



HAL
open science

Communication et interprétariat en santé : modèle d'un outil linguistique bucco-dentaire adapté à la maison d'arrêt des Baumettes

Hachem Goumaïdi

► **To cite this version:**

Hachem Goumaïdi. Communication et interprétariat en santé : modèle d'un outil linguistique bucco-dentaire adapté à la maison d'arrêt des Baumettes. Chirurgie. 2018. dumas-01994119

HAL Id: dumas-01994119

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01994119>

Submitted on 25 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Communication et interprétariat
en santé : modèle d'un outil
linguistique bucco-dentaire adapté à la
maison d'arrêt des Baumettes

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 10 décembre 2018

par

GOUMAIDI Hachem

né le 15 décembre 1993

à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	B. FOTI
Assesseurs	: <u>Madame le Professeur</u> Monsieur le Docteur Monsieur le Docteur	<u>D. TARDIVO</u> D. BANDON J.-P. BRUN

Communication et interprétariat
en santé : modèle d'un outil
linguistique bucco-dentaire adapté à la
maison d'arrêt des Baumettes

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 10 décembre 2018

par

GOUMAIDI Hachem

né le 15 décembre 1993

à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	B. FOTI
Assesseurs	: <u>Madame le Professeur</u> Monsieur le Docteur Monsieur le Docteur	<u>D. TARDIVO</u> D. BANDON J.-P. BRUN

ADMINISTRATION

Mise à jour : octobre 2018

DOYENS HONORAIRES	Professeur	R. SANGIUOLO
	Professeur	H. ZATTARA
	Professeur	A. SALVADORI
DOYEN	Professeur	J. DEJOU
VICE – DOYEN CHARGE DES ENSEIGNEMENTS DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION INITIALE	Professeur	J.D. ORTHLIEB
VICE – DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE LA RECHERCHE	Professeur	C. TARDIEU
DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE	Professeur	V. MONNET-CORTI
CHARGES DE MISSION	Professeur	F. BUKIET
	Professeur	A. RASKIN
RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES	Madame	K. LEONI
PROFESSEUR ÉMERITE	Professeur	O. HUE

LISTE DES ENSEIGNANTS

56^{ème} SECTION :
DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

56.01 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

<i>Professeur</i>	C. TARDIEU *	<i>Assistant</i>	H. AL AZAWI
<i>Maître de Conférences</i>	D. BANDON	<i>Assistant</i>	V. MAGNAN
<i>Maître de Conférences</i>	I. BLANCHET		
<i>Maître de Conférences</i>	A. CAMOIN		
<i>Maître de Conférences</i>	A. CHAFAIE		

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

<i>Maître de Conférences</i>	J. BOHAR	<i>Assistant</i>	I. CAMBON
<i>Maître de Conférences</i>	J. GAUBERT	<i>Assistant</i>	L. LEVY
<i>Maître de Conférences</i>	M. LE GALL *	<i>Assistant</i>	R. MATTERA
<i>Maître de Conférences</i>	C. PHILIP-ALLIEZ	<i>Assistant</i>	C. MITTLER
		<i>Assistant</i>	A. PATRIS-CHARRUET

56.02 PRÉVENTION - ÉPIDÉMIOLOGIE - ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

<i>Professeur</i>	B. FOTI *	<i>Assistant</i>	A. PORTAL
<i>Professeur</i>	D. TARDIVO		

57^{ème} SECTION :
CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

57.01 CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

PARODONTOLOGIE

<i>Professeur</i>	V. MONNET-CORTI *	<i>Assistant</i>	A. BOYER
		<i>Assistant</i>	C. DUMAS
		<i>Assistant</i>	V. MOLL

CHIRURGIE BUCCALE – PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE - ANESTHÉSIOLOGIE – RÉANIMATION

<i>Maître de Conférences</i>	D. BELLONI	<i>Assistant</i>	E. QUINQUE
<i>Maître de Conférences</i>	F. CAMPANA		
<i>Maître de Conférences</i>	J. H. CATHERINE *		
<i>Maître de Conférences</i>	P. ROCHE-POGGI		

BIOLOGIE ORALE

<i>Maître de Conférences</i>	P. LAURENT	<i>Assistant</i>	C. LE FOURNIS
------------------------------	------------	------------------	---------------

65^{ÈME} SECTION : BIOLOGIE CELLULAIRE

<i>Professeur</i>	Imad ABOUT *		
	(Responsable de la Biologie orale)		

* Responsable de la discipline

58^{ème} SECTION : REHABILITATION ORALE
--

58.01 RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

<i>Professeur</i>	F. BUKIET *	<i>Assistant</i>	B. BALLESTER
<i>Professeur</i>	H. TASSERY	<i>Assistant</i>	H. DE BELENET
<i>Maître de Conférences</i>	G. ABOUDHARAM	<i>Assistant</i>	A. DEVICTOR
<i>Maître de Conférences</i>	M. GUIVARC'H	<i>Assistant</i>	S. MANSOUR
<i>Maître de Conférences</i>	C. PIGNOLY	<i>Assistant</i>	L. MICHEL-ROLLET
<i>Maître de Conférences</i>	L. POMMEL		
<i>Maître de Conférences</i>	E. TERRER		

PROTHÈSE

<i>Professeur</i>	M. RUQUET *	<i>Assistant</i>	N. CHAUDESAYGUES
<i>Maître de Conférences</i>	G. LABORDE	<i>Assistant</i>	M. DODDS
<i>Maître de Conférences</i>	M. LAURENT	<i>Assistant</i>	A. FERDANI
<i>Maître de Conférences</i>	G. MAILLE	<i>Assistant</i>	C. MENSE
<i>Maître de Conférences</i>	B.E. PRECKEL	<i>Assistant</i>	A. REPETTO
<i>Maître de Conférences</i>	G. STEPHAN	<i>Assistant</i>	A. SETTE
<i>Maître de Conférences</i>	P. TAVITIAN	<i>Assistant</i>	F. SILVESTRI
<i>Maître de Conférences</i>	A. TOSELLO		
<i>Maître de Conférences</i>	R. LAN		
<i>associé</i>			

SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTOLOGIE, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

<i>Professeur</i>	J. DEJOU	<i>Assistant</i>	M. JEANY
<i>Professeur</i>	J. D. ORTHLIEB *		
<i>Professeur</i>	A. RASKIN		
<i>Maître de Conférences</i>	T. GIRAUD		
<i>Maître de Conférences</i>	A. GIRAUDEAU		
<i>Maître de Conférences</i>	B. JACQUOT		
<i>Maître de Conférences</i>	J. P. RÉ		

* Responsable de la discipline

A Monsieur le Professeur B. FOTI,

Vous nous faites le très grand honneur de
présider ce jury de thèse,

Veillez recevoir ici le témoignage de mon
profond respect.

A Madame le Professeur D. TARDIVO,

Vous avez accepté de diriger mon travail malgré
vos nouvelles responsabilités,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez
porté au sujet.

A Monsieur le Docteur D. BANDON,

Vous m'avez fait partager vos connaissances et vos expériences,

Je vous remercie pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Jean-Philippe Brun,

Vous m'avez accompagné et c'est avec vous que
ce travail a commencé,

Je vous remercie pour les encouragements que
vous m'avez prodigués.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. COMMUNICATION ET INFORMATION : UN DEVOIR MEDICAL	3
A. Introduction	3
B. Soignant - soigné : aperçu d'une relation longtemps paternaliste	3
C. L'information au malade : Une obligation déontologique et légale	4
D. La communication : un art médical fondamental	6
1. La communication verbale	7
2. La communication non verbale	7
E. Conclusion	8
III. L'INTERPRETARIAT MEDICAL EN FRANCE	10
A. L'interprétariat professionnel : réglementation et importance	10
1. Cadre réglementaire	10
2. Influences de la barrière de la langue sur la prise en charge médicale	12
B. La population concernée	12
1. Situation socio-économique	12
2. La PASS : pour lutter contre les inégalités à l'hôpital	13
C. Prise en charge des patients allophones dans les hôpitaux à mission de service public	14
1. Une étude référence en France	14
2. Différents moyens d'interprétariats utilisés	17
(1) Le personnel bilingue	17
(2) L'accompagnateur du patient	18
(3) L'interprétariat professionnel	19
(a) Définition et déontologie	20
(b) L'interprétariat médical et social : principalement associatif	22
(c) Les services d'interprétariat proposés	23
(d) Les limites de l'interprétariat professionnel	25
3. Aspect médico-économique	26
4. Observance thérapeutique	28
5. Préférences des protagonistes en matière d'interprétariat	29
6. Recommandations	30
D. Conclusions	31
IV. ELABORATION D'UN OUTIL LINGUISTIQUE ADAPTE AUX SERVICES BUCCO-DENTAIRES PENITENCIERS	33
A. Problématique et objectifs	34
B. Outils existants	35
C. Un contexte particulier	37
1. L'unité sanitaire pénitentiaire des Baumettes	37
2. Les patients allophones en prison	37
3. Langue cible	37
D. Description	38
1. Support	38
2. Un texte essentialisé	39
3. Des Images claires	40
E. Résultat	40
F. Discussions	41
V. CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXES	
A. Outil en Français	
B. Outil en Arabe	

I. INTRODUCTION

La société française est et sera pluriculturelle. En plus des millions de personnes d'origine étrangère vivant et travaillant depuis des décennies sur son sol, la France voit arriver chaque année des personnes d'origines et de cultures différentes. Certains sont seulement de passage, mais d'autres ont fait le choix de s'y installer durablement, d'en faire leur pays d'adoption. Cette mixité sociale soulève des points fondamentaux concernant l'accueil, l'intégration et l'accès aux droits de ces populations.

Le flux régulier d'arrivants élargi la question de la pluralité linguistique et culturelle. Elle concerne tout le panorama de la vie en société, mais revêt une importance particulière quand il s'agit de la santé. Là plus qu'ailleurs, la nécessité de communiquer prend de l'ampleur avec une dimension transculturelle.

Comment établir un bon diagnostic et conduire un traitement efficace avec un malade qui ne comprend pas la langue du soignant ? Comment obtenir une observance thérapeutique d'un patient qui n'a pu en assimiler l'intérêt ? Comment assurer une bonne prise en charge, une information accessible, un consentement libre et éclairé sans une communication fiable ?

Intuitivement l'interprétariat professionnel est la solution la plus adaptée. Il est depuis toujours employé pour surmonter la barrière de la langue. C'est un métier avec ses propres règles de fonctionnement, ses propres principes déontologiques (impartialité et confidentialité). S'il semble "évident" s'agissant de diplomatie, de commerce international ou de justice, il reste largement sous-exploité dans les domaines sociaux et médicaux. Paradoxalement, les institutions sociales (mairies, caisses primaires d'assurance maladie, centre de protection maternelle et infantile) et les hôpitaux, sont les lieux qui accueillent les populations en précarité sociale où l'interprétariat serait le plus utile, impactant l'ensemble des conditions de vie de ces personnes.

Il paraît légitime de réfléchir à la question de l'interprétariat dans nos structures de santé, de soins et de prévention : quels bénéfices apporte l'interprétariat ? Quelles sont les pratiques actuelles dans les centres hospitaliers ? Quelles contraintes pour les professionnels comme pour les patients ?

Par ignorance de l'existence même de l'interprétariat médico-social professionnel, par appréhension financière, par dépréciation de son utilité ou tout simplement par économie de temps, on se satisfait le plus souvent de gestes et d'approximations. On prend pour "interprètes de fortune" les accompagnants des patients allophones (enfants, voisins, relations ...).

Des professionnels de l'interprétariat médical et social, sauraient donner de la voix aux malades en manque de mots. La déontologie et l'éthique médicale en seraient garanties, permettant une confidentialité, une information de qualité et un consentement éclairé. L'efficacité thérapeutique en serait dès lors renforcée, compétant ainsi à la relation de confiance tant recherchée, entre soignant et soigné (1).

Essentiel pour les thérapeutiques les plus complexes, l'interprétariat professionnel nécessite une organisation et une rigueur pour une mise en place quotidienne. Il semble laborieux dans certains contextes particuliers, notamment en milieu sanitaire pénitentiaire. Beaucoup ont souhaité une solution permettant la prise en charge des patients allophones en soins courants. Concrètement, peu d'outils médicaux sont recensés ; pour la dentisterie, probablement aucun n'est adapté.

II. COMMUNICATION ET INFORMATION : UN DEVOIR MEDICAL

A. Introduction

Le bon échange entre personnel soignant et patient est la condition essentielle à toute bonne prise en charge médicale. Ce constat n'est pas nouveau, mais il n'en reste pas moins actuel. Ces dernières décennies, la relation entre soignant et soigné s'est modifiée en profondeur, pour aboutir à une conception moderne : la démocratie sanitaire, où les décisions de santé ne sont pas du seul fait des soignants, mais découlent plutôt de concertations et de dialogues engageants l'ensemble des acteurs de santé.

Historiquement, cette relation était basée sur un rapport d'autorité. L'approche paternaliste laissait au thérapeute le pouvoir de décider du bien-être de son patient : le médecin sait mieux l'intérêt du patient et décide en conséquence des informations à lui transmettre et du traitement à lui fournir. Le patient n'avait guère de possibilité pour faire valoir son point de vue (2).

Citée dans la législation française par la loi du 4 mars 2002, la démocratie sanitaire a permis la légifération des droits du malade (3,4). Le droit à l'information figure, aujourd'hui, parmi les principaux enjeux du contrat liant les deux parties. Au cours du « *colloque singulier et asymétrique* » entre malade et soignant, la communication de l'information devient une science à part entière (5). Bien que très peu transmise lors de la formation initiale, le praticien doit en connaître les fondements (6).

La relation doit être de confiance pour permettre une prise en charge de qualité, tant au niveau préventif que curatif. Lorsque les protagonistes ne parlent pas une langue commune, un interprétariat de qualité devient un prérequis essentiel pour trouver les mots et exprimer les maux. L'obligation de communication est garante du devoir d'information.

B. Soignant - soigné : aperçu d'une relation longtemps paternaliste

Selon la sagesse hippocratique, le malade devait se soumettre aux conseils du médecin. À l'ignorance, s'ajoute la fatigue des malades qui « *ne connaissent ni la nature, ni la cause de leurs souffrances* » (Hippocrate : Art 7) (7). Devant cette impuissance évidente, les malades doivent s'en remettre aux gens de savoir.

L'information au malade n'est pas négligée pour autant (8), mais avec une conception et une finalité différente de la philosophie moderne :

« *On fera toute chose avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses ; lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui conviennent ; écartant ce qui est de lui ; tantôt le réprimandant avec vigueur et sévérité, tantôt le consolant avec attention et bonne volonté ; ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui menace ; car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait* » Hippocrate, Livre IX de la Bienséance (9).

Encore en 1947, le code de déontologie médicale était empreint de cette pensée paternaliste. Sous couvert du principe de bienfaisance, le thérapeute tient à l'écart le patient des décisions médicales le concernant : « [...] *Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer sa décision* [...] » (10).

L'état d'esprit a beaucoup changé depuis. Si l'on retrouve déjà la notion de consentement éclairé dans les arrêtés de la cour d'appel de Paris au début du XXe siècle, ce n'est que progressivement que les notions d'autonomie et de consentement libre et éclairé vont s'imposer dans la réflexion collective.

C. L'information au malade, une obligation légale et déontologique

De nos jours, le principe d'autonomie domine les idées philosophiques. L'information au patient est devenue, avec le temps, un impératif médical. C'est dans ce raisonnement que Lagrée souligne, en 2002, la situation vers laquelle la déontologie médicale moderne doit se diriger : « *Entre le paternalisme d'Hippocrate largement partagé par le corps médical jusqu'à une date récente, et l'information à tout crin et sans précaution chère aux Américains du Nord, toute réflexion a conduit [...] à insister de plus en plus sur le consentement éclairé du patient* » (11).

Les changements législatifs du siècle dernier aboutissant aux droits du patient tel qu'ils sont entendus de nos jours. Ces changements ont été, sans doute, amorcés par l'arrêt Teyssier rendu le 28 janvier 1942 par la chambre des requêtes de la Cour de cassation, qui certifie le principe de « *consentement préalable* ». La jurisprudence postérieure et la loi du 4 mars 2002 viendront la conforter, l'affiner et la compléter selon la chronologie suivante (12) :

- La loi du 31 juillet 1991 : affirme la notion de droit à l'information (13).
- La déclaration de l'OMS en 1994 : « *Les patients ont le droit d'être pleinement informés de leur état de santé [...] des actes médicaux envisagés, avec les risques et les avantages qu'ils comportent, et des possibilités thérapeutiques alternatives* » (13).

- La charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 : synthétise les droits existant à ce jour. Elle a pour objectif que chacun connaisse ses droits pour les faire reconnaître (14).
- Le Code de déontologie médicale, l'article 35, alinéa 1er, du décret du 6 septembre 1995 : « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* » (15).
- La loi du 4 mars 2002 : c'est l'aboutissement d'une évolution confirmant une demande sociale de plus en plus forte, à plus d'autonomie et à une meilleure information. Elle consacre le chapitre premier au droit du patient à l'information et détaille les diverses situations dans lesquelles il s'exerce. Concernant aussi bien les actes de soin que de prévention. Son importance justifie qu'il soit cité, malgré sa longueur, in extenso (16) :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

- Le code de la santé publique souligne que « *toute personne prend les décisions concernant sa santé, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit* », le « *médecin doit respecter*

la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix », le médecin doit « tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » et « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » (17).

En matière de législation sanitaire, le concept de consentement « éclairé » représente le leitmotiv du siècle dernier. Depuis l'arrêt Teyssier les principaux débats et réflexions sanitaires s'articulent autour de ce noumène. Le consentement libre et éclairé a été scellé par de nombreux textes législatifs et déontologiques, leur nombre et leur chronologie viennent affermir l'importance de cette notion.

Probablement, dans un souci d'exhaustivité et de rigueur sanitaire, la législation française en est arrivée à inverser les rôles jusqu'alors établis en cas de litige. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002, en cas de conflit, la « présomption d'innocence » du praticien a été troquée par la « présomption de culpabilité ». Il incombe au soignant de fournir les preuves d'une information préalable complète et éclairé. C'est donc au praticien de prouver que le malade a assimilé les informations communiquées, que le patient a décidé librement et sciemment.

D. La communication, un art médical fondamental

Communication, « le mot est à la mode » soulignait Raymond Boudon¹. Il disait aussi : « Le meilleur service à rendre à la cause de la communication c'est peut-être d'en rappeler les difficultés, de manière à mieux les traiter » (18). Cette réalité prend tout son sens lorsqu'il s'agit de la prise en charge médicale de personnes allophones.

Une bonne communication aide à produire des consultations plus efficaces, plus adéquates, plus pertinentes et plus satisfaisantes, tant pour le patient que pour le soignant. Elle est le fondement de la bonne prise en charge (19).

Une mauvaise communication médicale peut être à l'origine de nombreux problèmes, notamment un risque augmenté de poser un diagnostic et donc un traitement erroné, de relation praticien-patient de méfiance, un nombre d'examen inutiles accru ou encore de non-observance des prescriptions thérapeutiques. Dans cette logique, les problèmes les plus souvent rapportés par les patients hospitalisés relèvent du domaine de la communication et de l'information (20).

L'organisation européenne des médecins de famille (WONCA Europe) parle d'une communication « *appropriée* » et « *spécifique* ». Elle la désigne comme un des trois champs d'activité auxquels le soignant doit appliquer ses compétences (avec la démarche clinique et la gestion du cabinet) : « *[La relation soignant-soigné] est déterminée par les capacités de communication du [thérapeute] et est en elle-même une thérapeutique* » (21).

1 – Raymond Boudon : L'un des plus importants sociologues français de la seconde partie du XX^e siècle et du début du XXI^e siècle. Il est mort en 2013. (*Wikipédia*)

La communication a des supports variés : elle est verbale et non verbale. S'intégrant dans des théories complexes (dimension d'empathie, d'authenticité, de considération positive) détaillées par Carl Rogers² (22, 23).

1. La communication verbale

C'est la communication exprimée par la parole. Elle constitue le langage et permet d'exprimer à l'autre des idées, des pensées, de lui faire passer un message, d'entrer en relation avec lui. C'est une manière directe et spontanée de s'adresser à l'autre (24).

