat%20linguistique%20en%20sant%C3%A9.pdf>
49. 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 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/etude-nationale-sur-les-caracteristiques-des-personnes-migrantes-consultant-dans-les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-en-france-en-2016.-nume>

50. Le forfait patient urgences (FPU) [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/reste-charge/forfait-patient-urgences-fpu>
51. Kim M, Lee S, Choi M, Kim D, Yoo J, Shin TG, et al. Factors that predict emergency department length of stay in analysis of national data. *Clin Exp Emerg Med*. mars 2025;12(1):35-46.
52. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. *J Emerg Nurs*. févr 2004;30(1):22-9.
53. er929.pdf [Internet]. [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er929.pdf>
54. Malherbe M. Illusions institutionnelles et monolinguisme de la communication européenne sur les médias sociaux [Internet]. 2022 [cité 31 août 2025]. Disponible sur: <https://www.lacomeuropeenne.fr/2022/03/07/illusions-institutionnelles-et-monolinguisme-de-la-communication-europeenne-sur-les-medias-sociaux/>, <https://www.lacomeuropeenne.fr/2022/03/07/illusions-institutionnelles-et-monolinguisme-de-la-communication-europeenne-sur-les-medias-sociaux/>
55. Législative I. <https://www.languesetcite.fr>. Délégation générale à la langue française et aux langues de France — DGLFLF Observatoire des pratiques linguistiques; 2022 [cité 2 sept 2025]. Multilinguisme des territoires, plurilinguisme des citoyens, monolinguisme des institutions ? Disponible sur: <https://www.languesetcite.fr/264>
56. Malherbe M. Illusions institutionnelles et monolinguisme de la communication européenne sur les médias sociaux [Internet]. 2022 [cité 2 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.lacomeuropeenne.fr/2022/03/07/illusions-institutionnelles-et-monolinguisme-de-la-communication-europeenne-sur-les-medias-sociaux/>, <https://www.lacomeuropeenne.fr/2022/03/07/illusions-institutionnelles-et-monolinguisme-de-la-communication-europeenne-sur-les-medias-sociaux/>
57. Sénat [Internet]. 2023 [cité 2 sept 2025]. La lutte contre les discriminations : de l'incantation à l'action. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r14-094/r14-094.html>
58. Berlitz [Internet]. [cité 30 août 2025]. 25 Most Spoken Languages in the World in 2025. Disponible sur: <https://www.berlitz.com/blog/most-spoken-languages-world>
59. France | EF English Proficiency Index | EF [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ef.com/wwen/epi/regions/europe/france/>
60. Aoki Y, Kumazaki H, Terakawa I, Hatachi T, Shiroto K, Miyauchi N, et al. Factors associated with emergency department length of stay of foreign patients visiting a regional core hospital in Japan. *Acute Med Surg*. 22 mai 2022;9(1):e758.
61. Mahmoud I, Hou XY, Chu K, Clark M. Language affects length of stay in emergency departments in Queensland public hospitals. *World J Emerg Med*. 2013;4(1):5-9.