Son efficacité n'est pas systématique. Plusieurs critères, s'ils sont respectés, contribuent à rendre la communication verbale efficace, notamment :

- Simplicité du message : utiliser des mots courants, sans longue explication. Le manque de simplicité linguistique peut impliquer un rapport de supériorité et des erreurs de compréhension.
- Clarté et précision : permet de transmettre l'information en totalité.
- Brièveté : un message trop long peut provoquer un manque d'intérêt du récepteur.
- La voix de l'émetteur : une articulation claire, un bon débit, une intonation calme

Les mots utilisés ne sont pas porteurs de la même connotation pour tout le monde. Balint appelle cela la « *confusion des langues* », ce concept est d'autant plus vrai dans la communication entre médecin et patient. Il s'agit de malentendus inhérents au langage au sein de la relation soignant-soigné (25) : « *Il y a une dangereuse confusion des langues, chacun parlant un langage qui n'est pas compris et qui est apparemment incompréhensible pour l'autre* ».

2. La communication non verbale

La communication non verbale désigne, dans une conversation, tout échange n'ayant pas recours à la parole (26). Tout est communication, bien au-delà des mots, pour Paul Watzlawick³, « *On ne peut pas ne pas communiquer (...). Que l'on se taise ou que l'on parle, tout est communication.*

2 – Carl Rogers : Un psychologue humaniste américain ayant œuvré dans les champs de la psychologie clinique, de la psychothérapie, de la relation d'aide, de la médiation et de l'éducation. Il est mort en 1987. (Wikipédia)

3 – Paul Watzlawick : Psychologue, psychothérapeute, psychanalyste jungien et sociologue. C'était un théoricien dans la théorie de la communication, ses travaux ont porté sur la thérapie familiale et la psychothérapie générale. (Wikipédia)

Nos gestes, notre posture, nos mimiques, notre façon d'être, notre façon de dire, notre façon de ne pas dire, toutes ces choses "parlent" à notre récepteur » (27).

Le langage des gestes et le langage verbal ne sont en aucun cas séparés, ni dans la façon dont ils sont produits dans notre cerveau, ni dans leurs significations (28). À chaque langue sont associés des gestes et des mimiques caractéristiques de cet idiome. Une langue distille une gestuelle commune à tous les individus, et différente aux individus étrangers à cette langue. Elle dépend également de la culture, de l'individu et de l'environnement (29).

La communication non verbale peut être très expressive, elle complète le message, y ajoute une dimension supplémentaire. L'attitude, les silences, les gestes, le regard, le ton de la voix, l'expression du visage, l'utilisation de l'espace et de la distance entre le soignant et le patient vont être interprétés par le récepteur. Seulement elle ne suffit pas à remplacer les mots et laisse place à une communication basée sur l'interprétation. La personne recevant le message l'interprétera d'une manière différente de celle qui l'envoie, selon ses influences, sa culture et son environnement de toujours (30).

L'usage exclusif de ce type de communication, de gestes et de mimiques pour la prise en charge médicale de patients étrangers⁴ allophones conduirait à des interprétations dangereusement erronées, des contresens regrettables et un entretien contre-productif. Lors d'un colloque avec un patient allophone, la communication non-verbale vêtira une importance dans la mise en confiance du malade, et l'obtention d'une relation sans réticences.

E. Conclusion

La communication médecin-malade est subtile et sujette à de nombreuses confusions. Ainsi, il semble optimiste de penser que la prise en charge de patients allophones, peut se faire sans recours à un interprétariat spécifique. Se reposant tantôt sur des gestes pour faire passer un message ou expliquer un traitement, tantôt sur une langue commune partiellement maîtrisée par le médecin ou le malade, ou même sur un « interprète de fortune ». Malheureusement, on ne devient pas interprète parce qu'on connaît (ou pense connaître) une langue. Les "interprètes informels" peuvent être à l'origine de contradictions graves, d'erreurs de traduction, de négligences. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces lacunes d'interprétations : une méconnaissance linguistique, une inexpérience, une ignorance du propos médical ou parce que le sujet semble embarrassant.

4 – Étranger : Personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française. À la différence de celle d'immigré, la qualité d'étranger ne perdure pas toujours tout au long de la vie : un étranger peut devenir français par acquisition. (INSEE)

Les professionnels instruits à l'interprétariat et aux concepts médicaux, répondent aux principes de confidentialité et d'impartialité. Le recours à un service spécialisé dans ce domaine, supprimerait, très certainement, l'obstacle linguistique le temps de la consultation et des soins.

Pour cette raison, il paraît nécessaire d'examiner la situation de l'interprétariat professionnel dans les structures de santé : Quelle est son importance ? Quelles sont les pratiques actuelles ? Quel bénéfice médical pour les professionnels comme pour les patients ?

III. L'INTERPRÉTARIAT MÉDICAL EN FRANCE

Étymologiquement, le mot « hôpital » vient d'« hospitalité »... Dans cette logique, il semble normal de s'intéresser aux modalités d'accueil et de communication avec les malades ne maîtrisant pas notre langue.

En France, que ce soit pour l'établissement du diagnostic, les thérapeutiques médicamenteuses ou la prévention, l'interprétariat professionnel peine à trouver sa place. Particulièrement recommandé par le guide Comede⁵ (31), son incidence sur le bon déroulement des soins a été documentée par plusieurs publications essentielles (29, 32, 33, 34). C'est aujourd'hui, un moyen reconnu par la profession médicale mais qui demande à être démocratisé.

A. L'interprétariat professionnel : réglementation et importance

1. Cadre réglementaire

Aux États-Unis, la législation oblige les donneurs de soins médicaux à fournir interprétariat et traduction aux patients ne maîtrisant pas la langue du soignant (35). En France, l'interprétariat médical et social n'est pas un droit juridiquement contraignant (32).

Le patient a le droit à l'information afin qu'il soit autonome et puisse décider de manière « libre et éclairée » de s'engager ou non. En 2010, la problématique de l'interprétariat est abordée par les hautes autorités de santé. L'association Inter Service Migrant organise un colloque au ministère de la santé : « Interprétariat, Santé et Prévention ». L'interprète dans le milieu médical est reconnu comme acteur incontournable pour les échanges entre soignants et soignés. Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, y fait une allocution, elle pose un cadre et des engagements sur la question et en particulier dans le secteur hospitalier (36) :

« Ne nous y trompons pas : l'interprétariat n'est pas un luxe accessoire offert au patient. C'est une pratique qui obéit à des impératives éthiques, avec lesquelles on ne saurait transiger. Qui songerait à nier l'importance cruciale d'utiliser le mot juste dès lors qu'il s'agit d'annoncer une pathologie ou d'exposer un traitement à venir ? »

5 – Guide Comede : Édité par le Comité pour la santé des exilés, initialement conçu pour un usage interne, les éditions 2005, 2008 et 2015 du guide ont été diffusées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). (Inpes - Santé publique France)

Les cadres réglementaires et déontologiques abordent de façon implicite la place de l'interprète à travers le droit à l'information, le consentement du patient et la non-discrimination. La suppression des obstacles à la communication est inscrite comme recommandation voire obligation dans les textes suivants (37) :

- Dans les cadres réglementaires européen et français :
 - La charte sociale Européenne (révisée, 1996), partie I, article 11, et partie V, article E,
 - Recommandation et annexe à la recommandation Rec(2006)18/3 du comité des ministres aux Etats membres du conseil de l'Europe⁶,
 - Recommandation de bonne pratique N° 13-IV.2, de la Haute Autorité de Santé (France),
 - Code de santé publique (version en vigueur 2 mai 2012), Chapitre 1, Titre 1,

- Dans les cadres réglementaires propres aux institutions françaises :
 - Codes de l'action sociale et des familles (droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux), lois du 2 janvier 2002,
 - Charte du patient hospitalisé – 2011,
 - Plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015, Axe 2,
 - Loi n° 2016-41 du 27 janvier 2016 de modernisation du système de santé,
 - Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat dans le domaine de la santé, Haute Autorité de Santé, 2017.

- Dans les priorités / recommandations définies par les Programmes Régionaux d'Intégration des Populations Immigrées.

La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en janvier 2016, crée dans le code de la santé publique un article (L. 1110-13) relatif à la médiation sanitaire et l'interprétariat médico-social. Il précise que des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé précisent le contexte permettant aux éloignés des systèmes de prévention et de soins d'avoir accès à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat (38) :

« La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées [...] Ils sont élaborés par la Haute Autorité de Santé ».

6 – Conseil de l'Europe : Organisation intergouvernementale instituée en 1949, qui rassemble 47 Etats membres. Son but est de favoriser un progrès économique et social. Les activités du conseil intéressent tous les domaines de la vie courante, aboutissant sur des normes, chartes et conventions. (Wikipédia)

2. Influences de la barrière de la langue sur la prise en charge médicale

Comme le souligne le rapport du conseil de l'Europe sur les relations interculturelles : « Les malentendus interculturels se paient cher : en temps, à la fois celui du patient et celui du personnel de santé, en souffrance supplémentaire inutile du patient, en dépenses superflues résultant d'un diagnostic erroné ou d'un traitement inadéquat » (39).

Lorsque les langues des protagonistes diffèrent et en l'absence d'interprète, les entretiens médicaux révèlent :

- Des investigations diagnostiques incomplètes et inappropriées (40, 41, 42, 43),
- Un signalement moins important de symptômes (44, 45, 46, 47, 48),
- Un taux d'interventions préventives moins important (29, 43, 49, 50),
- Un taux de suivi thérapeutique plus faible (40, 41, 42, 43, 44, 51, 52),
- Une observance des traitements insatisfaisante (44, 53, 54),
- Un nombre accru de traitements inutiles, ainsi qu'une augmentation du risque d'erreur de traitement (29, 55, 56, 57, 58),
- Une gestion inadéquate des maladies chroniques (54, 58),
- Un recours aux services des urgences plus important (29, 44, 59),
- Une sous-utilisation des services de santé, en particulier des services psychiatriques et préventifs (29, 57, 60),
- Une augmentation du nombre de consultations répétées et inutiles dans différents centres de soin pour le même problème (61, 62),
- Des risques d'erreurs médicales (58),
- Un non-respect des principes de confidentialité ou de consentement éclairé (63),
- Un risque de confondre deux patients (64).

La barrière de la langue participe aussi à creuser les inégalités sociales de santé (65, 66, 67). Les patients ayant des obstacles aux soins liés à la barrière de la langue constituent une population vulnérable (59).

B. La population concernée

1. Situation socio-économique

L'état de santé des immigrés⁷ tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français.

7 – Immigré : Personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. (INSEE)

Il existe également des disparités de santé selon les pays d'origine : les individus originaires d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne ont un meilleur état de santé que les personnes originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord (68). Cet état de santé fragilisé, compliquera l'accès et le maintien de l'emploi (régularité, difficulté à tenir un temps plein ou à rechercher un emploi).

La barrière linguistique bloque l'accès à de nombreux emplois et confine aux emplois en grande partie précaires et communautaires. L'usage et la maîtrise du français n'y sont pas favorisés. Les longues heures de travail hebdomadaires ne laissent pas de temps aux cours particuliers. Ici, un cercle vicieux se met en place, condamnant à rester dans cette situation d'emploi précaire sans réelle perspective d'amélioration en l'absence de maîtrise de la langue. Ces difficultés, et plus généralement l'absence de sécurité financière, se traduisent concrètement sur la qualité de l'alimentation et du logement, contribuant à altérer l'état sanitaire et l'efficacité de la prise en charge médicale. Le cercle vicieux prospère.

2. Les PASS : pour lutter contre les inégalités à l'hôpital

Affronter les inégalités de santé touchant principalement les plus démunis, est aujourd'hui une priorité de santé publique. Les hôpitaux publics (et les établissements privés participant au service public hospitalier) ont comme responsabilités l'accès aux soins pour tous et la lutte contre l'exclusion sociale (69).

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été mises en place dans les hôpitaux par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions en 1998 (70). Elles se veulent être efficace pour l'égalité en matière d'accès aux soins, efficace dans la lutte contre les exclusions (71). Les PASS accueillent ainsi la grande précarité, les plus démunis sur le plan social et psychologique, avec pour objectif de les faire accéder de façon prioritaire au système médico-social (72). Ces cellules de prise en charge médico-sociales peuvent mettre à disposition des interprètes professionnels pour les consultations médicales.

Dans les faits, la présence d'une PASS dans l'organisation d'un hôpital, est associée à un nombre plus important de séjours avec prise en charge par l'Aide Médicale d'État (AME) ou la Couverture Maladie Universelles Complémentaire (CMU-C) (73). Ainsi on peut constater que la stratégie d'emplacement des PASS correspond aux objectifs et missions de ces structures, en visant les zones géographiques modestes au niveau socio-économique.

L'interprétariat professionnel médical et social reste relativement peu employé dans les hôpitaux avec PASS. Ces établissements, au premier plan dans la prise en charge des patients démunis, ont principalement recours au personnel bilingue pour la prise en charge des patients allophones. En 2012, pour 67 hôpitaux avec PASS (Hôpitaux public et hôpitaux participants au service public hospitalier : PSPH) et 81 hôpitaux sans PASS (hôpitaux publics et PSPH) interrogés (32) :

- 84% des hôpitaux avec une PASS déclaraient avoir recours au personnel bilingue de l'établissement (contre 11% pour les hôpitaux sans PASS),
- Seuls 37% des hôpitaux avec une PASS déclarent avoir recours à l'interprétariat professionnel (contre 5% pour les hôpitaux sans PASS).

Avec plus de 8 hôpitaux sur 10 avec PASS ayant recours au personnel bilingue de l'établissement, les PASS semblent très bien placées pour répondre aux besoins d'interprétariat professionnel. Seulement, la présence de PASS au sein de l'hôpital et la simplification du recours aux services d'interprètes professionnels par celle-ci, semblent insuffisants pour convaincre les services hospitaliers d'y faire appel. On pourrait en effet, s'attendre à voir la majeure partie des hôpitaux avec PASS déclarer y avoir recours ; or, moins de 40% des hôpitaux comptant une permanence dans sa structure déclarent son usage. Même placé dans les meilleures conditions en étant subventionné, l'interprétariat médico-social peine à séduire.

À Marseille, le secrétariat de la PASS est situé au rez-de-chaussée de l'hôpital de la Timone. La secrétaire nous a avoué utiliser "Google traduction" pour comprendre la demande et orienter le patient. Une fois le patient dirigé vers la consultation appropriée, le médecin de la PASS utilise un service de traduction téléphonique pour tenir la consultation. Des formulaires préremplis ainsi que des fiches traduites en plusieurs langues, permettraient néanmoins d'améliorer l'orientation, d'encadrer la prise en charge dès la prise de rendez-vous. Les PASS éviteraient ainsi des erreurs d'orientation ou des rendez-vous non respectés liés à des incompréhensions.

C. Prise en charge des patients allophones dans les hôpitaux à mission de service public

1. Une étude référence en France

Dans cette partie nous souhaitons aborder 2 problématiques :

- Comparer l'efficacité de l'interprétariat professionnel par rapport aux autres modalités d'interprétariat,
- Étudier la fréquence de recours aux différentes modalités d'interprétariats dans nos hôpitaux, observer les préférences des différents protagonistes.

Pour le premier point, les pays où les études ont été conduites n'influencera pas les conclusions. L'efficacité d'un interprète professionnel par rapport à un intermédiaire non formé à l'interprétariat a été abordé dans plusieurs publications (28, 29, 31, 32). Une étude britannique montre notamment un meilleur impact du recours à des interprètes professionnels par rapport à l'entourage du patient. Pour cette problématique, les études internationales, peuvent être éventuellement transposées au contexte français (33).

Pour notre deuxième problématique, les pratiques d'interprétariat ainsi que les préférences des différents acteurs dépendent fortement du contexte de recueil des données. De façon générale, le contexte géographique occupe une place méconnue dans les conclusions à tirer des enquêtes, alors même qu'il conditionne entre autres le choix de l'intervention de référence, l'épidémiologie, les comportements de soins induits par le système de soins, les coûts unitaires et relatifs, voire l'acceptation sociale. Ainsi l'épidémiologie, la répartition sociale, l'étendue des langues étrangères, l'intégration et l'ancienneté des communautés dans le pays, le nombre de personnes parlant une langue parmi les personnels médicaux, le fonctionnement interne des structures de soins ou la formation des soignants en matière d'interprétariat médico-social sont autant de différences fondamentales pouvant remettre en cause l'application des contextes d'études américaine, canadienne, britannique, australienne, suisse, africaine ou saoudienne au contexte français.

Pour l'étude britannique de 2007, une revue systématique des études comparatives portant sur l'interprétariat professionnel en santé a permis de retrouver 28 études publiées en anglais dans des journaux à comité de lecture entre 1966 et 2004 (33). Cette stratégie de recherche a été reprise en 2012 pour la première étude française d'envergure sur le sujet, 18 études supplémentaires ont été incluses (32). Au total, pour la période de 1966 à 2012, 46 études comparatives portant sur les services d'interprétariat professionnel ont été réalisées, 33 d'entre elles ont été menées aux États-Unis, 3 au Canada, 3 en Australie, 2 au Royaume-Uni, 3 en Suisse, 1 en Afrique du Sud et 1 en Arabie-Saoudite. Les études américaines sont fortement marquées par le contexte social du pays : 28 études se concentrent sur la communauté hispanophone, 2 sur la communauté asiatique et 3 étudient ces 2 communautés. Dans le contexte américain, deux modalités principales d'interprétariat ont été étudiées dans la prise en charge des patients hispanophones : les soignants bilingues, et la présence permanente d'interprètes professionnels dans les structures de soins. Sur l'ensemble de ces études, aucun essai contrôlé randomisé conduit exclusivement dans une population de patients allophones et comparant un indicateur de morbi-mortalité selon le recours ou non à l'interprétariat professionnel n'a été retrouvé.

Néanmoins, certains résultats internationaux convergent concernant la qualité de soins (32) :

- Quelle que soit la modalité d'assistance linguistique étudiée, l'amélioration de la qualité des soins n'atteint pas celle mesurée dans la population de référence (anglophone dans le contexte américain) ;
- Le recours à un interprète professionnel permet d'améliorer sensiblement la qualité des soins dans la population allophone par rapport à l'absence de tout recours ;
- L'orientation d'un patient vers un médecin qui parle la langue du patient (essentiellement l'espagnol dans le contexte américain) permet d'améliorer la qualité des soins.

Ainsi, pour les raisons suscitées, la problématique de l'interprétariat médical et les pratiques dans et la prise en charge des patients allophones dans les hôpitaux français seront analysés principalement à partir de l'étude française de 2012 : «

Analyse de pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et du diabète ». Jusqu'aujourd'hui elle est la seule étude comparative d'envergure en France (32). L'étude a été menée par Michaël Schwarzinger, dans le cadre du programme ATIP-Avenir mis en place par le CNRS et l'Inserm. Une analyse médico-économique a été voulue dans cette étude, avec trois champs d'informations :

- 1- La définition des interventions comparées pour une population cible ;
- 2- La mesure quantitative de l'efficacité des interventions, habituellement en termes de morbi-mortalité ;
- 3- La mesure des coûts induits ou évités par rapport à l'intervention de référence dans la perspective du système de soins.

Le patient allophone y a été défini comme ne parlant pas du tout ou pas suffisamment le français pour comprendre une consultation sans interprétariat. Au total, 82 médecins et 436 patients ont été inclus : 198 patients « allophones » et 238 patients francophones., dans 9 hôpitaux publics ou PSPH (8 en Île-de-France et 1 à Marseille : CHU Nord) et 4 centres de lutte antituberculeuse (CLAT) en Île-de-France (74). Les hôpitaux ayant le plus de chance d'accueillir des patients allophones ont été ciblés, avec 3 critères d'inclusion (74) :

- Hôpital public ou PSPH,
- Existence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en 2007,
- Dotation MIG « précarité »⁸ reçue en 2010 (plus de 10,5% de séjours relevant d'une AME ou CMU-C).

Le recrutement des patients s'est fait comme suit :

- 216 (50%) patients dans 8 services de maladies infectieuses,
- 168 (38%) patients dans 5 services de diabétologie/endocrinologie,
- 52 (12%) personnes dans 4 CLAT.

Le ciblage de l'enquête a permis d'inclure 327 (75,0%) patients nés à l'étranger, desquels 198 allophones (60,5% des patients étrangers). Ciblant de fait, une population moins favorisée en termes socio-économiques et moins instruite (75) :

- 20,6% des patients sont couverts par la CMU-C,
- 18,6% par l'AME,
- 3,2% ne déclarent aucune couverture sociale ;
- 20% des patients n'ont jamais été scolarisés,
- 67 % ont un niveau d'études inférieur au bac.