62. Language and length of stay in the pediatric emergency department - PubMed [Internet]. [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16983248/>
63. Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *J Gen Intern Med.* févr 2009;24(2):256-62.
64. Heaney C, Moreham S. Use of interpreter services in a metropolitan healthcare system. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* 2002;25(3):38-45.
65. Ginde AA, Clark S, Camargo CA. Language barriers among patients in Boston emergency departments: use of medical interpreters after passage of interpreter legislation. *J Immigr Minor Health.* déc 2009;11(6):527-30.
66. Brown C, Roucoux G, Dimi S, Fahmi S, Banou Jeevan R, Chassany O, et al. Exploring the limitations of language interpretation: A qualitative study on clinicians' experiences at French Office of Immigration and Integration. *PLOS Glob Public Health.* 2023;3(12):e0002436.
67. Brown C, Roucoux G, Dimi S, Fahmi S, Banou Jeevan R, Chassany O, et al. Exploring the limitations of language interpretation: A qualitative study on clinicians' experiences at French Office of Immigration and Integration. *PLOS Glob Public Health.* 18 déc 2023;3(12):e0002436.
68. Kilian S, Swartz L, Dowling T, Dlali M, Chiliza B. The potential consequences of informal interpreting practices for assessment of patients in a South African psychiatric hospital. *Soc Sci Med* 1982. avr 2014;106:159-67.
69. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JCM, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: Are interpreters' roles related to perceived control, trust, and satisfaction? *Patient Educ Couns.* juin 2018;101(6):1058-65.
70. Hudelson P, Vilpert S. Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Serv Res.* 15 oct 2009;9:187.
71. Cailhol J, Larbi-Benhadj B, Rajaonah A, Anthonioz A, Kaufmann V, Peloso C, et al. Communication practices with patients using a language other than French: a cross-sectional survey in a university hospital in France. *Int J Equity Health.* 24 mars 2025;24(1):82.
72. Jaeger FN, Pellaud N, Laville B, Klauser P. Barriers to and solutions for addressing insufficient professional interpreter use in primary healthcare. *BMC Health Serv Res.* 25 oct 2019;19(1):753.
73. Delizée A, Milcent M, Michaux C. Avantages et Coûts du Recours à Un Interprète Professionnel en Milieu Médical : Méta-Analyse de 35 Études Menées aux États-Unis. *FITISPos Int J.* 30 avr 2019;6(1):62-77.
74. Tarif interprète à Paris et en France – Interprète tarif horaire [Internet]. Marina Yulis Traduction. [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://marina-yulis-traduction.fr/interprete-tarif-horaire/>

75. Ngai KM, Grudzen CR, Lee R, Tong VY, Richardson LD, Fernandez A. The Association Between Limited English Proficiency and Unplanned Emergency Department Revisit Within 72 Hours. *Ann Emerg Med.* août 2016;68(2):213-21.
76. Kundu S, Costantini TW, Doucet JJ, Berndtson AE. Who is informed of trauma informed care? Patients' primary language and comprehensiveness of initial trauma assessment. *J Trauma Acute Care Surg.* 1 janv 2023;94(1):45-52.
77. Sarver J, Baker DW. Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *J Gen Intern Med.* avr 2000;15(4):256-64.
78. Khoong EC, Steinbrook E, Brown C, Fernandez A. Assessing the Use of Google Translate for Spanish and Chinese Translations of Emergency Department Discharge Instructions. *JAMA Intern Med.* 1 avr 2019;179(4):580-2.
79. ResearchGate [Internet]. [cité 26 août 2025]. (PDF) Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals: A Review of Effective Interventions. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/33683274_Caring_for_Migrant_and_Minority_Patients_in_European_Hospitals_A_Review_of_Effective_Interventions
80. Wolff V. Conclusion de la première partie. In: *La précarité en urgence : Mobilisation des hospitaliers autour des sans-abri* [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2018 [cité 31 août 2025]. p. 65-7. (Le sens social). Disponible sur: <https://books.openedition.org/pur/150967>
81. Le Télégramme [Internet]. 2019 [cité 31 août 2025]. Urgences. Cette crise qui reflète celle de la société. Disponible sur: <https://www.letelegramme.fr/opinions/span-classamorceurgencesspan-cette-crise-qui-reflete-celle-de-la-societe-3509017.php>
82. Anderson ES, Lippert S, Newberry J, Bernstein E, Alter HJ, Wang NE. Addressing Social Determinants of Health from the Emergency Department through Social Emergency Medicine. *West J Emerg Med.* juill 2016;17(4):487-9.
83. Sénat [Internet]. 2023 [cité 31 août 2025]. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
84. Article L1111-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049391677

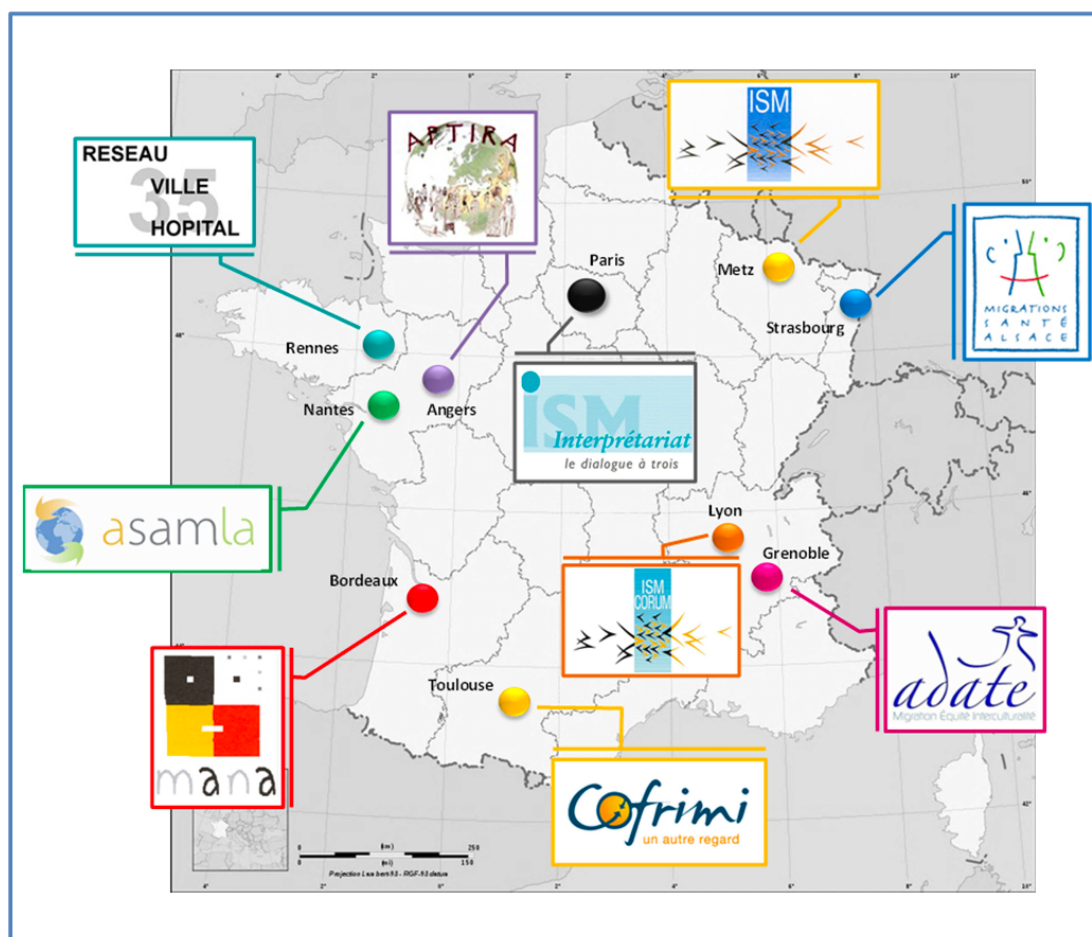
ANNEXES

Annexe 1 : liste de traducteurs ad hoc du CH Arras, mise à jour en 2018

Langues	Prénom/Nom	Fonction	Service	Téléphone
Anglais	Dr Cédric SEQUIER	Chirurgien (chef de service)	Chirurgie viscérale	34567
	Dr Maxime GRANIER	Réanimateur (chef de service)	Réanimation	41520
	Anne BROUCQSAULT	IDE	Réanimation néonatale	41740
	Dr Mathilde BONNET	Pédiatre	Pédiatrie	41781
	Dr Benoit LOUIS	Chirurgien (chef de service)	Chirurgie traumatologie	41585
	Dr Hugues CARTIER	Dermatologue	Dermatologie	41483
	Dr Hugues-Francis YAMETCHA-NAW	Gériatre	Court séjour gériatrique	34634
	Dr Amr EKHLAS-RAGAB-EID	Néphrologue	Néphrologie-Hémodialyse	34599
	Dr Pierre-Luc MAERTEN	Urgentiste (chef de service)	Urgences	34633
	Dr Sawsan EL MOURAD	Pédiatre	Pédiatrie	41587
	Saida DRISSI	Neuropsychologue	EMEG	41394
	Marie-Claude LESTAVEL	Psychologue	PASS	41506
	Michèle RAMEAU	Psychologue	Aloise CORBAZ	63121
	Yann LEVEL	ARM	SAMU	x
	Sarah TOLLOT	Responsable recherche clinique	Recherche clinique	41319
Allemand	Hélène VOISIN	Attaché à l'administration hospitalière	Direction des finances	31811
	Dr Bernard THERET	Pédiatre	Néonatalogie	41744
	Hélène VOISIN	Attaché à l'administration hospitalière	Direction des finances	31811
	Catherine GAILLARD	IDE	Hopital de jour	41392
Flandand	Dr Benoit LOUIS	Chirurgien	Chirurgie traumatologie	41585
Espagnol	Dr Emmanuelle HENRIET	Obstétricien-gynécologue	Gynécologie obstétrique	41717
	Dr Bernard THERET	Pédiatre	Néonatalogie	41744
Portugais	Hélène VOISIN	Attaché à l'administration hospitalière	Direction des finances	31811
	Dr Cédric SEQUIER	Chirurgien (chef de service)	Chirurgie viscérale	34567
	David TANCRES	IDE	CSAPA	61972
	Ema DE SOUSA	Psychologue	CSAPA	63155
	Dr Isaura GUILHOTO	Pédiatre	Néonatalogie	41743
Italien	Laurence LEMAIRE	Cadre de Santé	Chirurgie ambulatoire	41594
	Marie-Claude LESTAVEL	Psychologue	PASS	41506