Avec 45% des patients inclus allophones, les critères de ciblage sociaux-économiques des populations ainsi que les critères d'inclusion des structures de soins ont été fructueux. Permettant d'obtenir au total 436 patients dont près de la moitié ne maîtrisant pas assez le français pour suivre une consultation sans assistance. L'auteur a ainsi pu obtenir un large échantillon pour une analyse d'envergure.

8 – MIG « précarité » : Financement complémentaire attribué aux établissements de santé sous forme de dotation MIG (mission d'intérêt général) afin de soutenir l'accueil des personnes précaires en hospitalisation. (Ministère des Solidarités et de la Santé)

2. Différents moyens d'interprétariats utilisés

Du point de vue des soignants, la présence d'une tierce personne pour traduire est nécessaire pour surmonter les difficultés de communication. Seulement, le recours aux services d'interprétariat professionnel est rare, 2% (pour 154 consultations de services hospitaliers) ; tout en sachant que les services les plus susceptibles d'accueillir les patients allophones ont été analysés par les enquêteurs (76). Pour conduire l'examen médical, les médecins ont le plus souvent recours à d'autres modes d'interprétariat, des interprétariats « de fortune ». Trois modes d'interprétariat se distinguent (77) :

- Le recours au personnel bilingue,
- Le recours aux accompagnants,
- Le recours à l'interprétariat professionnel.

En général, les services hospitaliers ont recours à l'ensemble des modalités d'interprétariat. Toutefois, les services se départagent quant à la fréquence et à la préférence d'un type d'interprétariat par rapport à un autre. Les chefs de services s'accordent sur le fait que l'absence de recours à toute forme d'interprétariat pour une consultation, reste une situation exceptionnelle (78).

(1) Le personnel bilingue

Le recours au personnel bilingue, soignant ou non soignant, est courant dans les pratiques des hôpitaux avec PASS (84% des hôpitaux) (79). Face à l'obstacle de la langue, les soignants se tournent naturellement et prioritairement vers cette solution à portée de main. Cependant, les traductions menées par un membre du personnel soignant ou un membre du personnel non-soignant ne se valent pas.

Le personnel non-soignant pourra manquer de neutralité et de professionnalisme, avec des fautes éthiques et déontologiques. Un risque d'excès de traduction existe pour ces traducteurs informels. Un exemple permet d'illustrer cet excès. Quand un patient dit : « j'ai mal à la tête, j'ai des courbatures », le personnel non-soignant risque de traduire : « le patient a une grippe ». Un « diagnostic » non vérifié est ainsi donné, des symptômes sont ainsi omis. Ce risque est également décrit depuis 1982 pour les interprètes professionnels (80), un professionnel sera cependant plus vigilant sur ce point (81). Un personnel non-soignant aura tendance à omettre les « petites discussions », les « petites remarques » du patient qu'il jugera peu importante. Si un soignant sait discerner les informations importantes de celles plus légères, un non-soignant (qu'il soit membre du personnel ou simple accompagnant) pourrait négliger des éléments de diagnostic importants.

La pratique quotidienne dans les hôpitaux ne tient pas compte de cette nuance décisive. En situation réelle, le choix entre personnel soignant et non soignant est un luxe qui ne s'offre pas souvent. L'assistance linguistique de personnel bilingue

soignant ou non-soignant est, avant tout, soumise à la langue étrangère demandée et à la disponibilité du personnel bilingue. À compétence égale, les services privilégient, le recrutement de soignants parlants des langues étrangères fréquemment rencontrées, en vue d'augmenter les possibilités de recours à ce mode d'interprétariat (79). Une formation des membres du personnel non-soignant à l'interprétariat améliorerait très certainement leurs interventions en tant qu'interprète.

Les hôpitaux faisant face à un fort besoin d'interprétariat médical, établissent une liste des membres du personnel parlant une langue autre que le français, les personnes inscrites sur la liste peuvent être sollicitées en cas de besoin. Seulement, l'inscription des professionnels sur ces listes se fait sur seule déclaration du professionnel annonçant maîtriser la langue. Aucun niveau seuil ne semble défini ou requis. Sont ainsi associés au sein d'une même liste des niveaux très disparates, allant de la personne qui interprète pour sa langue maternelle, à celle qui a maîtrisé il y a un certain nombre d'années une langue qu'elle ne pratique plus aujourd'hui (82).

(2) L'accompagnateur du patient

Ce type d'interprétariat focalise la plupart des réserves en matière de fiabilité de traduction, d'impartialité et de respect d'autonomie. Des accompagnateurs variés, plus ou moins fiables, peuvent faire office d'interprète. Leur efficacité dépend de leur propre habilité linguistique et du lien les unissant avec le patient. La nature de la relation malade/accompagnant influence considérablement la prise en charge (enfant, amis, relations...) (82, 83, 84).

Néanmoins, la statistique d'être accompagné en salle d'attente est multipliée par 4 fois pour un patient allophone (85), preuve qu'il est l'interprétariat privilégié des patients allophones.

L'utilisation de ce mode d'interprétariat est bien plus fréquente que le recours à un interprète professionnel. Parmi les raisons évoquées par les médecins expliquer cette préférence (86) :

- La facilitation des nombreuses démarches administratives des patients allophones,
- L'accompagnement lors de séances prolongées d'éducation thérapeutique,
- Le relais éducatif de l'accompagnant dans la durée, l'amélioration de l'observance et le renforcement de l'alliance thérapeutique avec le patient,
- La complexité de l'organisation nécessaire au recours à l'interprète professionnel,
- L'allongement des consultations lors du recours à l'interprétariat professionnel, qui freine le rythme des examens médicaux.

L'implication de l'accompagnateur est un paramètre déterminant qui semble varier selon la nature de la relation avec le malade. En moyenne 39% patients allophones ont pu donner le nom d'au moins 1 médicament parmi ceux prescrits, contre 81% des 192 patients francophones ; 27% des patients allophones ont pu donner le nom d'un examen de suivi du traitement, contre 63% des patients francophones. Parmi les

patients allophones ceux ayant eu un accompagnant autre que le conjoint pour traduire, entretiennent le niveau de littératie en santé le plus faible.

Lorsque l'accompagnateur est le conjoint, patient et médecin s'accordent à dire que la compréhension globale est significativement meilleure qu'avec un autre accompagnateur (87) :

- Avec le conjoint comme accompagnant :
 - Les patients notent la compréhension à 15,5/20,
 - Les médecins notent la compréhension à 12,1/20 ;
- Avec un accompagnant autre que le conjoint :
 - Les patients notent la compréhension à 8,5/20,
 - Les médecins notent la compréhension à 10,3/20,

Les patients allophones et les médecins jugent la compréhension à la suite d'une traduction par un accompagnant, quel qu'il soit, inférieur à celle menée par un soignant bilingue ; avec un soignant bilingue seul, les patients notent la compréhension à 15,9/20, les médecins donnent la note de 14,0/20. Sans surprise, la compréhension des patients francophones est jugée bien supérieure par les patients francophones (18,8/20) et les médecins (17,1/20). Ainsi, les connaissances médicales et l'expérience de prise en charge des soignants semblent avoir un rôle important dans la qualité de prise en charge des patients allophones.

L'accompagnant a un rôle plus large que celui d'un simple interprète, au quotidien, il endosse aussi le rôle d'éducateur en santé ; rôle crucial mais aussi très lourd (en disponibilité et en responsabilité) (88). Les médecins donnent de l'importance à ce rôle : dans l'hypothèse d'une pathologie chronique et d'un accompagnant adulte francophone, 87% des médecins choisissent l'accessibilité de l'accompagnant et l'opportunité d'obtenir une éducation thérapeutique continue entre deux consultations, plutôt que le recours à un interprète professionnel (86).

Il faut cependant souligner le fait que le rôle d'accompagnateur est une responsabilité contraignante, empiétant souvent sur la vie professionnelle de la personne accompagnatrice et influençant la vie personnelle de l'accompagné, amplifiant ainsi la dépendance du patient (88). Ce constat partagé par les accompagnants n'est pas pris en compte par les soignants. Au final, cet interprétariat n'est pas maîtrisé, le médecin n'a aucune garantie d'efficacité ou de résultat, il ne peut prédire ni la fiabilité ni le sérieux de l'accompagnant. Son recours est hasardeux et souvent peu fiable.

(3) L'interprétariat professionnel

Les médecins s'accordent tous sur la nécessité de faire appel à un tiers pour traduire lorsqu'ils rencontrent des difficultés de communication avec un patient allophone. Les 3/4 des médecins ont connaissance théorique de l'interprétariat

professionnel, mais près des 2/3 déclarent n'y avoir jamais ou rarement recouru dans la pratique.

Dans certains cas son recours semble tout de même indispensable, notamment lorsque (32) :

- L'accompagnateur ne semble pas lui-même maîtriser assez bien la langue,
- Le secret médical le plus strict doit être assuré,
- L'accompagnateur est un enfant,
- Le service n'a pas la possibilité de mettre à disposition un personnel parlant la langue du patient,
- Un risque d'épidémie ou de propagation simple existe : s'assurer de la compréhension des mesures d'hygiène.

À la différence des autres modes d'interprétariat, le recours à un interprète professionnel est l'assurance d'une traduction fiable et neutre ainsi que du secret médical. Sa présence autorise le débat relatif aux équivoques ou aux méprises liés aux considérations culturelles du soin et de la maladie. Pour l'interprète, réaliser la transition entre deux langues et deux cultures demande un fort investissement subjectif et une bonne perception du contexte médicosychosocial (89).

Dans les années 2000, et en lien avec les demandes d'asile, les services de la plus grande association d'interprétariat médico-social en France, l'association Inter Santé Migrants Interprétariat (ISM Interprétariat), ont observé une demande recrudescence pour plusieurs langues peu fréquentes : le mongole, le tibétain, plusieurs langues et dialectes d'Afrique anglophone (Nigeria, Liberia et Sierra Léone). En 2010, la direction de l'association a également noté une forte demande concernant les langues d'Afghanistan (dari et pashto), d'Iran (farsi et dari), l'arabe du Soudan et d'Irak, le russe, l'albanais, le roumain et le serbo-croate (90). La demande d'interprétariat professionnel pour une langue semble croître sous l'effet des vagues d'immigration des populations la maîtrisant (32).

(a) Définition et déontologie

La "Définition du métier" ici présentée est partagée par dix associations françaises proposant des services professionnels d'interprétariat en milieu médical et social. Ces associations ont élaborés, en 2012, une "Charte de l'interprétariat médical et social professionnel", à laquelle elles ont adjoint ces définitions (91).

(i) Définition :

L'interprète en milieu médical et social exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même
--

langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

- Restitue dans la langue cible le discours (les propos) exprimé dans la langue source, en termes de contenu, de niveau de langue, d'intention, de tonalité, ...
- Retranscrit avec justesse - autant que possible - les nuances, les traits d'humour, les émotions, ...
- Veille à la compréhension entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits,
- Utilise des compétences non seulement linguistiques, mais aussi interculturelles ainsi que des connaissances spécifiques aux principaux champs d'intervention.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

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

De manière spécifique, l'interprète médical et social :

- Exerce son activité au sein d'une diversité d'institutions et de lieux,
- Exerce son activité entre des usagers non ou peu francophones, et les acteurs professionnels notamment des services publics, administrations, associations, (ou exerçant en privé), qu'ils soient travailleurs sociaux, médecins, soignants, éducateurs, enseignants,

Intervient au sein d'une relation souvent asymétrique, entre les professionnels des différents domaines et les usagers dans une position de besoins et de demandes.

(ii) Déontologie :

Fidélité de la traduction

L'interprète en milieu médical et social restitue les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité, sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens.

Confidentialité et secret professionnel

L'interprète en milieu médical et social a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au même secret professionnel que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.

Impartialité

L'interprète en milieu médical et social exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale aux différents protagonistes.

Respect de l'autonomie des personnes

Il n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes. Il leur reconnaît les compétences pour s'exprimer en leur propre nom et prendre des décisions en toute autonomie. Il ne se substitue pas à l'un ou à l'autre des interlocuteurs.

(b) L'interprétariat médical et social :
principalement associatif

Aujourd'hui, il n'existe pas de service public d'interprétariat en France. Quelques rares institutions se sont dotées d'interprètes professionnels au sein même de leur organigramme.

Outre ces exceptions, l'interprétariat médical et social en France est assuré par des services à but non lucratif. Des associations spécialisées proposant des services payants par déplacement du professionnel ou par téléphone. Ces associations sont devenues incontournables (92).

L'étude française de 2012 se concentre sur « ISM Interprétariat », la plus grande association d'interprétariat médical et social en métropole. Association loi 1901, créée à Paris en 1970, elle dispose d'une plate-forme à numéro unique, basée à Paris pour le service à distance et basée localement pour le service physique.

Lors de l'appel, un opérateur oriente le professionnel vers le service demandé et pour la langue concernée parmi les 106 langues proposées ; un rendez-vous est alors fixé pour ISM physique tandis que pour ISM à distance, la mise en relation avec l'interprète peut être réalisée dans les minutes qui suivent (93).

Les structures de soins faisant appel aux services d'ISM Interprétariat peuvent bénéficier depuis 25 ans d'une subvention de la Direction Générale de la Santé (DGS) directement versée à l'association. Cette intervention de la DGS permet également une simplification de l'accès aux services. L'attribution de ces financements, a beaucoup évolué. En 2010, la DGS a mis fin à cette subvention pour les services hospitaliers, sauf en cas de prise en charge de la tuberculose. Aujourd'hui, certaines structures bénéficient encore de ces droits, notamment les associations de prise en

charge de migrants dans le cadre de la prévention et du traitement des maladies infectieuses.

(c) Les services d'interprétariat proposés

Le type d'organisation et l'usage, ou non, de l'interprétariat professionnel dans un service, dépend du nombre de patient demandeurs pour une même langue. Différents services d'interprétariats peuvent être proposés (94) :

- Des permanences d'interprète dans les services demandeurs,
- Des visites à la demande, avec prise de rendez-vous,
- Des services d'interprétariat à distance : par téléphone ou vidéoconférence.

Chaque modalité d'interprétariat semble répondre à des modes d'organisation différents. Le tableau ci-dessous, détaille les demandes d'interprétariat formulées à ISM Interprétariat, en Île-de-France, pour l'année 2008 (Tableau 1).

Structures de soins	Demande totale en 2008-2012, nb (%)	Type de service d'interprétariat, nb (%)		
		Permanence	Visite	Téléphone
	n=130435	29388 (22,5)	42615 (32,7)	58432 (44,8)
PMI (Protection Maternelle et Infantile)	42688 (32,7)	18298 (42,9)	18207 (42,6)	6183 (14,5)
CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)	1271 (1,0)	0	19 (1,5)	1252 (98,5)
CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse)	468 (0,4)	0	11 (2,4)	457 (97,6)
PREVENTION (autres structures ambulatoires de prévention)	1010 (0,8)	0	225 (22,3)	785 (77,7)
HOPITAL MCO (court séjour)	36127 (27,7)	7893 (26,9)	10454 (28,9)	17780 (49,2)
Hôpital psychiatrique (sectorisation)	3169 (2,4)	5 (0,2)	2528 (79,8)	636 (20,1)
Autres structures psycho-sociales	6617 (5,1)	3 (0,1)	6149 (92,9)	465 (7,0)
ASSOCIATIONS (MDM, COMEDE, MSF, Primo Lévy)	14276 (10,9)	3189 (22,3)	5019 (35,2)	6068 (42,5)
SAMU SOCIAL de Paris	24809 (19,0)	0	3 (0,0)	24806 (99,9)

Abréviations : MDM (Médecin Du Monde) ; MSF (Médecins Sans Frontières) ; COMEDE (COMité MEDical pour les Exilés) ; Association Primo Lévi (Soins et soutien aux personnes victimes de la torture et de la violence politique)

Tableau 1 : Détails des demandes de services d'interprétariat professionnel formulées à ISM Interprétariat par type de structure de soins, en Île-de-France, de 2008 à 2012 (95).

Les PMI sont les premiers demandeurs d'interprétariat professionnel en Île-de-France sur la période 2008-2012 avec près d'un tiers des demandes. Avec seulement 7 demandes subventionnés par la DGS sur cette même période (moins de 0,1% des demandes), toutes pour des services téléphoniques, les PMI ont dû consacrer à l'interprétariat un budget propre. Ayant des missions aussi importantes que l'accompagnement et la prévention auprès des nouveaux parents et aussi grave que la détection des enfants en danger, le fonctionnement par rendez-vous des PMI privilégie la présence physique des interprètes dans plus de 85 % des demandes formulées à l'association ISM.

Le Samu social de Paris est un des plus importants demandeurs en service d'interprétariat professionnel à Paris. Le déplacement permanent de ces intervenants auprès de personnes isolées socialement impose le service téléphonique.

(i) Le service physique

Le service physique présente un avantage non négligeable : une dimension humaine et une prise en compte de la communication non verbale, indispensables en psychiatrie. La présence physique de l'interprète instaure une complicité culturelle au sein de la relation thérapeutique, ce privilège présente un coût financier important (96).

Les permanences d'interprètes professionnels

Le professionnel se déplace et assure des permanences pour une même langue. Il s'agit de l'organisation préférentielle mise en place dans les Protection Maternelle et Infantile, avec 43% des demandes formulées à ISM par les PMI d'Ile-de-France. 27% des demandes proviennent de services hospitaliers (notamment des maternités). Cet aménagement permet de répondre à des demandes fréquentes et nombreuses pour une même langue.

Les visites ponctuelles

Les visites ponctuelles sur rendez-vous, correspondent à l'organisation des services de psychiatrie. Les visites ponctuelles correspondent à : 80% de la demande en interprétariat des hôpitaux psychiatrique, 93% de la demande des « autres structures psycho-sociales » et 43% de la demande des PMI.

(ii) Le service à distance

Disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ce mode d'interprétariat, mis en place par ISM depuis 1989, est connu dans la profession : 75% des médecins ont connaissance de l'interprétariat professionnel par téléphone. Les Services d'interprétariat par téléphone sont peu utilisés par les médecins en général. Ils conviennent à certains services et certaines organisations : CLAT, SAMU, Unité Sanitaire pénitentiaire, services de dépistage et de prévention.

Les atouts de ce mode d'interprétariat sont patents lorsque la prise de rendez-vous est impossible (services de soins pénitentiaires). L'absence physique de l'interprète, renforce le sentiment d'anonymat, indispensable dans certaines situations (centre

dépistage VIH-SIDA). La diversité des langues potentielles ainsi que la disponibilité sont des atouts majeurs. La communication non-verbale y est cependant sacrifiée (92).

Parmi les critiques faites à cette pratique (97) :

- Un délai trop long pour obtenir un interprète, et pour expliquer le contexte de la consultation avant le début de l'interprétariat,
- La lourdeur de l'organisation administrative hospitalière pour obtenir les codes permettant de contacter le service.

Ce sont les professionnels n'ayant jamais utilisé le service par téléphone qui appréhendent le temps d'attente pour être mis en contact avec l'interprète. Ce reproche n'est pas fait par les professionnels ayant déjà utilisé le service (32). Des restrictions techniques peuvent aussi exister, toutes les chambres des hôpitaux ne disposant pas d'un téléphone.

(d) Les limites de l'interprétariat professionnel

Quel que soit le mode d'interprétariat (professionnel ou non), les médecins regrettent l'allongement de la durée de consultation : « *Le temps est doublé, tout est répété avec la traduction* » (32). Ces impressions sont inexactes, en 2003 une étude américaine comparait les durées moyennes de consultations des :

- Patients allophones avec accompagnant bilingue,
- Patients allophones avec interprète professionnel,
- Patients non-allophones (Tableau 2).

Type de patient	Type d'interprétariat	Durée moyenne de consultation (différence avec patient non-allophones)	Durée moyenne de présence dans le service (différence avec patient non-allophones)
Patients Non-allophones	—	28,0 min	82,4 min
Patients Allophones	Professionnel sur place	26,8 min (- 4,3%)	91,0 min (+ 10,4%)
	Accompagnateur bilingue	34,4 min (+ 22,9%)	92,8 min (+ 12,6%)
	Professionnel par téléphone	36,3 min (+ 29,6%)	93,6 min (+ 13,6%)

Tableau 2 : Comparaison des durées moyennes de prise en charge selon les modalités d'interprétariat (98).

En moyenne, le temps de présence dans un service médical d'un patient allophone, de l'admission jusqu'à la sortie, est 12% plus long que pour un patient non-allophone. La difficulté des patients allophones à s'orienter dans le service est, sans doute, un paramètre influençant ce constat. Pour l'interprétariat téléphonique, la consultation n'est pas « doublée », mais allongée de 30% en moyenne. Cependant, la durée moyenne en consultation est plus rapide de près de 5% pour les patients allophones avec un interprète professionnel sur place par rapport aux patients non-allophones.

Avec des patients allophones les soignants peuvent limiter les échanges aux seules informations essentielles, cette hypothèse peut être une raison expliquant ce résultat étonnant, mais elle n'est pas la seule. En 2000, aux États-Unis une différence de 5,1 minutes était établie entre les patients parlant l'espagnol et les patients parlant le russe (99). Ces études au contexte américain permettent, tout de même, de dessiner la tendance d'une vérité bien loin des idées partagées sur ce sujet.

Les soignants évoquent souvent le coût de l'interprétariat professionnel, surtout quand la direction hospitalière leur demande de réduire les frais de gestion. Très peu de soignants connaissent réellement le coût du service d'interprétariat. Certains considérant que même si ces services étaient subventionnés, ils resteraient trop onéreux "pour le contribuable".

Les modalités plus faciles et plus rapides de recours à l'interprétariat professionnel existant dans la période où ce service était subventionné par la DGS, induisent une augmentation de la demande d'interprétariat professionnel de 19,7 %. Cependant, la demande totale d'un hôpital est multifactorielle (83).

De manière moins fréquente, les interprètes professionnels sont, eux aussi, susceptibles de faire des erreurs avec des conséquences potentiellement sérieuses (58).

3. Aspect médico-économique

Pour l'interprétariat professionnel, les enjeux de santé publique se mesurent aussi économiquement.

Ayant une influence sur la prise en charge ainsi que la qualité de traitement, le choix de la modalité d'interprétariat aura un impact certain sur les coûts sanitaires directs et indirects des patients allophones.

En comparant les tarifs facturés par 10 organismes d'interprétariat en France, dont 9 signataires de la charte de l'interprétariat médical et social professionnel, une grille tarifaire a pu être établie lors d'une étude du fond européen pour les réfugiés.

Ayant été recueillies il y a plus de 3 ans, les tarifs présentés ont pu évoluer, ils ne sont cités qu'à titre indicatif. Cette grille inclue des tarifs pour des prestations non-médicales (94). Les prestations pour des services médicaux étant généralement assurées par des associations à but non lucratif, elles ont des prix dans la moyenne basse des tarifs constatés (Tableau 3). Le prix des services d'interprétariat par déplacement n'inclut généralement pas les frais de déplacement. Les tarifs généralement pratiqués par les organismes ne dépendent pas du nombre ou de la rareté des langues proposées.

Quelques repères à partir de tarifs constatés		Minimum constaté -	Maximum constaté +
Interprétariat par déplacement ou sur place	½ h	15 €	108 €
	1 h	30 €	108 €
	3 h	90 €	228 €
Interprétariat téléphonique	¼ h	15 €	38 €
	½ h	15 €	52 €
	1 h	30 €	101 €

Tableau 3 : Grille des tarifs moyens en France en matière d'interprétariat professionnel, 2014- 2016 (94).

Le prix des interprètes professionnels n'est pas le seul paramètre à considérer. Les barrières linguistiques augmentent les coûts médicaux par des mécanismes directs et indirects (Figure 1) : en augmentant le risque d'erreurs médicales et de complications de la maladie et en produisant des coûts inutiles (98).

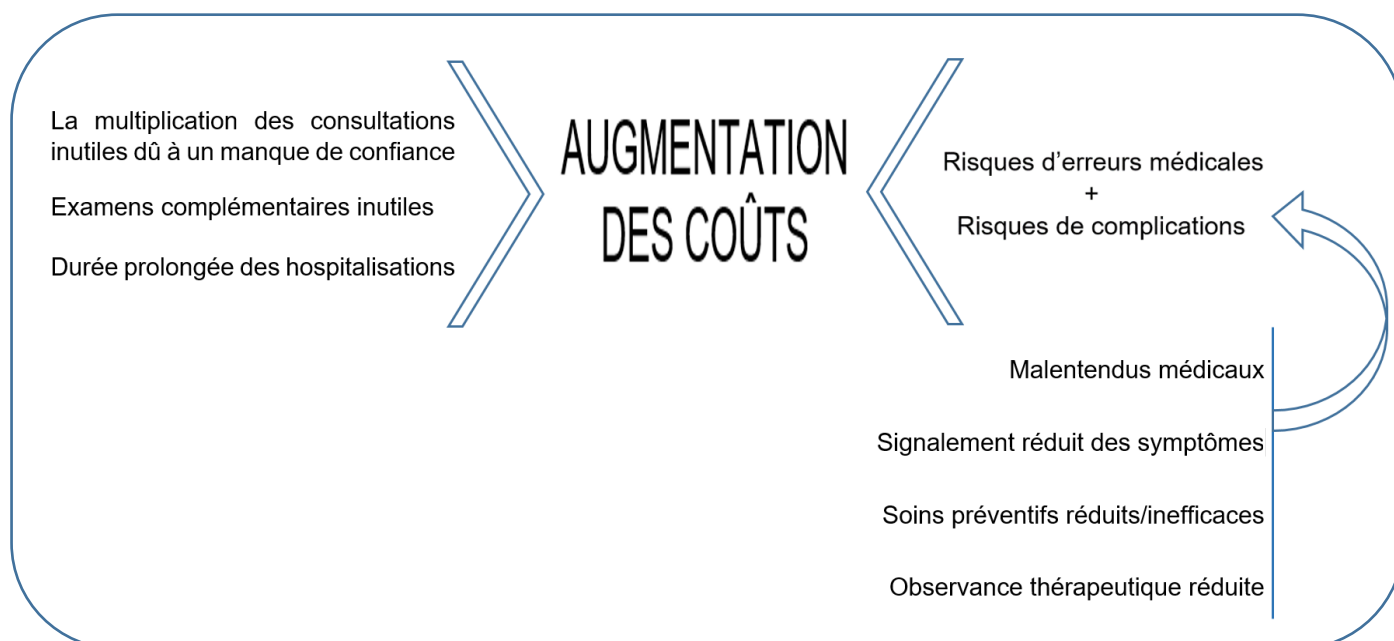


Figure 1 : Mécanismes direct et indirect d'augmentation des coûts sanitaires par la barrière de la langue.

L'évaluation de la « rentabilité » d'un interprète professionnel est difficile, elle nécessite une analyse médico-économique complexe. Plusieurs paramètres doivent être pris en compte, notamment :

- La nature de la pathologie et des thérapeutiques : ainsi les risques d'incompréhensions, d'erreurs médicales, de complications varient énormément. La potentielle gravité des erreurs et des risques sera différente lors d'une consultation pour un détartrage de celle pour un bilan avant chimiothérapie ;
- Le coût des examens complémentaires « inutiles » doit aussi être pris en compte, prescrire inutilement un bilan NFS n'aura pas le même coût que la prescription incorrecte d'une IRM. Dans cet exemple, le premier coûtera moins de 10€ et le second coûtera plus de 70€ ;
- Les coûts indirects liés à une prescription erronée sont également importants, un frottis mal prescrit provoquera des complications aux coûts bien inférieurs à ceux provoqués par des anti-inflammatoires non stéroïdiens prescrits à un patient asthmatique ;
- Le nombre de séance d'interprétariat lors d'une prise en charge, et donc le temps global de présence de l'interprète professionnel. Avoir recourt à un interprète professionnel pour une consultation simple quelle qu'elle soit n'aura pas la même incidence financière que la prise en charge global d'un patient diabétique.

Les coûts indirects sont difficiles à évaluer. Sur le long terme, il semble difficile d'estimer le coût d'une prévention contre le VIH inadaptée à la population allophone, de la mauvaise observance pour des antibiothérapies ou des autres coûts sanitaires aux influences multiples.

Au niveau international, plusieurs études donnant des résultats et des conclusions médico-économiques existent (46, 57, 100, 101). Chaque résultat obtenu est propre au contexte de son étude. Les prix des interprètes varient entre les pays, la proportion de soignants bilingues change, les coûts sanitaires, les systèmes de soin ainsi que les systèmes de couverture santé différent. Les contextes de ces études ne peuvent s'appliquer au cadre français.

A partir des données actuellement disponibles, il n'est pas possible d'affirmer que l'interprétariat professionnel réduit les coûts de santé, les conclusions scientifiques internationales divergent. L'idée selon laquelle l'interprétariat professionnel coûte plus chère n'est pas vérifiée, son antithèse ne l'est pas plus.

4. Observance thérapeutique

L'appréciation de la supériorité d'un moyen d'interprétariat par rapport à un autre, ainsi que de la qualité de l'information transmise, se fait notamment par évaluation de l'observance thérapeutique.

Les praticiens jugent l'observance des patients francophones à 15,9/20 en moyenne. L'observance des patients allophones est jugée significativement inférieure par ces mêmes soignants quel que soit le mode d'interprétariat utilisé. Ils la jugent équivalente entre le recours à un interprétariat professionnel (14,1/20) ou à un membre bilingue du personnel soignant (14,0/20) (102).

En revanche, la note attribuée diminue significativement concernant les recours aux :

- Membres bilingues du personnel non-soignant : 13,1/20,
- Accompagnants : 12,6/20.

Ces chiffres nous montrent notamment une amélioration significative de l'observance des patients allophones avec le recours à l'interprétariat professionnel, par rapport à l'interprétariat par un membre bilingue du personnel non-soignant ou par un accompagnant du patient, ainsi qu'une meilleure autonomie du patient. L'équivalence entre l'interprète professionnel et le personnel soignant bilingue au niveau de l'observance thérapeutique ne permet pas d'affirmer une équivalence au niveau de la qualité de soin globale. Elle permet cependant, de rassurer quant à la prise en charge par les soignants bilingues lors des thérapeutiques les plus courantes, sans contexte psychologique ou culturel complexe.

5. Préférences des protagonistes en matière d'interprétariat

En pratique, dans nos hôpitaux à mission de service public, le recours aux professionnels dépend du recours au personnel interne bilingue. En l'absence de personnel bilingue, le recours à l'interprétariat professionnel est doublé par rapport à la présence de personnel bilingue.

Seule une minorité des patients allophones (13,3% pour 198 patients allophones interrogés) connaît l'interprétariat professionnel. Après en avoir été informé, la moitié (48,2%) aurait préféré l'intervention d'un interprète professionnel lors de leur consultation (103). Ils y voient :

- Un moyen de garantir leur compréhension,
- Un moyen qui améliorerait la thérapeutique et le suivi,
- Un moyen de préserver la confidentialité médicale,
- Un moyen de mieux se prendre en charge. Évitant de solliciter continuellement les proches, en même temps que d'en être moins dépendant.

Le rôle d'interprète-éducateur sanitaire et d'assistance familiale, demande une assiduité et une présence supplémentaires, difficiles à assurer pour les accompagnants de patients allophones. Ce rôle est identifié comme crucial, mais il est aussi extrêmement lourd à tenir dans la durée (88).

De manière générale, l'intervention des interprètes professionnels contribue à (104) :

- Améliorer la satisfaction du patient et des professionnels de santé,

- Garantir l'éthique médicale en ce qui concerne le consentement éclairé et la confidentialité,
- Améliorer la compréhension et l'observance du traitement,
- Améliorer l'éducation et l'information sanitaire,
- Améliorer l'accès aux soins, surtout en médecine préventive,
- Diminuer les risques d'erreurs médicales,
- Améliorer l'efficacité et l'effectivité de l'orientation vers des spécialistes,
- Réduire les coûts inutiles causés par des examens de diagnostic, des traitements, des durées des séjours hospitaliers, des consultations répétées chez différents donneurs de soins de santé.

Ces préférences dépendent également des considérations individuelles et sociales spécifiques. L'étude de Brooks au Royaume-Uni, révèle que 11% des patients ayant profité des services d'un interprète professionnel, n'ont pas apprécié l'intervention de celui-ci, lui reprochant d'être notamment impoli (105).

Nous pouvons ainsi comprendre que lorsqu'il n'est pas effectué par un interprète qualifié, le mode d'interprétariat est moins un choix qu'une contrainte liée à l'absence d'alternative, contrainte qui semble peser sur près de la moitié des patients (32).

6. Recommandations

Dans leur étude, les auteurs mettent en avant des recommandations pour les situations au cours desquels l'absence d'un soignant bilingue imposera la présence d'un interprète formé (interprète professionnel, ou personnel hospitalier bilingue formé à l'interprétariat) (32) :

« - *La consultation initiale d'un patient pris en charge pour une maladie chronique et/ou infectieuse. Une partie de cette consultation permettrait de faire connaître au patient sa possibilité ultérieure d'avoir l'assistance d'un interprète dont on fera connaître l'obligation de respect absolu du secret médical et de fidélité et neutralité de la traduction. Il sera bien précisé que cet interprète ne tiendra aucun rôle d'accompagnant ou d'aidant en dehors du cadre de la consultation ;*

- *Chaque consultation ultérieure engageant : l'annonce d'un diagnostic, l'initiation d'un traitement, un changement du protocole thérapeutique, une proposition d'examen exceptionnel (hors des bilans de routine qui auront été présentés dans la consultation initiale) ou d'intervention de type chirurgical ;*

- *Toute consultation à visée d'éducation thérapeutique. »*

En dehors de ces temps thérapeutiques clés, l'assistance d'une personne formée à la question de l'interprétariat sera utile pour prendre en compte la vulnérabilité sociale des patients allophones et veiller à l'établissement des droits en matière de couverture santé. Pour ce dernier point, l'aspect financier, notamment, saura intéresser les établissements de santé.

Lorsque les établissements de santé ont recours à un système de listing, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de former le personnel bilingue volontaire à la fonction d'interprète tout en évaluant leurs compétences linguistiques (96).

La communication de l'information aux patients allophones en matière de possibilité d'interprétariat doit être améliorée.

La reconnaissance de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé avec un cadre précis, décrit et connu des professionnels de santé est un souhait formulé par les associations. Cette reconnaissance passerait par la création d'un statut professionnel d'interprète dans le domaine de la santé. Un contexte légal et réglementaire serait ainsi fixé, avec des obligations de formation et un cadre d'exercice. Les acteurs de l'interprétariat souhaiteraient aussi son intégration dans le parcours de santé pour favoriser son organisation et simplifier son recours. Il est certain que l'interprétariat professionnel mériterait une meilleure organisation, cependant son inscription dans le parcours de santé convergerait aussi vers une prise en charge de son financement. À l'heure où la sécurité sociale souhaite réduire ses coûts de santé, cette option ne semble pas une priorité.

D. Conclusions

Si l'interprétariat professionnel permet d'optimiser l'efficacité de la prise en charge et les relations entre le patient et l'équipe médicale, les recours à l'entourage du patient et aux membres du personnel de l'hôpital se révèlent largement répandus.

La mise en place d'une liste de professionnels parlant des langues étrangères au sein de l'établissement, est un « recours à portée de main ». Des précisions concernant leur niveau de maîtrise linguistique, optimiserait ce mode d'interprétariat.

La traduction mise en œuvre par l'entourage du patient présente un aspect « pratique » apprécié par de nombreux professionnels de santé. Cette traduction présente cependant de nombreux inconvénients. Notamment dans le cadre du repérage des situations de vulnérabilité ou de violences familiales ou pour un interrogatoire médical exhaustif. La traduction par l'accompagnant (familial ou non) porte ainsi atteinte au secret médical, à la confidentialité et au recueil du consentement libre et éclairé (88). À l'inverse, le recours à un interprète professionnel est un gage de fiabilité, de neutralité de la traduction et de respect strict du secret médical, répondant ainsi aux obligations déontologiques.

Un manque d'anticipation et d'organisation conduit à un nombre conséquent de patients allophones, pris en charge sans possibilité de communiquer avec le soignant.

Chez les patients allophones, l'interprétariat professionnel médical et social reste largement méconnu. Peu ont déjà eu recours à un tel service dans une précédente prise en charge. À l'inverse, la majorité des soignants connaissent ce mode d'interprétariat. Ils paraissent, cependant, réticents quant à sa supériorité. Une preuve

scientifique convaincraient probablement le plus grand nombre. La demande d'interprétariat professionnel semble s'exprimer essentiellement quand il n'y a aucun interprétariat de « fortune » possible (accompagnant, personnel), notamment pour les langues les moins couramment parlées (106).

Hormis le cas d'une prise en charge par un soignant parfaitement bilingue, l'interprétariat professionnel permet une meilleure qualité de soin que les autres modalités d'interprétariat. Favorisant une relation de confiance, avec un respect de l'anonymat et de la confidentialité, favorisant également un interrogatoire exhaustif, cette solution permettrait des diagnostics plus appropriés, une prise en charge thérapeutique moins hésitante et une information mieux communiquée, facilitant ainsi le travail de prévention sanitaire. Une meilleure prise en charge réduit les coûts inutiles de santé.

Une étude publiée en 2013 souligne l'utilité d'associer l'apport d'un interprète professionnel à l'intervention de l'entourage du patient avec les limites et les avantages de chacun (34). La démocratisation de l'interprétariat médical et social requière une amélioration des conditions de travail des interprètes. La formation du personnel bilingue non-soignant ainsi que des outils d'aides à la communication inciteront aux changements institutionnels et à l'évolution des pratiques en matière d'interprétariat.

Ces diverses conclusions, adjointes aux principes déontologiques, nous ont conduits à penser qu'un outil de communication destiné aux thérapeutiques bucco-dentaires les plus courantes, permettrait d'assurer une meilleure prise en charge odontologique des patients allophones que le recours à des interprètes improvisés. L'outil se voudrait modeste : ne sachant aucunement égaler la qualité d'une traduction spécifiée pour chaque patient, ni supplanter l'intervention d'un professionnel compétant pour les thérapeutiques les plus complexes.

Les objectifs seront d'améliorer la prise en charge en santé bucco-dentaire pour des personnes dans un contexte de précarité sociale particulier et sensibiliser les professionnels de santé à ces enjeux d'égalité d'accès aux soins pour tous.

IV. ÉLABORATION D'UN OUTIL LINGUISTIQUE ADAPTE AUX SERVICES BUCCO- DENTAIRES PENITENTIAIRES

A. Problématique et objectifs

L'idée d'un outil de communication bucco-dentaire a émergé en dernière année de notre formation. Au cours de celle-ci, chaque binôme d'étudiants doit honorer des journées de prévention auprès de centres sociaux, de facultés ou de l'établissement pénitentiaire local. La maison d'arrêt des Baumettes a été le lieu de notre stage. Nous devons y assurer des consultations pour les nouveaux arrivants.

Une matinée le Docteur Brun recevait un patient ne parlant pas français. Face à cette impasse nous avons été sollicités pour servir d'interlocuteur. Dès les premiers échanges avec ce patient nous avons pu cerner ses inquiétudes et les avons transmises au Dr Brun. Ce genre de situation n'est pas rare à l'unité sanitaire des Baumettes, et le plus souvent il n'y a pas de membre du personnel pouvant servir d'interprète.

Depuis plusieurs années les médecins, dentistes et infirmiers de l'unité sanitaire (US) ont la possibilité de recourir au service d'interprétariat professionnel téléphonique d'ISM Interprétariat, sous contrat avec L'AP-HM. Les soignants ne l'utilisent pas souvent. Ils essaient de se débrouiller autrement pour prendre en charge les personnes détenus et prévenus : lorsque le contexte médical et la situation personnelle du patient ne s'y opposent pas, ils font parfois appel à une autre personne incarcérée pour servir de traducteur.

La précarité sociale commune à toutes les personnes détenues, est accentuée par l'impossibilité d'exprimer les maux et les angoisses. Seul l'interprétariat professionnel permettrait réellement d'assurer une égalité d'accès aux soins dans ce milieu d'instabilité sociale. Cependant l'US a un fonctionnement peu prévisible : il arrive que les médecins voient tous les rendez-vous d'une matinée arriver trois quart d'heure de la fin des consultations, où il est estimé à 40% le taux de rendez-vous dentaires honorés. Le coût, le temps nécessaire et les difficultés liées à l'organisation et à la mise en place de l'interprétariat professionnel semblent représenter les principales réticences expliquant le faible recours des praticiens à l'interprétariat professionnel.