	Vanessa JAMIS	Aide-soignante	Pierre Bolle	999
	Anne-Claire MOREL	Chargée de mission	Direction des opérations	31825
Polonais	Anne BROUCQSAULT	IDE	Réanimation néonatale	41740
Bulgare	Marie-Cécile PIOTRKOWICZ	Directrice des soins	Coordination générale des s	41094
	Dr Tania VELKOVA	Psychiatre	Pédopsychiatrie	61980
Suédois	Hélène VOISIN	Attaché à l'administration hospitalière	Direction des finances	31811
Arabe (littéraire)	Dr Amr EKHLAS-RAGAB-EID	Néphrologue	Néphrologie-Hémodialyse	34599
	Dr Sawsan EL MOURAD	Pédiatre	Pédiatrie	41587
Arabe (algérien)	Saida DRISSI	Neuropsychologue	EMEG	41394
	Fatima DROUARD	Aide-soignante	Résidence Pierre Brunet	53920
	Dr Mehdi TOUIL	Chirurgien	Chirurgie vasculaire	41387
	Dr Mehdi TOUIL	Chirurgien	Chirurgie vasculaire	41387
Arabe (marocain)	Fatima DROUARD	Aide-soignante	Résidence Pierre Brunet	53920
Arabe (Golfe)	Fatima DROUARD	Aide-soignante	Résidence Pierre Brunet	53920
Chinois	Dr Jeanne PHANTHAVONG	Pédiatre	Pédiatrie	41776
Russe	Dr Hugues-Francis YAMETCHA-NAW	Gériatre	Court séjour gériatrique	34634
Créole	Tatiana SKRIPNIK	Aide-soignante	Résidence Pierre Brunet	53920
	Stéphane MUSSARD	Archiviste	Archives Dambrine	33160
Malgache	Dr Mamy RANDRIAMORA	Cardiologue	Cardiologie	41455

Annexe 2 : associations françaises signataires de la charte d'interprétariat médical et social professionnel

**Associations françaises
signataires de la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel
Strasbourg, le 14 novembre 2012**



110 langues
250 000 heures
700 interprètes

Conférence Nationale « L'interprétariat médical et social professionnel : exercice effectif des droits et de la santé dans une société plurielle », -
14 novembre 2012, E.N.A.- Strasbourg

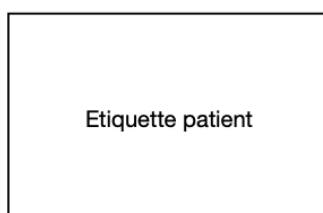
Annexe 3 : tableau état des lieux des ressources disponibles dans les services d'Urgences du Nord-Pas-de-Calais