Dans ce type de service fermé et restreint, compter parmi ses membres une personne maîtrisant une langue étrangère communément rencontrée, est un réel atout. L'unité sanitaire des Baumettes n'a pas cette chance.

C'est ainsi que, dans la même logique que les hôpitaux à mission de service public, les soignants se contentent, en l'absence de contre-indication liée au contexte médical et psychologique, d'utiliser un codétenu en interprète de fortune, avec toutes les imprécisions, les contre-sens, les interprétations dangereusement erronées et les risques de sécurité, liés au nouveau rapport de force de ces consultations à trois, pouvant en découler.

Les professionnels ont d'autres « petits moyens » pour tenter de contourner l'obstacle linguistique : la répétition de l'information, la simplification de l'explication, les dessins, la communication par les gestes, par le regard, par la tonalité de la voix. Les traducteurs en ligne peuvent se révéler très utiles en cas d'impasse, mais leur efficacité peut s'avérer très aléatoire.

Les permanences médicales ininterrompues de l'US des Baumettes permettent une maîtrise des risques sanitaires avec une prise en charge rapide en cas d'urgence. Toutefois, comme cela a été énoncé dans la partie précédente, la « rentabilité » d'un interprète professionnel médico-social dépend des erreurs de communication, ou de prise en charge, et des risques sanitaires qui en découlent. A la maison d'arrêt des Baumettes, les risques sanitaires étant encadrés et les répercussions médicales minimisées, la « rentabilité » du recours à l'interprétariat professionnel semble endémique, limitée aux pathologies longues durées ou aux profils psychologiques complexes. Il est peu plausible que l'administration pénitentiaire décide de moderniser l'accès à l'interprétariat médical en US, ou que des permanences d'interprètes professionnels soient mises en place pour les soins bucco-dentaires.

Ainsi, dans un objectif d'améliorer la santé bucco-dentaire de cette population et d'éviter la marginalisation des futurs pensionnaires allophones des Baumettes, nous souhaitons établir un outil facilitant l'échange avec les patients allophones lors de consultations bucco-dentaires courantes.

Aucun outil ne pourra réellement remplacer l'interprétariat médical et professionnel. Avoir l'ambition de délivrer une information exhaustive sous-entend un outil prévoyant tous les cas de figures ainsi que toutes les possibilités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. Mettre en place un tel outil pourrait s'avérer contreproductif. En effet le résultat serait très dense, il serait très difficile pour le patient de s'y retrouver. Le temps de la consultation s'en retrouverait allongé, au moins autant que lors d'une consultation avec un interprète médical mais avec une efficacité bien moindre. Avec le temps, un pareil outil rebuterait les protagonistes, du fait d'une utilisation laborieuse.

L'outil devra donc répondre à un besoin de niveau intermédiaire, celui du patient allophone qui ne peut être pris en charge sans assistance linguistique, mais pour lequel le contexte psychologique sain ainsi que la simplicité thérapeutique n'imposent pas un recours à l'interprétariat professionnel.

Dans le cadre de notre thèse d'exercice, nous avons décidé d'élaborer un modèle liminaire à une langue cible qui aura vocation de s'accroître avec d'autres

langues. L'outil de communication aura pour objectif principal de répondre aux besoins primaires de la maison d'arrêt des Baumettes en matière de prise en charge bucco-dentaire des personnes allophones incarcérées en France.

Ayant remarqué un manque de documentation et d'information concernant la santé bucco-dentaire pour les personnes francophones détenues, il a été jugé utile de mettre à disposition de la population carcérale francophone, des documents de soin et de prévention en français uniquement.

B. Outils existants

En France, des moyens destinés à faciliter la communication entre soignants et soignés ne partageant pas la même langue existent déjà. En voici des exemples :

- ICOON for refugees® est un imagier qui pallie l'impossibilité de communication orale. Le « noir et blanc » assure la neutralité des illustrations. Ce guide de conversation généraliste est limité pour les soins dentaires, trop spécialisés (107),
- ICOON for refugees® existe aussi en application téléchargeable sur mobile. Ce format habituellement très pratique, est inadapté dans un établissement où l'usage des téléphones portables est également proscrit pour l'ensemble du personnel (108),
- Mediglote® est un outil web qui regroupe un glossaire simple à utiliser pour l'activité médicale. Il n'est pas aménagé pour la médecine bucco-dentaire (109),
- Medipicto® est une plateforme internet mise en place à l'initiative de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris. Cet outil très séduisant reste peu adapté à l'activité dentaire (110),
- Save your tooth® est une initiative de l'association internationale de traumatologie dentaire (IADT). Une fiche de conseil, traduite en 30 langues, pour accompagner l'enfant âgé de plus de 6 ans, et ses parents, du traumatisme à la consultation en urgence chez le dentiste. Cette fiche concerne la période post traumatisme et pré consultation uniquement. Elle présente néanmoins les avantages d'être très illustrée, d'avoir des dessins ethniquement neutres et des items concis. Ce sont les points essentiels à respecter pour une fiche de communication multilingue et multiculturelle (111),
- L'association Coactis Santé a développé des fiches en français uniquement, Santé BD®, à destination des enfants, des personnes ayants des troubles de la compréhension. Santé BD® existe dans plusieurs domaines médicaux :

médecine générale, dentaire, oncologie, contraception, addictologie et d'autres. Ces fiches ont une information simplifiée et des illustrations explicites. Ce travail probant ne peut être utilisé avec des patients allophones, leur utilisation sous-entend un minimum de capacité de lecture et de compréhension en français. Les illustrations sont cependant très soignées (112),

- En juillet 2017, le Dr Iaroslav Trochkov présentait sa thèse d'exercice à l'université de Rennes. Cette thèse est disponible à la bibliothèque de l'université de Rennes, nous avons eu la possibilité de la consulter. Son travail de thèse consistait à la réalisation d'un outil de communication bucco-dentaire pour la prise en charge aux urgences. L'outil de 233 pages se veut exhaustif, il est traduit en anglais, russe et géorgien, il est aussi très peu imagé. Il décompose la consultation dentaire allant de l'accueil du patient jusqu'au règlement des honoraires. L'outil doit être l'intermédiaire permettant une communication instantanée, une partie est réalisée pour le médecin l'autre pour le patient. Tout au long des pages, des choix en 4 langues sont proposés, le médecin coche les cases pour poser des questions parmi celles proposées, le patient répond en sélectionnant parmi ses choix. Son utilisation semble très complexe, il faut lire toutes les propositions pour choisir celle que l'on souhaite. Il paraît également difficile de se retrouver dans un tel outil, sa mise en page très dense est inadaptée au format papier. Il a été créé pour une adaptation en format numérique. A ce jour, le format numérique n'est pas publié.

Pour informer les personnes migrantes et faciliter l'accès aux soins et à la prévention, des « livrets de santé bilingues », disponibles en 15 langues, ont été mis en place par le Ministère de la Santé et des Solidarités, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et le Comité médical pour les exilés (Comede) à l'aide de nombreux partenaires. Ils ont été conçus pour aider chacun à mieux comprendre le système de protection maladie français, les droits et les démarches. Ils abordent les thématiques de santé et de la vie quotidienne. Ils fournissent notamment des informations :

- Concernant l'accès aux soins et à la prévention :
 - L'interprétariat professionnel
 - Les aides pour accéder aux soins et à la prévention
 - Les lieux de soins
 - La protection maladie
 - Le handicap
- Concernant la santé
 - La santé mentale
 - Le VIH
 - La grossesse
 - Le diabète
 - Les Maladies cardiovasculaires

- La pédiatrie
- Concernant la vie courante
 - La lutte contre les discriminations
 - L'apprentissage du français
 - La scolarisation des enfants
 - Les numéros utiles

Une conclusion émerge : à l'heure actuelle, il est difficile de trouver des outils de soins multilingues adaptés pour la prise en charge de patients étrangers en ce qui concerne l'art dentaire.

C. Un contexte particulier

1. L'unité sanitaire pénitentiaire des Baumettes

L'US est ouverte 365 jours de 7h30 à 18h30 en semaine et de 8h à 18h les samedis, dimanches et jours fériés. En dehors de ces horaires, le centre 15 assure le relais. Le médecin régulateur peut entrer en contact téléphonique avec la personne détenue durant la nuit si nécessaire.

Le service dentaire est ouvert du lundi au vendredi seulement. Avec plus de 4500 consultations dentaires pour le seul exercice 2017 (chiffres pénitentiaires de 2018 pour l'année 2017), les dentistes de l'US accueillent en moyenne plus de 17,5 patients par jour.

2. Les patients allophones en prison

Il est assez aisé d'identifier une personne ne parlant pas du tout le français, il existe en revanche un éventail ininterrompu dans le niveau de maîtrise d'une langue. Ainsi la définition « binaire » d'un individu allophone ne reflète aucunement la réalité. D'après l'enquête PRI-RI, publiée dans le bilan annuel de l'enseignement supérieur en milieu pénitentiaire en janvier 2017 : 14,2% des personnes détenues en 2016 ne parlaient pas le français ou le parlaient de façon rudimentaire (113).

En admettant que ces rapports soient les mêmes pour la patientèle de l'unité sanitaire des Baumettes, avec près de 88 consultations dentaires par semaines, cela représenterait 12,5 patients allophones en consultation dentaire chaque semaine.

3. Langue cible

La langue choisie pour l'outil initial devra correspondre aux besoins concrets de l'unité sanitaire. Lorsque les soignants sont questionnés sur la langue étrangère la plus rencontrée, l'arabe est la première citée. Ne disposant pas de données administratives pouvant confirmer cette impression des soignants, des chiffres sur le taux de représentation des nationalités parmi les patients étrangers donnerait un aperçu des besoins réels.

Les chiffres communiqués par le Ministère de la Justice en février 2018, nous permettent d'avoir une idée de l'extranéité. Seulement, la transparence des informations ne permet, cependant, pas la distinction entre prévenus et condamnés (Tableau 4).

NATIONALITES	NOMBRES DE RESSORTISSANTS DETENUS EN FRANCE	TAUX
1- Algérie	1954	13,06%
2- Maroc	1895	12,66%
3- Roumanie	1496	10,00%
4- Tunisie	1002	6,70%
5- Albanie	551	3,68%
6- Portugal	480	3,21%
7- Congo	427	2,85%
8- Espagne	319	2,13%
Autres	6840	45,71%
Total ressortissants détenus étrangers	14964	100%

Tableau 4 : Nationalité des personnes détenus et taux de représentation (114).

Avec 4851 ressortissants détenus sur le territoire national, les ressortissants d'Afrique du nord (Algérie, Maroc, Tunisie) représentent 32,42% des personnes étrangères détenues en France. Bien que des différences phonétiques, voir lexicologiques, existent entre les idiomes pratiqués au sein de ces 3 pays d'Afrique du Nord, ces nations partagent une langue officielle commune : l'arabe littéraire. Dans ces pays, le français occupe une place importante sur la scène politique, mais est loin d'être maîtrisé par toute la population.

L'arabe est aussi la langue officielle en Syrie et au Yémen, pays théâtres de guerres aux conséquences humanitaires désastreuses, ainsi que d'autres nations, centres de départ des vagues migratoires méditerranéennes. Dans le monde, l'arabe est un parler

officiel dans 28 Etats, notamment les Comores, l’Egypte, le Liban, la Lybie, et d’autres pays encore comptant des ressortissants en France métropolitaine.

Notre champ lexical médical étant limité en arabe, la traduction de l’outil a nécessité une assistance. La traduction a été réalisée avec le Dr Ali Sawad, dentiste diplômé au Yémen et résident actuellement en France.

D. Description

1. Support

Concernant le choix du support, deux possibilités se présentent : le support numérique ou le support imprimé. Le numérique présente des avantages indéniables. Le principal avantage est sans doute celui de la capacité de stockage, restreinte pour le papier.

Pour cet outil de soins et de prévention le support papier semble, cependant, plus approprié, pour plusieurs raisons :

- La possibilité de distribuer les informations aux patients. En prison, au service des urgences ou en mission humanitaire, ce point est un atout essentiel,
- La conservation des informations par le patient ainsi que la possibilité de les consulter à tout moment,
- L’universalité du format. À la différence du numérique, le support papier ne nécessite pas de maîtrise particulière. Le papier est connu par tous,
- La facilité de parcourir le document, d’avoir une vision d’ensemble permettant de mieux assimiler et mieux comprendre les informations,
- Le confort de lecture et de transport,
- Une application sur smartphone serait inappropriée en prison du fait de la prohibition même des téléphones portables dans les établissements pénitentiaires, y compris pour le personnel administratif et médical,
- Une interface web sous-entend une accessibilité à partir d’un ordinateur. Cela représente un obstacle technique.

Au niveau de la mise en forme, deux formats sont envisagés :

- Un premier sous forme de fiches, format A5 : celles-ci seront disponibles dans chaque salle de soin. La mise en page et le contenu des fiches en arabe doivent être identiques à celles en français, pour permettre au dentiste de suivre avec le patient sur les fiches en arabe. Elles seront plastifiées pour pouvoir être désinfectées.
Le praticien pourra également imprimer des fiches individuellement (motivation hygiène, conseils post-opératoires, ...) selon les besoins et les soins,

- Un deuxième sous forme de livrets en langue arabe et française : regroupant toutes les fiches de soins et de prévention. Il est destiné à être distribué à toutes les personnes détenues, en arabe pour les arabophones et en français pour les francophones. Le but est de couvrir la totalité de la population carcérale des Baumettes en termes d'information bucco-dentaire.

2. Un texte essentialisé

Les chiffres de l'enquête PRI-RI, publiés en 2016 par le rapport des données de l'enseignement en milieu pénitentiaire, révèle que 8,7% des personnes francophones détenues lisent avec difficulté (113).

L'élaboration de l'outil devra prendre en compte ces lacunes. Autant en français qu'en arabe, des mots simples doivent être choisis. Les informations seront sous forme de phrases courtes et limpides, évitant d'alourdir la lecture au risque de faillir à l'objectif principal et à la transmission de l'information claire.

Pour obtenir une information complète, la documentation devra inclure des dessins explicites en complément du texte simplifié.

3. Des Images claires

Les illustrations sont un recours particulièrement utile, c'est un langage universel essentiel quand il s'agit de notions de santé.

Les concepts dentaires sont mal connus en général, les images permettent de concrétiser des explications abstraites pour le plus grand nombre. Elles complètent l'information essentialisée. Lorsque les mots manquent, les images se révèlent efficaces.

Les illustrations doivent être de qualité. Des images de valeur existent déjà, elles ont été réalisées dans le cadre du projet Santé BD®, créées par Frédérique Mercier, elles sont la propriété de l'association Coactis Santé. Une autorisation d'exploitation des illustrations a été obtenue pour notre projet.

Du fait de la population cible de notre outil (étrangers aux origines multiples), il a été nécessaire d'avoir des illustrations ethniquement neutres. De ce fait, les images fournies gracieusement par Coactis Santé ont dû être grandement modifiées pour obtenir des images neutres et pouvoir les intégrer à notre modèle.

D'autres illustrations, libres d'utilisation, ont été prélevées du site japonais dentalsozai.com.

E. Résultat

Le modèle obtenu (disponible en annexe) comporte deux parties individuelles, une en arabe et une en français. Jointes en annexe, les 2 parties présentent la même mise en page et les mêmes illustrations, permettant au dentiste de se repérer aisément sur les fiches en arabe. Plusieurs fiches ont été créées selon les besoins, leurs thématiques ont été choisies pour répondre aux soins bucco-dentaires les plus fréquemment réalisés :

- Un questionnaire comportant les interrogations principales sur la santé (les maladies chroniques, les allergies, les traitements et les consommations addictives),
- Une série de fiches concernant la consultation bucco-dentaire :
 - Son utilité,
 - Le déroulement de l'examen,
 - Les tests de vitalité pulpaire,
 - La radiographie dentaire,
 - Les possibilités thérapeutiques,
- Un questionnaire sur la douleur dentaire ainsi que ses caractéristiques,
- Une série concernant la carie dentaire, ses causes et son traitement par restauration directe,
- Une série concernant la couronne dentaire, son indication ainsi que les étapes de sa réalisation au fauteuil,
- Une série concernant la maladie parodontale, ses principaux signes, ses principales étiologies ainsi que la conduite thérapeutique à adopter,
- Une série concernant le détartrage dentaire et son déroulement,
- Une série concernant l'avulsion dentaire simple, son déroulement ainsi que les conseils post-opératoires,
- Une série concernant la prévention bucco-dentaire :
 - L'hygiène bucco-dentaire,
 - L'alimentation,
 - Les consommations addictives,
 - Les consultations chez le dentiste.

Dans ces fiches, le fil dentaire n'est nulle part mentionné, du fait de son interdiction dans les établissements pénitentiaires. Pour l'hygiène interdentaire, seules les brossettes interdentaires ont été décrites.

L'outil obtenu est régi par une licence de libre diffusion publique. La licence ouverte « CC BY-NC-SA 4.0 » a été choisie, les termes de la licence sont disponibles en annexes. Ainsi nous autorisons le partage et la reproduction de l'œuvre, en tout ou en partie, seulement à des fins non commerciales. La création d'œuvres dérivées est également autorisée, à condition qu'elles soient distribuées sous une licence identique à celle qui régit l'œuvre originale.

F. Discussions

Le support de communication réalisé couvre l'essentiel des actes bucco-dentaires réalisés en unité sanitaire. La modération face au piège de réaliser un outil trop volumineux, trop laborieux et inadapté, nous a poussée à préférer un travail en deux temps.

La première phase correspondant à l'outil tel qu'il est présenté dans cette thèse d'exercice. Après plusieurs modifications, cette première version a été validée par le Dr Brun et a recueilli une appréciation positive.

La deuxième phase interviendra à l'issue d'une période d'essai de 3 mois en unité sanitaire. Des critiques permettront de parfaire le travail, en y ajoutant d'éventuelles documentations, en améliorant les informations diffusées ou autres subtilités.

Nous souhaitons également élargir le champ d'utilisation de notre travail et le mettre à disposition de toutes les unités sanitaires pénitentiaires de France. Dans le cas où seules de légères modifications seront nécessaires à l'issue de la période d'essai ; une présentation au congrès national de l'association des professionnels de santé exerçant en prison pourra être envisagée.

Bien que la traduction de l'outil soit de qualité, avant l'impression des livrets, l'utilité de faire certifier notre traduction par un traducteur assermenté sera mise en avant auprès de l'AP-HM ainsi que de l'administration pénitentiaire.

Afin de dégager toute responsabilité, il sera important de faire réviser ce texte - imprimé à la fin des livrets - par les services de l'AP-HM et de l'administration pénitentiaire, compétents en matière de droit de la santé : « Cet outil est destiné à faciliter la transmission de l'information bucco-dentaire. Il n'est pas infaillible, il ne s'aurait dispenser de l'intervention d'un interprète professionnel si le dentiste la juge utile ou de conseils sanitaires d'un professionnel de la santé. L'outil n'est pas exhaustif. Les informations figurant sur ces fiches sont données à titre indicatif. Toute thérapeutique décrite dans l'outil, devra être l'objet d'une prescription par un professionnel médical compétent. Toute demande d'information doit se faire auprès

d'un professionnel médical compétent. Toute responsabilité - médicale, civile, professionnelle ou autre - est dérogée par les auteurs de ces fiches. »

Les contraintes imposées par le cadre pénitentiaire, prescrivent un outil aux caractéristiques répondant aux besoins d'autres contextes thérapeutiques. L'idée d'un outil multilingue a attiré l'attention du responsable des enseignements de la Faculté d'odontologie de Marseille, le Professeur Orthlieb. En accord avec le corps enseignant, ce travail sera mis à disposition du service d'Odontologie de la Timone pour une utilisation dans le cadre des urgences dentaires. Il sera diffusé aux étudiants en format imprimable et sera disposé en documentation plastifiée dans les salles de soins.

L'association Coactis Santé, concepteur des fiches Santé BD®, nous a également fait part d'un intérêt pour des fiches en arabe. Les documents seront proposés à des organisations de solidarité internationale françaises (Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, La Croix Rouge) pour une utilisation lors de missions humanitaires.