Service d'urgences	Interprètes professionnels	Interprètes ad hoc	Autres ressources
CH Arras	X	X	
CH Armentières		X	
CH Béthune		X	Formation interne à l'anglais
CH Boulogne-Sur-Mer	X	X	
CH Calais	X	X	
CH Denain		X	Google traduction
CH Douai		X	
CH Dunkerque	X	X	
CH Fourmies		X	
CH Hazebrouck		X	Guide avec des pictogrammes
CH Le Catteau			
CH Lens		X	
CHU Lille	X	X	
CH Maubeuge		X	
CH Montreuil Sur Mer		X	
CH Roubaix		X	
CH Seclin		X	
CH Saint Omer		X	
CH Tourcoing		X	Guide avec pictogramme
CH Valenciennes	X	X	Livret FALC avec pictogramme
CH Wattrelos		X	
Clinique Hénin-Beaumont		X	
Polyclinique de Divon		X	
Polyclinique de Liévin		X	
Hopital Saint Vincent de Paul		X	
Hopital Saint Philibert		X	
Clinique Cambrai		X	

IMPACT DE LA BARRIERE DE LA LANGUE AUX URGENCES ADULTE

Thèse Kenza OUSTATI et Dr Enayet EDUN

Nom et prénom de l'IOA répondant au questionnaire :



Numéro d'inclusion :

Sexe :

Age :

Pays de naissance :

Motif de recours :

Ressources à disposition concernant la traduction aux urgences :

- ☐ Traducteur professionnel, si oui quelle entreprise :
- ☐ Traducteurs informels : famille, liste de professionnels de santé
- ☐ Google traduction
- ☐ Autre, préciser :

Personnes effectuant le recours au traducteur concerné :

- ☐ IAO
- ☐ Médecin
- ☐ Autre, préciser :

Langues parlée :

Devenir du patient :

- ☐ Consultation externe
- ☐ Transfert
- ☐ UHCD
- ☐ Hospitalisation
- ☐ Réanimation
- ☐ Retour à domicile
- ☐ Décès

Heure de prise en charge médicale :

Heure de sortie :

Temps de prise en charge médicale :

Annexe 5 : classification FRENCH (source : SFMU)

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
CARDIO-CIRCULATOIRE								
Arrêt cardiorespiratoire	1							
Hypotension artérielle	2	PAS ≤ 70 mmHg	PAS ≤ 90 mmHg ou PAS ≤ 100 mmHg et FC > 100/min		PAS 90 - 100 mmHg et FC ≤ 100/min			
Membre douloureux/ froid ou pâle/ischémie*	2		durée ≤ 24 h ou cyanose/déficit moteur		durée ≥ 24 h			
Douleur thoracique/ syndrome coronaire aigu (SCA)*	3B	ECG anormal, typique de SCA	ECG anormal, non typique de SCA	ECG normal, comorbidité coronaire (antécédents, facteurs de risque)	ECG normal, mais douleur de type coronaire	ECG normal et douleur atypique		
Malaise	3B				Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie			
Tachycardie/tachyarythmie	3B	FC ≥ 180 /min	FC ≥ 130/min		FC > 110/min	épisode résolutif		
Bradycardie/bradyarythmie	3B	FC ≤ 40/min	FC 40-50/min avec mauvaise tolérance		FC 40-50/min sans mauvaise tolérance			
Dyspnée/insuffisance cardiaque*	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/triage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%					
Dysfonction stimulateur/débrillateur cardiaque	3B		Choc(s) électrique(s) ressentit(s)		avis référent (MAO, MCO)			
Cedème des membres inférieurs/ insuffisance cardiaque*	3B				FR <30 /min SpO2 >90%	OMI chronique		
Palpitations	4	FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min		malaise ou FC > 110/min			
Hypertension artérielle	4		PASI IOA ≥ 220 mmHg ou ≥ 180 mmHg et SF associés		PAS IOA ≥ 180 mmHg sans SF associés	PAS <180 mmHg		
Membre douloureux/ chaud ou rouge/phlébite*	4				signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie		
INFECTIOLOGIE								
AES et/ou liquide biologique	4		sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures					exposition ≥ 48 h
Fèvre	5		T° ≥ 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion/céphalée/purpura		mauvaise tolérance, hypotension ou shock index ≥1			
Exposition à une maladie contagieuse	5				avec risque vital de contagé (méningite, Ebola...)			sans risque vital de contagé (rougeole, varicelle...)