Selon les besoins, il pourra être envisagé de compléter le document par de nouvelles fiches (en endodontie, en occlusodontie, en prothèse partielle, en implantologie, en esthétique) et/ou de nouvelles langues (anglais, roumain, espagnol). Cette évolution de contenu ne pourra se faire qu'avec une évolution de forme, le support imprimé atteindrait ses limites. Un passage au numérique deviendra indispensable. Cependant l'impossibilité de se passer du papier en prison, orienterait plutôt vers un outil existant à la fois sous forme papier (distribuable, consultable en cellule) et numérique (utilisable en consultation).

Le travail le plus long ayant été réalisé, de tels ajouts et de tels modifications seraient relativement simples pour un praticien exerçant au sein de l'unité sanitaire. En effectuant ce travail, nous avons aussi le souhait d'observer ce milieu particulier, comprendre le fonctionnement de la médecine bucco-dentaire pénitentiaire, en vue d'un éventuel poste subséquemment à notre autorisation d'exercer.

V. CONCLUSIONS

Les malades ont des droits. Le droit fondamental à l'information médicale, le consentement libre et éclairé, le refus des discriminations ou encore la notion de « démocratie sanitaire » traduisent une volonté de modernisation de notre système de santé. Seulement notre système ne pourra réellement se considérer "moderne" qu'une fois la problématique de l'accès aux soins pour tous véritablement solutionnée.

Ce constat établi, la question de l'interprétariat médical et social prend tout son sens. Ce sujet d'importance est pris au sérieux par les autorités de santé. Le 7 novembre 2018 a eu lieu un séminaire programmant une rencontre avec des patients non-francophones, le travail qui en découlera nourrit de larges espérances en matière d'égalité d'accès aux soins. Pour les patients allophones, la barrière de la langue est vécue comme une source d'angoisse supplémentaire dans un contexte de souffrance, quel que soit le motif de consultation ou d'information.

Lors d'une prise en charge médicale obstruée par une incompatibilité linguistique, le recours à un interprétariat de qualité constitue la première thérapeutique médicale. Le premier moyen pour rétablir une relation de confiance entre soignant et soigné. La première étape pour lutter contre les exclusions et garantir une égalité aux soins pour tous.

En France, l'interprétariat professionnel en santé est principalement présent en milieu hospitalier. Il reste cependant sous utilisé dans les services hospitaliers, préférant recourir à des moyens plus simples, mais aussi plus aléatoires. Le coût, le temps nécessaire et les difficultés liées à l'organisation et à la mise en place de l'interprétariat professionnel, représentent les principales réticences des praticiens.

Diverses personnes peuvent être sollicitées pour interpréter le rôle d'interface linguistique. Ces interprètes informels sont tantôt des membres du personnel hospitalier, indistinctement soignants ou non-soignants, tantôt des accompagnants du patient, indifféremment enfants ou relations.

L'importance de l'interprétariat médical et social professionnel est un constat partagé par les professionnels et les pouvoirs publics, mais les preuves scientifiques manquent pour décider les thérapeutes à l'intégrer dans leurs habitudes. Son recours permet d'assurer une fidélité de traduction, une confidentialité, une impartialité et un respect de l'autonomie des personnes. L'interprète professionnel restitue le sens du discours avec exactitude et précision, il est soumis au secret professionnel, il n'émet pas de jugement et ne se substitue à aucun des interlocuteurs.

L'unité sanitaire pénitentiaire des Baumettes, a un besoin d'interprétariat régulier mais des possibilités de prise en charge limitées. L'idée d'un outil permettant de prendre en charge les patients allophones pour les thérapeutiques bucco-dentaires les plus courantes est opportune, elle répond à un manque thérapeutique réel.

À la maison d'arrêt des Baumettes, les soignants peuvent recourir à un service d'interprétariat par téléphone ; en pratique, les appels sont économisés pour les soins les plus compliqués. Ne disposant pas de membre du personnel bilingue pour les langues les plus courantes, des codétenus sont parfois préposés au rôle de traducteur.

Pour les soins les plus courants, un outil de communication a été ambitionné ; dans le cadre de cette thèse, il a pu être réalisé. Le modèle obtenu est disponible en langue arabe et en français, sous forme de livrets à distribuer ou de fiches de consultation que les dentistes des Baumettes pourront utiliser. Il couvre les soins les plus courants, présentés en plusieurs volets (douleur dentaire, soins carie, maladies parodontales, prévention, ...).

L'outil n'a pas objectif à substituer l'interprétariat professionnel. Il est destiné à s'y associer, à compléter l'arsenal thérapeutique pour la prise en charge de patients allophones, à disposition des dentistes de l'unité sanitaire des Baumettes. Aujourd'hui limité aux arabophones, l'outil a vocation à croître en intégrant d'autres langues fréquemment rencontrées. Le passage au numérique pourra être envisagé.

Ce travail, nous a permis de découvrir les conditions souvent rudes et une exigence psychologique constante imposées au particulier métier de dentiste pénitentiaire. Il nous tient à cœur de tenter cette expérience professionnelle et humaine : exercer en maison d'arrêt. Nous pourrions ainsi poursuivre dans les meilleures conditions le travail entamé.

Dans le même contexte mais pour un besoin nuancé, la vocalisation de l'outil en arabe et en français, assurerait aux non-voyants et aux illettrés, une meilleure accessibilité. Cette évolution technologique du procédé, représenterait un élan de modernité.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- TABOURI, AZIZ. L'interprétariat dans le domaine de la santé. Hommes et migrations [En ligne]. 2009 [cité le 31 octobre 2018] ; 1282 : 102-6. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/456>
- 2- BALLY K. BERCHTOLD-LEDERGERBER V. HOFER G. KARGER A. KISS A. et al. La communication dans la médecine au quotidien, Un guide pratique. Bâle : Académie Suisse des Sciences Médicales ; 2012. Chapitre 1, Bases de la communication ; 8-21.
- 3- FAIZANG S. « La communication d'informations dans la relation médecins-malades: Une approche anthropologique ». Questions de communication, n° 15 (1 juillet 2009) : 279-95. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.619>.
- 4- M. TOURAINE « Le nouvel âge de la démocratie sanitaire », Après-demain, 2012/2 (N ° 22, NF), 31-32. URL : <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2012-2-page-31.htm>
- 5- BOUSQUET Marie-Alice. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse]. Paris : Université Paris 6. 2013.
- 6- KURTZ S. SILVERMAN J. DRAPER J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press. Oxford. Royaume-Uni. 1998.
- 7- ZAFFRAN M. Le patient et le médecin. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2015. Chapitre 3 : Du serment d'Hippocrate à la bioéthique moderne ; 89-114.
- 8- CNOM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [En ligne]. [Cité le 1//11/2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
- 9- LITTRE E. Œuvres complètes d'Hippocrate, Troisième Tome. Paris : Librairie de l'académie royale de médecine ; 1841. Livre IX, de la Bienséance, vers 16. Disponible sur : <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/bienseance.htm>
- 10- DECANTIER B. L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun. Conseil national de l'ordre des médecins [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 4. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Linformation_du_patient__CNP_2012.pdf

- 11- LAGREE J. Le médecin, le malade et la philosophe. Paris : Bayard Editions ; 2002.
- 12- SARGOS P. Le point sur la jurisprudence de la cour de cassation. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie [En ligne]. 2012 [cité le 1/11/2018] ;11(2) : 50-4
Disponible sur : http://academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054.pdf
- 13- FAINZANG S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006. Chapitre 2 : Du côté des patients ; 74-117.
- 14- Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.
- 15- Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie médicale, édition avril 2017. Article 35.
- 16- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L1111-2.
- 17- La documentation française. Chronologie : Les droits des malades et les lois de 2002 [En ligne]. [Cité le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/chronologie.shtml>
- 18- BOUDON R. Petite sociologie de l'incommunication. Hermès, La Revue [en ligne]. 1989 [cité le 1 novembre 2018] ; 1989/1 (n° 4) : 53-66. Disponible sur : https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=HERM_004_0053
- 19- JUNOD N. SOMMER J. Approche en communication pour le bon déroulement de la consultation. Médecine et Hygiène. 1995.
- 20- BALLY K. BERCHTOLD-LEDERGERBER V. HOFER G. KARGER A. KISS A. et al. La communication dans la médecine au quotidien, Un guide pratique. Bâle : Académie Suisse des Sciences Médicales ; 2012. Chapitre 1, Bases de la communication ; 5.
- 21- WONCA EUROPE. La définition Européenne de la médecine générale – médecine de famille. Société Européenne de médecine générale – médecine de famille [En ligne]. 2002 [cité le 2 novembre 2018] ; 9. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- 22- ROGERS Carl. Le développement de la personne. Paris : Inter-éditions ; 2005.
- 23- POUCHAIN D. ATTALI C. DE BUTLER J. et al. Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson ; 1996.

- 24- DE HENNEZEL M. Le souci de l'autre. Paris : Editions Robert Laffont ; 2004.
- 25- BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot ; 2009.
- 26- Wikipédia. Communication non verbale [en ligne]. [Cité le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://wikipédia.org/wiki/communication_non_verbale
- 27- WATZLAWICK P. HELMICK BEAVIN J. JACKSON D. Une logique de la communication. Paris : Seuil ; 1979.
- 28- CHETOCHINE G. La vérité sur les gestes. Paris : Eyrolles ; 2007.
- 29- FLORES G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev.* 2005 ; 62(3) : 255-99.
- 30- NCIRI M. La communication dans la relation médecin-malade. *Espérance Médicale.* Tome 16. N°164 ; 2009.
- 31- COMEDE. Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique destiné aux professionnels, édition 2008. INPES [En ligne]. 2008 [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1051.pdf>
- 32- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf
- 33- KARLINER L. S. JACOBS E. A. et al. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* 2007 ; 42(2) : 727-54.
- 34- BRISSET C. LEANZA Y. LAFOREST K. Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 2013;91(2):131-40.
- 35- Présidence des Etats-Unis. Loi du 3 juillet 1964 « Civil Rights Act ». Titre VI.
- 36- DILA, Direction de l'information légale et administrative. Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur l'accompagnement.
- 37- Association Migrations Santé Alsace. Livret de présentation de l'interprétariat médical et social professionnel. Migrations Santé Alsace [en ligne]. 2014 [cité le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.migrationsante.org/wp-content/uploads/2016/08/livret_profes_140916-LS.pdf

- 38- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016 ; 27 janvier.
- 39- Conseil de l'Europe. Les relations intercommunautaires et inter ethniques en Europe. Rapport final relatif au projet sur les relations intercommunautaires du Conseil de l'Europe. MG-CR (91) 1 final [en ligne]. 1991 [cité le 2 novembre 2018] ; 58. Disponible sur : https://www.coe.int/t/dg3/migration/archives/Documentation/Series_Community_Relations/MG-CR%20_91_%201_community_ethnic_relations_report_fr.pdf
- 40- SARVER J. & BAKER D.W. Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. Journal Of General Internal Medicine. 2000 ; 256-64.
- 41- HAMPERS L.C. CHA S. GUTGLASS D.J. BINNS H.J. & KRUG S.E.. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. Pediatrics. 1999 ; 1253-6.
- 42- HU, D.J. & COVELL, R.M., Health care usage by Hispanic outpatients as function of primary language. West. J. Med. 1986 ; 490-3.
- 43- WOLOSHIN S. BICKELL N.A. SCHWARTZ L.M. GAY F. & WELCH G. Language barriers in medicine in the United States. 1995. JAMA. 724-728. [38] SOLIS J.M. MARKS G. GARCIA M. & SHELTON D. Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: findings from HANES 1982-84. American Journal of Public Health. 1990 ; 11-9.
- 44- BOWEN S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins. Santé Canada. [En ligne]. 2001 [Cité le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://publications.gc.ca/site/fra/424959/publication.html>
- 45- BISCHOFF A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. Swiss Forum for Migration and Population Studies. 2003. [8] BISCHOFF A. BOVIER P.A. RRUSTEMI I. GARIAZZO F. EYTAN A. & LOUTAN L. Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. Social Science & Medicine. 2003 ; 503-12.
- 46- KU. L. & FLORES. G. Pay now or pay latter: Providing interpreter services in health care. Health Affairs. 2005 ; 435-44.
- 47- ROSENBERG E. RICHARD C. LUSSIER M.T. & ABDOL S.N. Intercultural communication competence in family medicine : Lessons from the field. Patient Education Counselling. 2006 ; 236-45.
- 48- RUEDA-LARA M.A. BUTCHERT S. SKOTZO C. & CLEMOW L.P. Psychiatric symptoms masking pituitary adenoma in Spanish speaking immigrants. General Hospital Psychiatry. 2003 ; 367-71.

- 29- FLORES G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*. 2005 ; 255-99.
- 49- BISCHOFF A. BOVIER P.A. RRUSTEMI I. GARIAZZO F. EYTAN A. & LOUTAN L. Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*. 2003 ; 503-12.
- 50- JACOBS E.A. CHEN, A. KARLINER L.S. AGGER-GUPTA N. & MUTHA S. The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda. *The Milbank Quarterly*. 2006 ; 111-33.
- 51- SOLIS J.M. MARKS G. GARCIA M. & SHELTON D. Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: findings from HANES 1982-84. *American Journal of Public Health*. 1990 ; 11-9.
- 52- WEIMICK R.H. & KRAUSS H.A. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*. 2000 ; 1771-4.
- 53- CRANE J.A., Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *Journal Emerg. Medicine*. 1997 ; 1-7.
- 54- DAVID R.A. & RHEE M., The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 1998. 393-7.
- 55- CHAN.A. & WOODRUFF. R.K., Comparison of palliative care needs of English- and non-Englishspeaking patients. *Journal of Palliative Care*. 1999. 26-30.
- 56- CHAK.S. NIXON J. & DUGDALE, A. Primary health care for Indo-Chinese children in Australia. *Australian Pediatr. Journal*. 1984. 57-8.
- 57- BERNSTEIN J. BERNSTEIN E. DAVE A. HARDT E. JAMES T. LINDEN J. MITCHELL P. OSHI T. & SAFI C. Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services, subsequent charges, and follow-up. *Journal of Immigrant Health*. 2002. 171-6.
- 58- FLORES. G. LAWS, M.B. MAYO. S.J. ZUCKERMANN. B. ABREU. M. MEDINA. L. & HARDT. E.J. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. 2003. 6-1446.
- 59 - RIBEIRA J. HAUSMANN S. PEETERS K. TOOMER E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? Coordination fédérale de la traduction et de l'interprétariat social [En ligne]. 2008 [cité le 02/11/2018]. Disponible sur : http://www.appartenances.ch/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf

- 60- DERESE K.P. & BAKER D.W. Limited English proficiency and Latinos' use of physician services. *Medical Care Res. Review.* 2000 ; 76-91.
- 61- LEE T.S. LANSBURY G. & SULLIVAN G. Health care interpreters: A physiotherapy perspective. *The Australian Journal Of Physiotherapy.* 2005 ; 161-165.
- 62- HELMAN C. *Culture, health and illness.* 5ème édition. Hodder Arnold Pb. 2007 ; 52-3.
- 63- JUCKETT G. Cross-cultural medicine. *American Family Physician.* 2005 ; 2267-74.
- 64- COHEN A. RIVERA F. MARCUSE E.K. MCPHILLIPS H. DAVIS R. are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients ? *Pediatrics,* (2005) 116(3):575-579.
- 64 65- MARMOT M. WILKINSON R. Les déterminants sociaux de santé, les faits. Organisation Mondiale de la Santé. 2004 ; 40.
- 66- LANG T. Inégalités sociales de santé. Institut de Veille Sanitaire. *BEH* n° 8-9. 2011.
- 67- European Union Agency for Fundamental Rights. *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare.* Luxembourg. 2013.
- 68- PERRIN-HAYNES J. L'activité des immigrés en 2007. Insee Première. 2008 ; 1212.
- 69- ARS, Agence Régional de Santé. Les permanences d'accès aux soins de santé [En ligne]. [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
- 70- Code de la Santé publique. Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 – art. 76 JORF 31 juillet 1998. Art. L. 711-7-1.
- 71- HERICORD A. WILMOTTE M-F. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Urgences 2011 [En ligne]. 2011 [Cité le 2 novembre 2018] ; Chapitre 116, 1283-96. Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_permanence_d_acces_aux_soins_de_s_ante.pdf
- 72- COMEDE. *Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique destiné aux professionnels,* édition 2005. INPES [En ligne]. 2005 [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/PDF-Comede/GUIDComede_4-Soins&Pr.pdf

- 73- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 41. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf
- 74- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 46. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 75- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 63. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 76- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 69. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 77- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 36. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 78- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 52. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 79- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 54. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 80- HSIEH E. Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science and Medicine*, 64(4), 1982 : 924-937.

81- ARANGURI C. DAVIDSON B. RAMIREZ R. Patterns of communication through interpreters: A detailed sociolinguistic analysis. *Journal Of General Internal Medicine*, 21(6), 2006 : 623-629.

82- QUERRE M. MBODJ F.L. CARDE E. Etude sur la prise en charge des migrants infectés par le vih, ayant des difficultés dans l'expression française courante Etude VIH migrants. CREDES, DGS, Sous-direction Prévention des Risques Infectieux [En ligne]. 2009 [Cité le 2 novembre 2018] ; 40. Disponible sur : https://www.academia.edu/3285285/ETUDE_SUR_LA_PRISE_EN_CHARGE_DES_MIGRANTS_INFECTES_PAR_LE_VIH_AYANT_DES_DIFFICULTES_DANS_L_EXPRESSION_FRANCAISE_COURANTE

83- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 135-6. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>

84- QUERRE M. MBODJ F.L. CARDE E. Etude sur la prise en charge des migrants infectés par le vih, ayant des difficultés dans l'expression française courante Etude VIH migrants. CREDES, DGS, Sous-direction Prévention des Risques Infectieux [En ligne]. 2009 [Cité le 2 novembre 2018] ; 45. Disponible sur : <https://goo.gl/hLWmG6>

85- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 68. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>

86- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 56. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>

87- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 78. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>

88- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 109. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>

89- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en

matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 53-4. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>

90- COMEDE. Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique destiné aux professionnels, édition 2015. INPES [En ligne]. 2015 [Cité le 2 novembre 2018] ; 17. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

91- Association Migrations Santé Alsace. Livret de présentation de l'interprétariat médical et social professionnel. Migrations Santé Alsace [en ligne]. 2014 [cité le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.migrations-sante.org/wp-content/uploads/2016/08/livret_profes_140916-LS.pdf

92- HAS, Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé - Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. HAS [En ligne]. 2017 [Cité le 2 novembre 2018] ; 38. Disponible sur : <https://goo.gl/F74qJu>

93- ISM Interprétariat. « Qui sommes-nous ? » [En ligne]. [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.ism-interpretariat.fr/qui-sommes-nous/>

94 - Ministère de l'intérieur. L'interprétariat dans le domaine de l'accueil des demandeurs d'asile et de l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale [en ligne]. [Cité le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/72475/529860/file/140804-Guide-interpr%C3%A9tariat%20FAMI.pdf>

95- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 90. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>

96- HAS, Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé - Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. HAS [En ligne]. 2017 [Cité le 2 novembre 2018] ; 14. Disponible sur : <https://goo.gl/F74qJu>

97- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 82. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>

98- PASS International. Is the use of interpreters in medical consultations justified ? A critical review of the literature. Bruxelles: COFETIS-FOSOVET ; 2008.

- 99- KRAVITZ R.L. HELMS L.J. AZARI R. ANTONIUS D. MELNIKOW J. Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. *Medical Care*, 38(7), 2000 : 728-738.
- 100- JACOBS E.A. SHEPARD D.S. SUAYA J.A. STONE E. Overcoming language barriers in health care : Costs and benefits of interpreter services. *American Journal Of Public Health*, 94(5), 2004 : 866-869.
- 101- JÖNSSON B. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe. 2002. [En ligne]. 2002 [cité le 25 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.springerlink.com/content/mfapgvxqq24n913/fulltext.html>
- 102- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 61. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 103- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 70. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 104- RIBERA J.M. GRIETENS S.U.H-M.K.P. TOOMER E. Présentation d'études réalisées aux USA, au Canada et en Belgique sur la pertinence et le coût de l'interprétariat en milieu de soins. PASS International v.z.w. COFETIS – FOSOVET asbl [En ligne]. 2008 [Cité le 2 novembre 2018] ; 47. Disponible sur : http://www.appartenances.ch/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf
- 105- BROOKS N. MAGEE P. BHATTI G. BRIGS C. BUCKLEY S. GUTHRIE S. MOLTESEN H. MOORE C. MURRAY S. Asian patients' perspective on the communication facilities provided in a large inner city hospital. *Journal Of Clinical Nursing*, 9 : 2002, 707-712.
- 106- SCHWARZINGER M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Direction Générale de la Santé, ATIP/AVENIR, INSERM 738 [En ligne]. 2012 [cité le 2 novembre 2018] ; 108. Disponible sur : <https://goo.gl/FWb2cM>
- 107- ICOON for refugees. The story [En ligne]. [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://iconforrefugees.com/partner>
- 108- ICOON for refugees. App [En ligne]. [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://iconforrefugees.com/app-2>

- 109- Mediglotte. Le projet Mediglotte [En ligne]. [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://mediglotte.e-monsite.com/>
- 110- AP-HP, Assistance publique – Hôpitaux de Paris. MediPicto AP-HP [En ligne] ; [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://medipicto.aphp.fr/#/>
- 111- IADT, International Association of Dental Traumatology. Information for patients [En ligne]. [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.iadt-dentaltrauma.org/for-patients.html>
- 112- Coactis Santé. Des fiches gratuites pour expliquer la santé avec des mots simples [En ligne]. [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.santebd.org/>
- 113- Direction de l'administration pénitentiaire. Bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire, année 2015-2016. Ministère de la justice, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche [En ligne]. 2017 [Cité le 2 novembre 2018] ; 18. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Bilan_annuel_de_l_enseignement_en_milieu_penitentiaire_2015_2016.pdf
- 114- Assemblée Nationale. 15^{ème} législature - Question écrite N°890 de M. Guillaume Larrivé [En ligne]. [Cité le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-890QE.htm>

Annexes

A. Modèle en Français

1. Le questionnaire médical
2. La prévention bucco-dentaire
3. La douleur dentaire
4. La consultation dentaire
5. La maladie des gencives
6. Le détartrage
7. La carie dentaire
8. La couronne dentaire
9. L'avulsion dentaire

Des questions autour de ma santé

J'ai des problèmes de santé ?

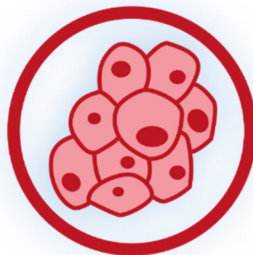
Asthme ?



Diabète ?



Cancer ?



Cerveau ?



Gorge ?

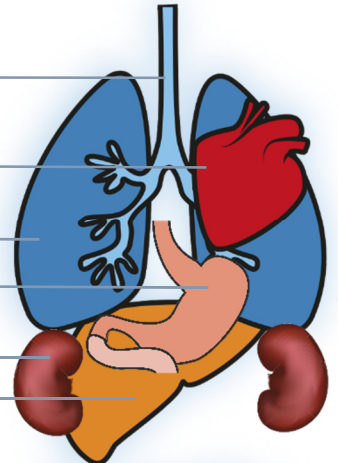
Cœur ?

Poumons ?

Estomac ?

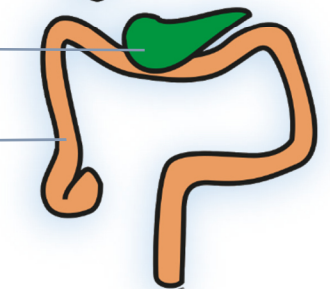
Reins ?

Foie ?



Pancréas ?

Intestins ?



Je consomme :

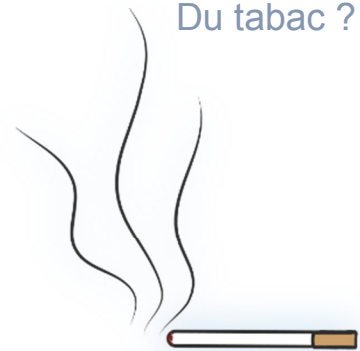
De l'alcool ?



De la drogue ?



Du tabac ?



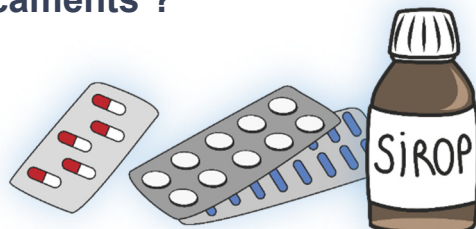
J'ai des allergies ?

Depuis combien de temps ?

Quelle(s) allergie(s) ?

Je prends des médicaments ?

Quel(s) médicament(s) ?



Prévention Bucco- Dentaire

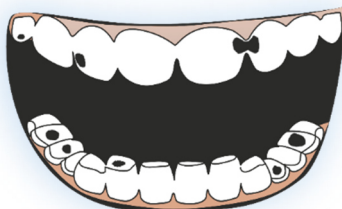


GOUMAI  2018

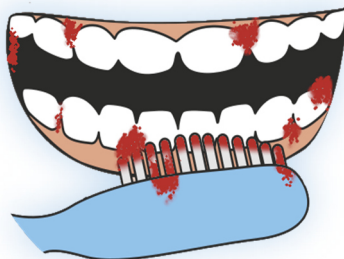
MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Je prends soin de mes dents

Pour ne pas avoir de **caries**



Pour ne pas avoir **des gencives malades**



Pour ne pas avoir de **douleur** ni de **mauvaise haleine**



Pour ne pas **perdre** mes dents



1 – J'ai une bonne hygiène

✓ J'utilise une brosse à dents **souple**

✓ Je me brosse les dents **matin et soir**



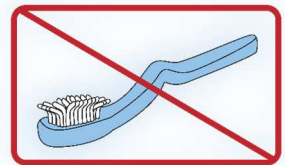
Après les **repas**, surtout le **soir**



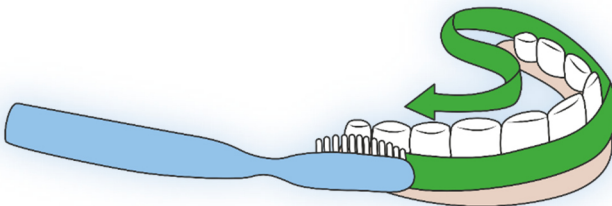
Même si je n'ai plus de dentifrice



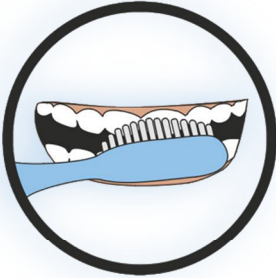
Je change ma brosse à dents **régulièrement**



✓ Je me brosse les dents **minutieusement**



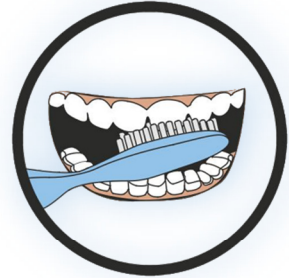
Devant



Derrière



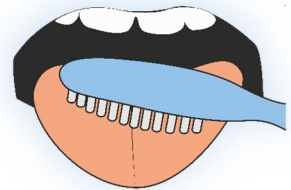
Dessus



Pendant au moins **2 minutes**



✓ Si possible je me **brosse la langue**



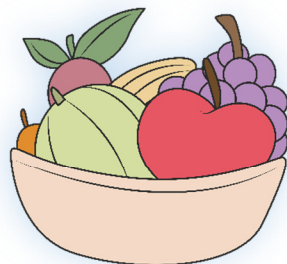
✓ J'utilise des **brossettes** pour nettoyer **délicatement** entre les dents



2 – Je mange bien



Je mange au **moment des repas**



En cas de petit creux je privilégie les **fruits**

Je bois **beaucoup d'eau**, chaque jour



J'ai une **alimentation variée**



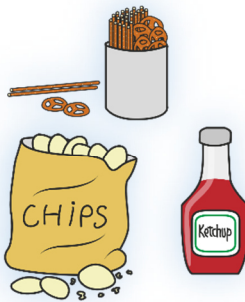


Je fais attention aux **aliments** :

Acides



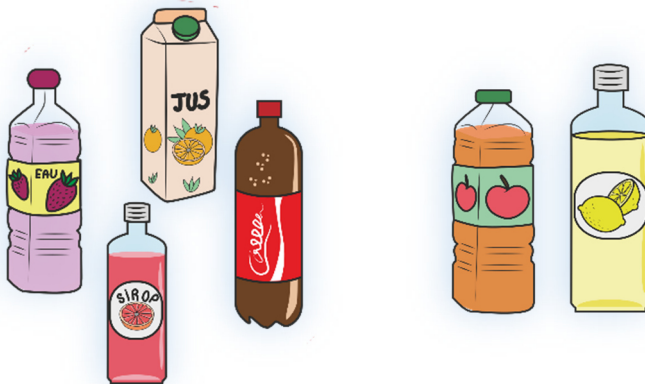
Avec du sucre caché



Sucrés



Je limite les **boissons sucrées ou acides**



3 – J'évite les comportements dangereux

J'évite les consommations addictives :

 Tabac



 Alcools





 Drogues



4 – Je consulte un dentiste régulièrement

Une consultation de contrôle **tous les 6 mois**

JANVIER 	FEVRIER	MARS	AVRIL
MAI	JUIN	JUILLET 	AOÛT
SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE

La Douleur Dentaire

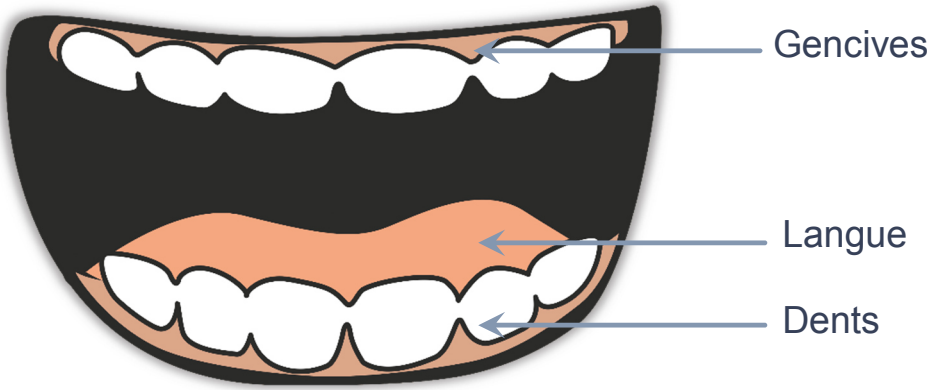


GOUMAI  2018

MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Le dentiste veut connaître ma douleur

Je montre sur le dessin, là où j'ai mal



J'indique au dentiste l'**intensité** de ma douleur



Depuis **combien de jours** j'ai mal ?

J'ai mal toute la journée, **sans interruption** ?

La douleur est **pulsatile** ou **continue** ?

La douleur est **réveillée** :

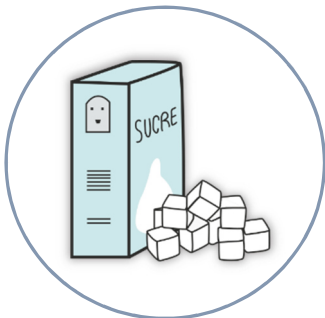
Par du chaud ?



Par du froid ?



Quand je mange ?



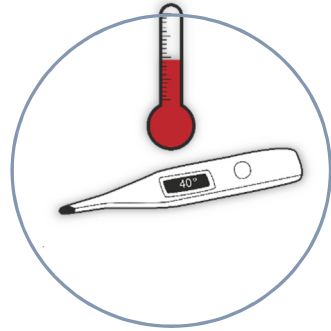
Par du Sucre ?



La nuit ?
Quand je m'allonge ?

J'ai de la **fièvre** ?

Depuis combien de jours ?



La douleur est **calmée** par :

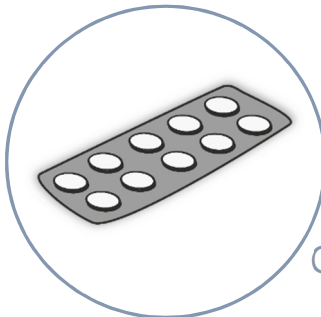
Du chaud ?



Du froid ?



Des médicaments ?



Quels médicaments ?

LA CONSULTATION DENTAIRE

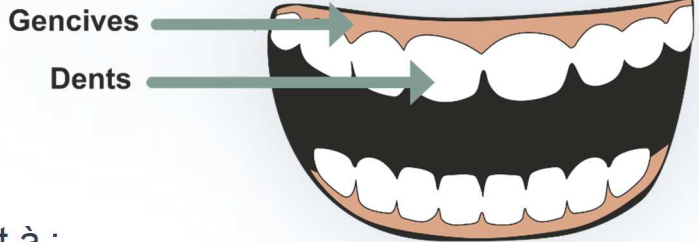


GOUMAI  2018

MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

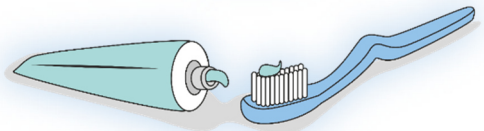
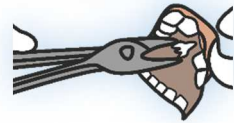
A quoi ça sert ?

Le dentiste **contrôle la santé** de : ma bouche, mes dents et mes gencives



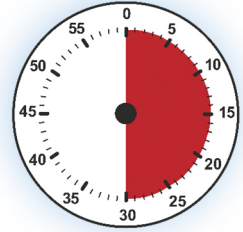
La consultation sert à :

- **Soigner** une dent malade
- Enlever une **dent trop abimée**
- **Remplacer** une dent qui manque
- **Réparer** une dent cassée
- **Apprendre** à bien brosser mes dents



Comment ça se passe ?

J'**attends** le dentiste dans la salle d'attente

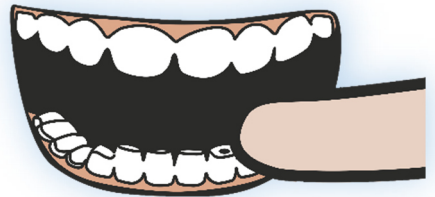


Il m'accueille. Je m'**installe** sur le fauteuil



Je réponds à des questions **sur ma santé**

J'informe le dentiste des **dents** que je souhaiterais soigner



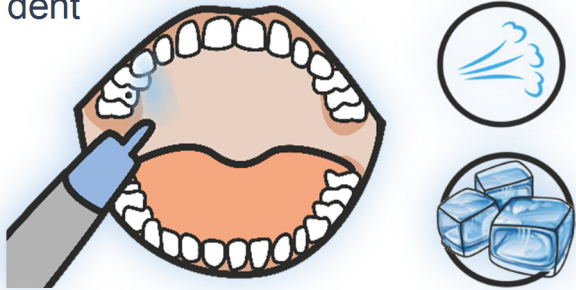
Le dentiste **recherche** des **caries**



Pour vérifier la vitalité de mes dents, le dentiste peut :

Souffler de l'**air** ou poser un **coton très froid** sur la dent

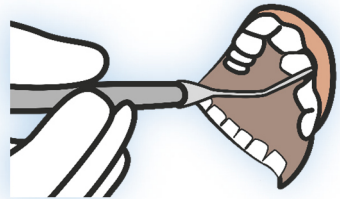
Si c'est douloureux :
ma dent est malade



Bouger/Taper ma dent pour savoir si c'est douloureux

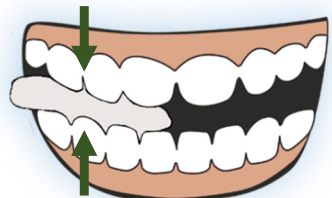


Sonder la gencive



Me demander de **mordre fort** sur un coton

Si j'ai mal au moment de **relâcher** le coton, je fais un signe



Le dentiste fait une radio

Le dentiste place un **film radio** dans ma bouche



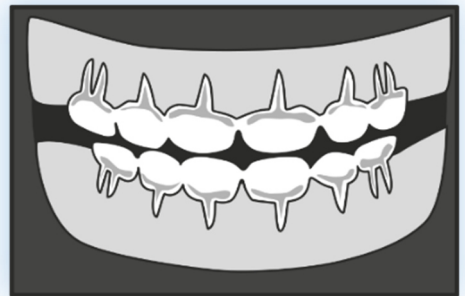
Je tiens le film avec **mon doigt**

Le dentiste approche de ma joue le tube de radio



Je ne **bouge pas**. La radio dure **quelques secondes**

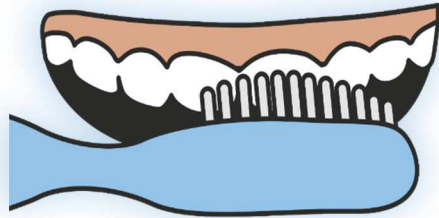
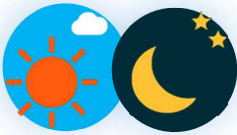
Le dentiste peut aussi demander **d'autres types d'imageries**





Deux situations possibles...

✔ 1 - Tout va bien

Je me brosse les dents
2 minutes après les repas



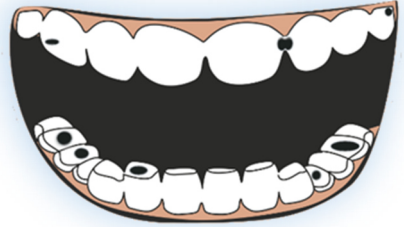
Je consulte tous les **6 mois**
pour vérifier que tout va bien

JANVIER 	FEVRIER	MARS	AVRIL
MAI	JUIN	JUILLET 	AOUT
SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE



2 - J'ai besoin de soins Je dois revoir le dentiste

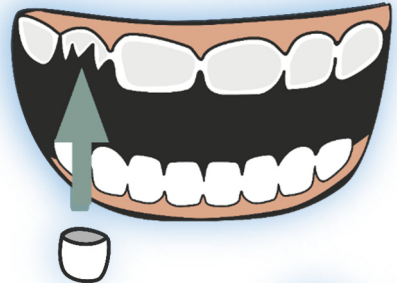
J'ai des **caries**



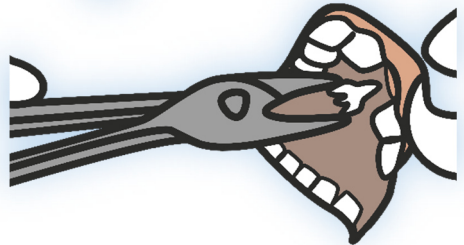
Mes **gencives** sont malades



Je dois **remplacer** des dents



Je dois me faire **enlever** une dent



Maladie des Gencives

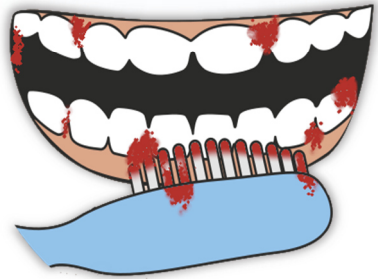


Comment savoir que mes gencives sont malades ?

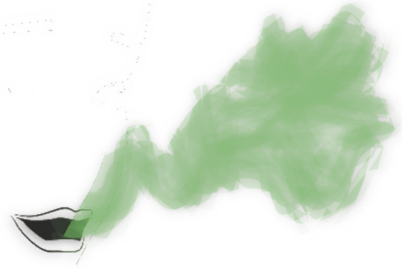
Mes gencives **gonflent** et deviennent **rouges**



Je **saigne** des gencives, elles sont **douloureuses**



J'ai une **mauvaise haleine**

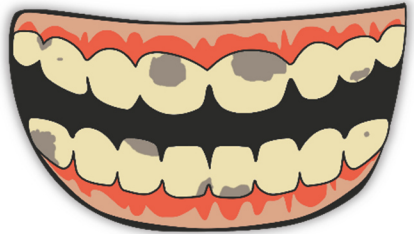


Avec le temps, la hauteur des **gencives diminue**

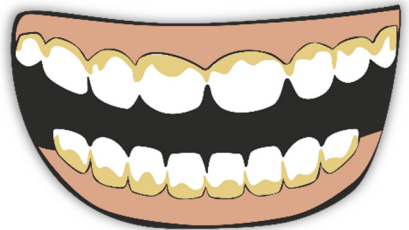


Pourquoi sont-elles malades ?