SFMU FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL								
Vomissement de sang/ hématurie	2			hématurie abondante		vomissement(s) strié(s) de sang		
Mélanie/rectorragies	2			rectorragie abondante		selles souillées de sang		
Douleur abdominale	3B			douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régressive / indolore
Ictère	3B							
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)	3B					avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale	4			douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/estomac/intestins	4			aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés		tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum	4			douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation	5			symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)		douleur abdominale		
Vomissements	5			symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans	douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée	5				enfant ≤ 2 ans	abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale	5					suspicion abcès/fissure		
Hoquet	5					hoquet incessant (≥ 12 h)		
GENITO-URINAIRE								
Douleur de la fosse lombaire/du flanc	3B			douleur intense				douleur régressive/ indolore
Rétention d'urine/anurie	3B			douleur intense/agitation				
Douleur de bourse/ orchite*/torsion testicule*	3B			douleur intense ou suspicion de torsion		avis référent (MAO, MCO)		
Dysfonction de sonde urinaire/ sonde JJ/ stomie	3B			douleur intense, fièvre ou mauvaise tolérance		avis référent (MAO, MCO)		
Hématurie	3B			saignement abondant actif				
Dysurie/brûlure mictionnelle / infection ?	5					fièvre	enfant	
Ecoulement ou lésion cutanéomuqueuse génitale	5					fièvre		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

2/10

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
GYNECO-OBSTETRIQUE								
Accouchement imminent ou réalisé	1							
Problème de grossesse 1er et 2ème trimestre	3A			métrorragies, douleur				
Problèmes de grossesse 3ème trimestre	3A			métrorragies/douleur/HTA/ perte de liquide amniotique				
Méno-métrorragie	3B			grossesse connue/suspectée ou saignement abondant				
Problème de post partum (allaitement...)	4				allaitement et fièvre			
Anomalie du sein	5					mastite ou abcès		
Anomalie vulvo-vaginale / corps étranger	5							
INTOXICATION								
Intoxication médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/intention suicidaire/toxiques cardiotropes ou lésionnels	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Intoxication non médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/toxiques / lésionnels	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Demande de sevrage / toxicomanie	4			agitation/violence / état de manque	enfant			demande d'ordonnance pour substitution
Comportement ébriures / ivresse	4	GCS ≤ 8		agitation/violence/GCS 9-13	enfant	demande des forces de l'ordre		
NEUROLOGIE								
Altération de la conscience/coma	2	GCS ≤ 8		GCS 9-13, avis référent (MAO, MCO)				
Déficit moteur, sensitif, sensoriel ou du langage/AVC	2	délai ≤ 4h 30				délai ≥ 12 h ou avis MAO, MCO		
Convulsions	3B			crises multiples ou en cours confusion, déficit ou fièvre		récupération complète post critique		
Confusion/désorientation temporo spatiale	3B			fièvre				
Céphalée	3B			inhabituelle (premier épisode, brutale, intense... ou fièvre)		habituelle/migraine		
Vertiges/trouble de l'équilibre	3B			signes neurologiques associés, céphalée brutale				troubles anciens et stables

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

3/10

SFMU FRENCH triage motif de recours	FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
OPHTHALMOLOGIE							
Corps étranger / brûlure oculaire	3B		douleur intense, brûlure chimique		avis référent (MAO, MCO)		
Trouble visuel / œil douloureux / cécité	3B		début brutal		avis référent (MAO, MCO)		
Démangeaison / œil rouge	5						
ORL / STOMATOLOGIE							
Epistaxis	3B		saignement abondant actif		saignement abondant résolutif		saignement peu abondant résolutif
Trouble de l'audition/accouphènes	4		surdité brutale				
Tuméfaction ORL ou cervicale	4				fièvre ou signes locaux importants		
Corps �tranger ORL	4		dyspnée inspiratoire				
Pathologie de l'oreille / otite	5						
Douleur de gorge / angine / stomatite	5				mauvaise intolérance ou aphagie		
Obstruction nasale / rhinite / sinusite	5				sinusite fébrile		
Problème de dent ou de gencive	5				signes locaux importants, douleur résistante aux antalgiques		
PEAU							
Echymose / hématome spontané(e)	3B						
Abcès ou infection localisée de la peau	4				fièvre ou abcès volumineux		
Erythème étendu et autres éruptions / o�d�me spontané	5		anaphylaxie		fièvre ou mauvaise tolérance	étendu	localisé
Morsure, piqûre, prurit, parasitose	5		morsure de serpent/scorpion ...		fièvre ou signes locaux importants	étendu	localisé
Corps étranger sous la peau	5				corps étrangers multiples, complexes		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

4/10

SFMU FRENCH triage motif de recours	FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
PEDIATRIE ≤ 2 ans (pathologie spécifique)							
Dyspnée avec sifflement respiratoire	2			sifflement sans dyspnée			
Fièvre ≤ 3 mois	2						
Convulsion hyperthermique	3B		récidive ou durée ≥ 10 min, ou hypotonie	récupération complète			
Diarrhée / vomissements du nourrisson (≤ 24 mois)	3B		perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	≤ 6 mois			
Troubles alimentaires du nourrisson (≤ 6 mois)	4		perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	perte de poids ≤ 10%			
Bradycardie	4		avant 1 an : FC ≤ 80/min après 1 an : FC ≤ 60/min				
Ictère néonatal	4		perte de poids ≤ 10% ou selles décolorées				
Tachycardie	4		avant 1 an : FC ≥ 180/min après 1 an : FC ≥ 160/min				
Hypotension	4		1-10 ans : PAS ≤ 70 mmHg (+ âge en année x 2)				
Pleurs incoercibles	4			pleurs dans le box de l'IOA			
PSYCHIATRIE							
Idée / comportement suicidaire	2						
Troubles du comportement / psychiatrie	3B		agitation, violence, délire, hallucinations	enfant			
Anxiété / dépression / consultation psychiatrique	4		anxiété majeure /attaque de panique	enfant			

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

5/10

SFmu FRENCH triage		FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage					
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
RESPIRATOIRE							
Dyspnée / insuffisance respiratoire	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Asthme ou aggravation BPCO	3B	détresse respiratoire	DEP ≤ 200 ou dyspnée à la parole/tirage/orthopnée			DEP ≥ 300 l/min et asthme	
Hémoptysie	3B	détresse respiratoire	hémoptysie répétée ou abondante				
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée				
Corps étranger voies aériennes	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole, tirage, orthopnée enfant		pas de dyspnée		
Toux / bronchite	5				fièvre, ou signes respiratoires associés		
RHUMATOLOGIE							
Douleur articulaire/arthrose/arthritis	4				fièvre ou signes locaux importants		
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5		déficit sensitif ou moteur associé		fièvre ou paresthésies		
Douleur de membre/sciatique	5				fièvre ou impotence du membre		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

6/10

SFmu FRENCH triage		FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage					
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
TRAUMATOLOGIE							
Traumatisme avec amputation	1						
Traumatisme abdomen/thorax/cervical	2	pénétrant	haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Aggression sexuelle et sévices	2						
Brûlure	3B		brûlure étendue ou main/visage	≤ 24 mois et brûlure peu étendue	avis référent (MAO, MCO)		brûlure peu étendue..., consultation tardive
Traumatisme de bassin/hanche/fémur/rachis	3B		haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme oculaire	3B		haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme maxillo-facial/oreille	3B		haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Plaie	4		plaie délabrante, saignement actif		plaie(s) large, complexe, main	plaie(s) superficielle(s) hormis main	excoriation(s)
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	4		haute vélocité, grande déformation/ischémie		impotence totale, déformation	impotence modérée ou petite déformation	ni impotence, ni déformation
Electrisation	4		perte de connaissance, brûlure, foudre		haute tension, temps de contact long	courant domestique	
Traumatisme crânien	5	coma (GCS ≤ 8)	GCS 9-13, déficit neurologique		perte de connaissance avant ou après	plaie/hématome	

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

7/10

FRENCH triage							
FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage							
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
DIVERS							
Pathologie rare et grave en poussée (ex. drépanocytose...)	2				avis référent (MAO, MCO)		
Hypothermie	2	T° ≤ 32° C	32° C ≤ T° ≤ 35,2° C				
Hyperglycémie	3B		cétose élevée, trouble de conscience		glycémie ≥ 20 mmol/l ou cétose positive	glycémie ≤ 20 mmol/l et cétose négative	
Hypoglycémie	3B	coma (GCS ≤ 8)	mauvaise tolérance/GCS 9-13				
Anomalie de résultat biologique	3B		symptomatique		avis référent (MAO, MCO)		
AEG / Asthénie	3B				signes objectifs d'altération de l'état général		ni comorbidités ni signes objectifs
Coup de chaleur / insolation	3B	coma (GCS ≤ 8)	T° ≥ 40° C/GCS 9-13				
Gelure / Lésions liées au froid	3B		signes de nécrose, déficit sensitif ou moteur				
Allergie	4		dyspnée/risque d'obstruction/mauvaise tolérance				
Problème suite de soins (pansements...)	5						
Renouvellement ordonnance	5						
Examen à des fins administratives / certificat / réquisition	5				demande des forces de l'ordre		
Demande d'hébergement pour raison sociale	5						

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

8/10

FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	+++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC/min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR/min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin2018

9/10

NORMALITE DES CONSTANTES CHEZ LES ENFANTS EN FONCTION DES AGES

ENFANT / âge	1 à 6 mois	1 à 2 ans	2 à 4 ans	4 à 10 ans	10 à 14 ans
PAS (mmHg)	85 +/- 30	100 +/- 25	100 +/- 20	110 +/- 15	115 +/- 15
PAD (mmHg)	45 +/- 30	65 +/- 25	65 +/- 20	60 +/- 10	60 +/- 10
FC /min	130 +/- 45	110 +/- 40	105 +/- 35	95 +/- 35	85 +/- 30
FR /min	30 +/- 15	25 +/- 10	25 +/- 10	25 +/- 10	20 +/- 5

DEFINITION HYPOTENSION / TACHYCARDIE /POLYPNEE CHEZ L'ENFANT EN FONCTION DE L'AGE

ENFANT / âge	< 1 mois	1 mois	2 ans	10 ans	
PAS (mmHg)	< 50	< 65	< 70	< 80	hypotension
PAD (mmHg)	< 30	< 35	< 40	< 50	
FC /min	> 180	> 160	> 130	> 120	tachycardie
FR /min	> 60	> 40	> 30	> 20	polypnée

AUTEURE : Nom : OUSTATI

Prénom : Kenza

Date de soutenance : 17 Septembre 2025

Titre de la thèse : L'impact de la barrière de la langue sur la durée de prise en charge aux Urgences adultes du Centre Hospitalier d'Arras

Thèse - Médecine - Lille 2025

**Cadre de classement : *doctorat en médecine*
DES + FST/option : *DES médecine d'urgence***

**Mots-clés : Médecine d'urgence / Barrière de la langue/ Traducteurs/
Interprétariat médical**

Objectif : les services d'accueil d'urgences (SAU) sont confrontés à de nombreux défis. Parmi eux, la barrière de la langue qui dans un monde en mouvement constant peut impacter les soins médicaux délivrés.

Méthodes : une étude prospective, descriptive et monocentrique a été réalisée au sein des Urgences adultes du Centre Hospitalier d'Arras sur une durée de 6 mois (du 1^{er} Novembre 2024 au 30 Juin 2024). Parmi les 21909 consultations sur la période de l'étude, 278 consultations de patients allophones ont été recensées. Après anonymisation des données, ont été étudié la durée de la prise en charge, le motif de consultation, le taux d'hospitalisation et l'âge. **Résultats** : la durée de prise en charge pour l'ensemble de la population est de 9 heures et 36 minutes contre 4 heures et 46 minutes pour les patients allophones. Il n'existait pas de comparaison statistique avec analyse de significativité possible. Pour la population allophone, la durée de prise en charge ne varie pas en fonction de la langue parlée, ni du moyen de traduction utilisé, mais les patients consultants pour des motifs de recours gastro-entérologique et pneumologique ont une durée de prise en charge plus importante. Le moyen de traduction le plus utilisé est le recours à un traducteur informel. **Conclusion** : les patients allophones semblent avoir une durée de prise en charge aux urgences inférieure à celle de la population générale. Celle-ci n'était pas modifiée par le moyen de prise en charge ou la langue parlée. Les motifs de consultations de gastro-entérologie semblaient allonger la durée de prise en charge. Une étude avec un échantillon plus important et multicentrique permettrait l'obtention de résultats significatifs.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs : Monsieur le Docteur Pierre COFFIN, Madame la Docteure Alina CERDAC

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Enayet EDUN