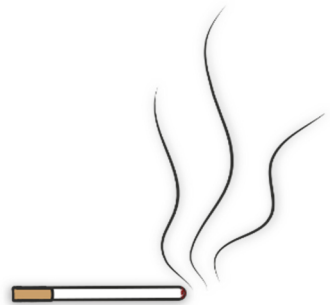
A cause d'une **mauvaise hygiène dentaire**



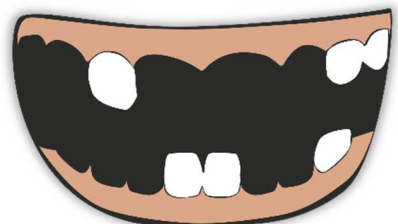
A cause du **tartre** que je laisse s'accumuler



A cause de la **cigarette**, de l'**alcool** et des **drogues**



Si je ne fais rien je vais **perdre mes dents**

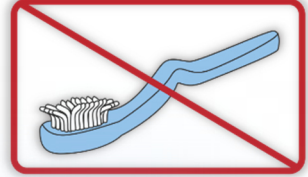


Que dois-je faire ?

- ✓ Je me brosse les dents **matin et soir** pendant **2 minutes**





- ✓ Je change ma brosse à dents **régulièrement**



- ✓ J'utilise des **brossettes** pour nettoyer **délicatement** entre les dents



- ✓ Je consulte un dentiste tous les **6 mois**

JANVIER 	FEVRIER	MARS	AVRIL
MAI	JUIN	JUILLET 	AOÛT
SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE

Détartrage

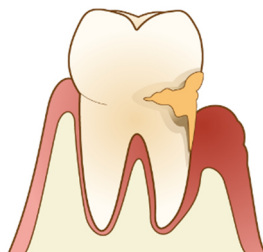


GOUMAI  2018

MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

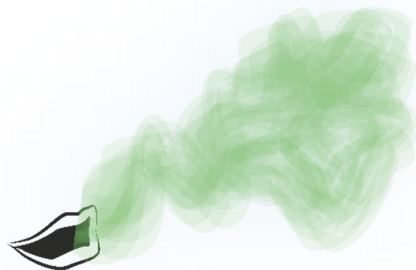
Le tartre c'est quoi ?

Le tartre est une matière beige et **dure** sur mes dents



A cause du tartre :

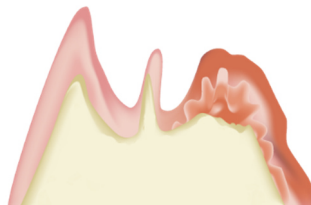
J'ai une **mauvaise haleine**



J'ai des **gencives malades**



Je peux **perdre** mes dents



Comment ça se passe ?

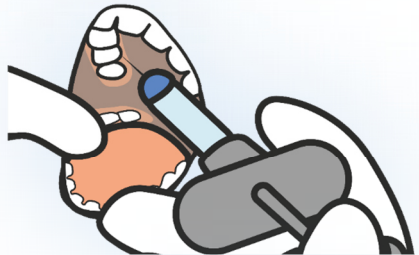
Le dentiste **enlève le tartre** sur mes dents



Une **aspiration** est utilisée pour ma salive et le tartre



Si j'ai **trop mal**, je peux demander une **anesthésie**





Le dentiste enlève les **tâches** sur mes dents



A la fin du rendez-vous, mes dents sont **propres et lisses**



Je dois faire au moins **deux** **détartrages** par an

JANVIER 	FEVRIER	MARS	AVRIL
MAI	JUIN	JUILLET 	AOUT
SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE

La Carie Dentaire

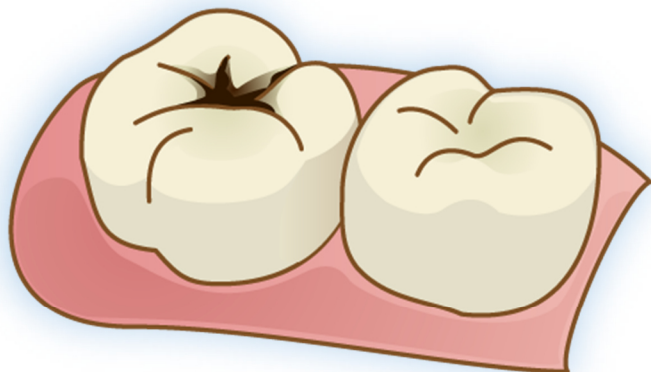


GOUMAI  2018

MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Le dentiste me soigne une carie

La carie est un **trou** dans la dent

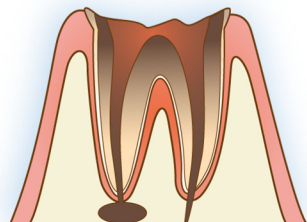


Avec le temps, la carie **risque** :

De **s'agrandir**

De me faire **très mal**

De provoquer une **infection**



Comment ça se passe ?

Le dentiste **anesthésie** ma dent

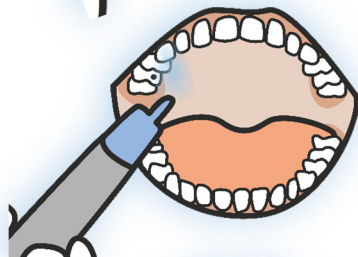


Il **retire** la carie

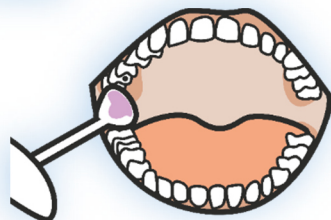


Il **sèche** ma dent

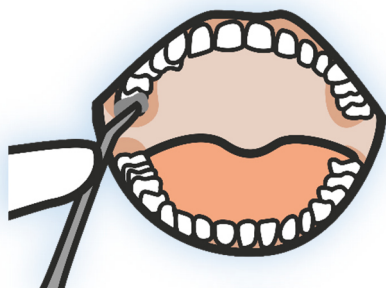
Le dentiste peut aussi utiliser une **feuille de plastique** pour isoler ma dent et la garder sèche



Il met une **colle spéciale** sur ma dent



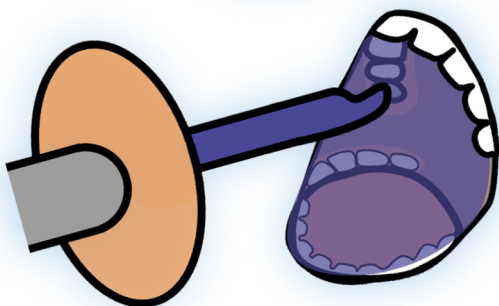
Le dentiste met en place la pâte pour sceller la dent



Il donne à la pâte la **forme** de la dent



Il fait durcir la pâte avec une **lumière bleue**



Le dentiste **règle la hauteur** de la pâte. Il me demande de mordre sur un papier de couleur

Je peux avoir des **sensibilités la première semaine**

La Couronne Dentaire



GOUMAI (cc) BY-NC-SA 2018

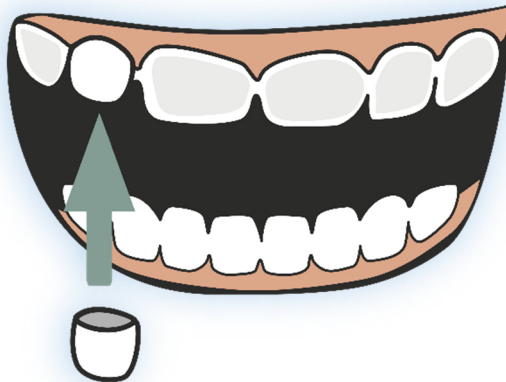
MA Sante BUCCO-DENTAIRE

La couronne dentaire

Le dentiste a enlevé la carie, mais la dent est **très abimée**



Ma dent peut être gardée mais on doit mettre une **couronne**



La couronne **protègera** ma dent abimée

Comment ça se passe ?

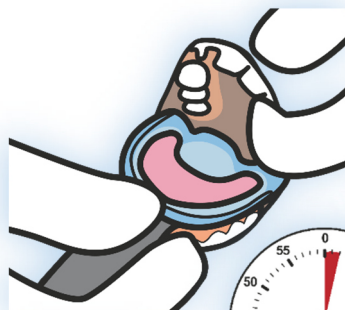
Le dentiste **anesthésie** ma dent



Il **meule** ma dent pour lui donner la **bonne forme**

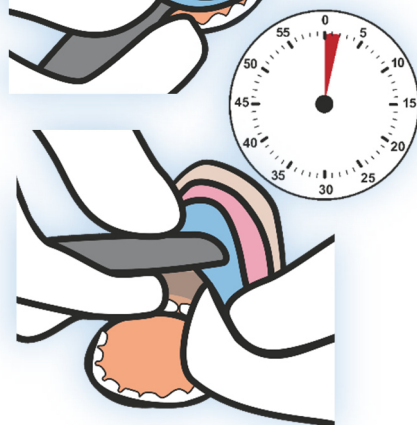


Il prépare un **moule** et de la **pâte** pour faire une **empreinte**



Le dentiste met le moule avec la **pâte dans ma bouche**

Il **appuie** fort le **moule** contre mes dents



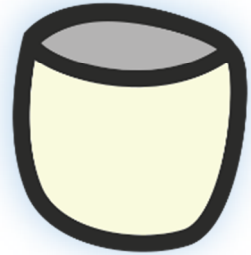
Je patiente **quelques minutes**

Le dentiste **tire fort** pour retirer le moule avec l'**empreinte**



La couronne ne sera prête que dans **15 jours** environ

Le dentiste met une **dent en plastique** en attendant



J'ai un rendez-vous dans **15 jours** pour coller la **couronne définitive**



A la fin, le dentiste règle la **hauteur** de la couronne

L'Avulsion Dentaire

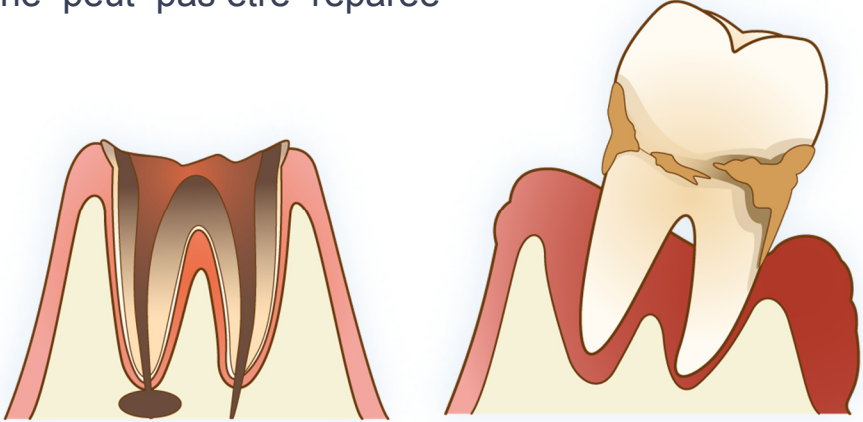


GOUMAI  BY-NC-SA 2018

MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Le dentiste m'enlève une dent

Ma dent est bien **trop abimée**, elle ne peut pas être réparée



Elle risque de me faire **mal**. Le dentiste doit donc me **l'enlever**

Comment ça se passe ?

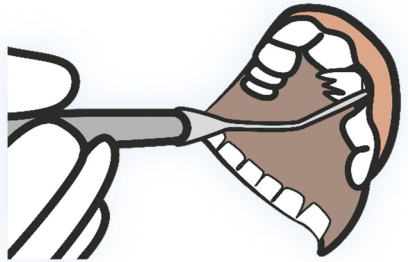


Le dentiste me donne un **bain de bouche** pour me **rincer** la bouche avant de commencer

Le dentiste **anesthésie** ma dent

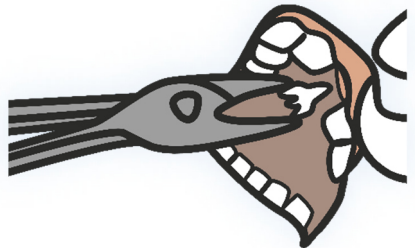


Il fait **bouger** ma dent avec différents instruments

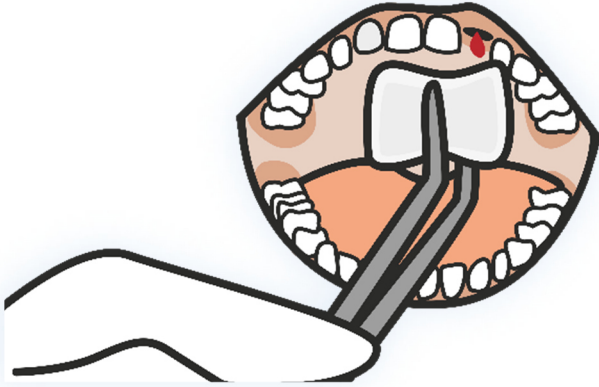


J'entends des **craquements**, c'est normal

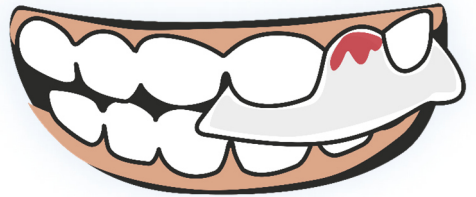
Ma dent bouge de plus en plus, le dentiste l'enlève **doucement** avec une **pince**



Je **saigne** c'est normal



Le dentiste met une **compresse** dans ma bouche



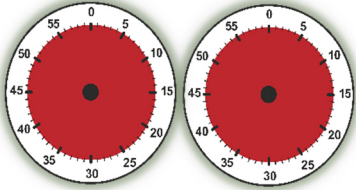
Je **serre fort** la compresse entre mes dents

Je serre la compresse pendant **15 minutes**



Quand ma dent a été retirée

J'attends **2 heures** avant de manger



J'évite les aliments de petites tailles qui pourraient se coincer dans le trou

Je préfère **manger froid** les premiers jours



J'évite de passer ma langue dans le trou



Je ne fume pas les 3 premiers jours. Je peux utiliser des patchs nicotiniques pour m'aider

Je peux saigner les premiers jours, **c'est normal**

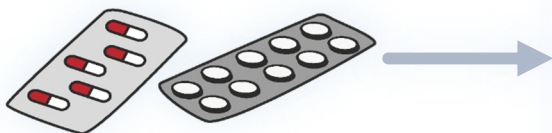
Si ça arrive je m'assois, je mets une **compresse** sur le trou et je mords dessus pendant **15 minutes**

Si le saignement persiste je consulte un dentiste **en urgence**



Le dentiste m'a prescrit des médicaments

Je les prends **au moment indiqué** pour ne pas avoir mal et pour éviter les infections



Le lendemain, je commence les bains de bouches



B. Modèle en Arabe

1. Le questionnaire médical
2. La prévention bucco-dentaire
3. La douleur dentaire
4. La consultation dentaire
5. La maladie des gencives
6. Le détartrage
7. La carie dentaire
8. La couronne dentaire
9. L'avulsion dentaire

الأسئلة التي يطرحها طبيب الأسنان

ماهي المشاكل الصحية التي تعاني منها؟



الدماغ



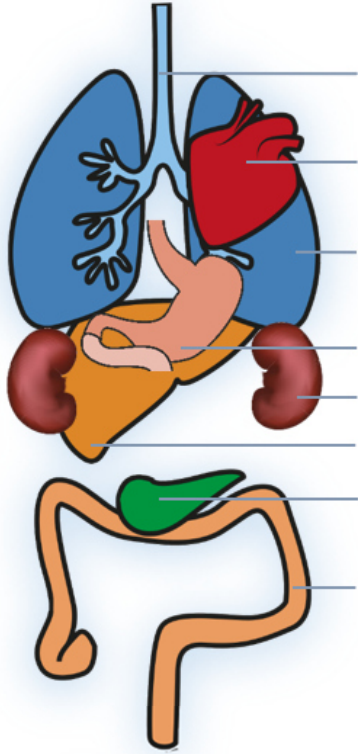
أمراض الجهاز التنفسي



السرطان



مرض السكر



الحلق

القلب

الرئتين

المعدة

الكلية

الكبد

البنكرياس

الأمعاء

هل تتناول:

الخمير؟

التدخين؟

المخدرات؟



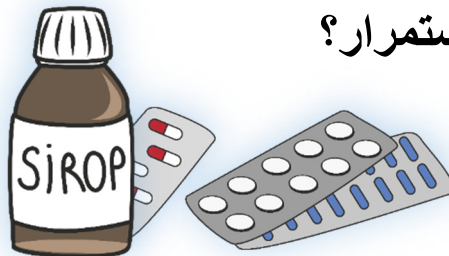
منذ متى؟

هل لديك تحسس؟

ما نوع التحسس؟

ماهي الأدوية التي تأخذها باستمرار؟

نوع الأدوية؟



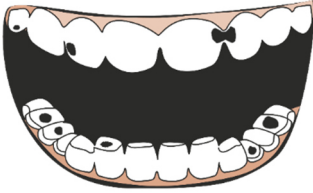
وقاية الفم والأسنان

MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

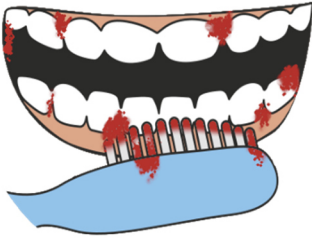


دكتور قوميدي هاشم
ترجمة من قبل د. سواد علي

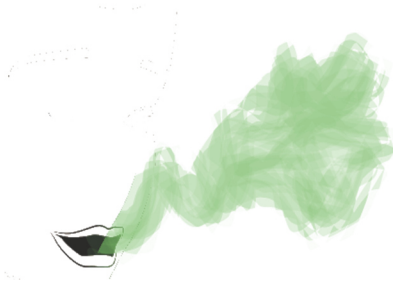
كيف أهتم بصحة أسناني



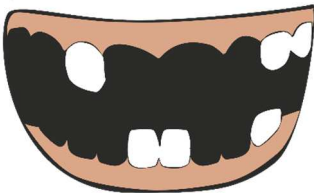
لتجنب التسوس



لتجنب إتهابات اللثة



لتجنب ألم الأسنان
و الروائح الكريهة



لتجنب فقدان الأسنان

1 - أنظف أسناني جيدا

أستخدم فرشاة ناعمة ✓



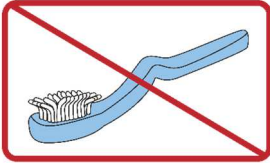
أنظف الأسنان مساء وصباحا ✓



بعد الأكل وخاصة المساء

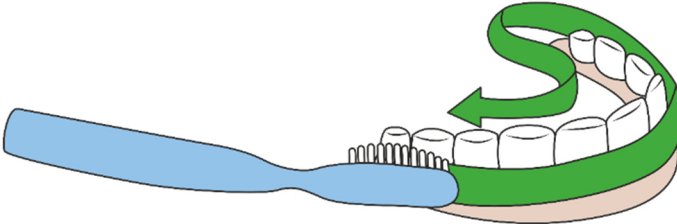


حتى إذا لم يبقى لدي معجون

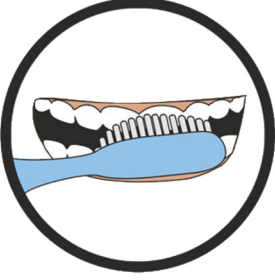


تبدال الفرشاة بانتظام

أنظف كل الأسنان بدقة ✓



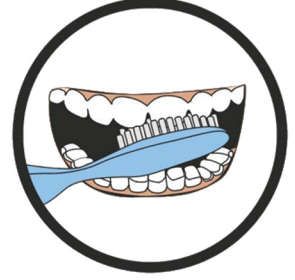
من الأمام



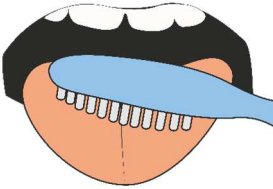
من الخلف



من السطح



على الأقل دقيقتين



أنظف اللسان



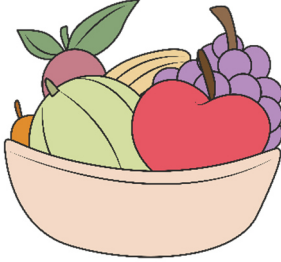
أستخدم فرشاة خاصة
بلطف لتنظيف ما بين
الأسنان



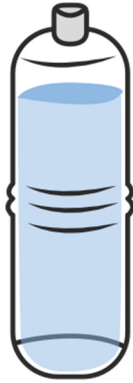
2 - الأكل جيدا



أتناول الطعام في موعده

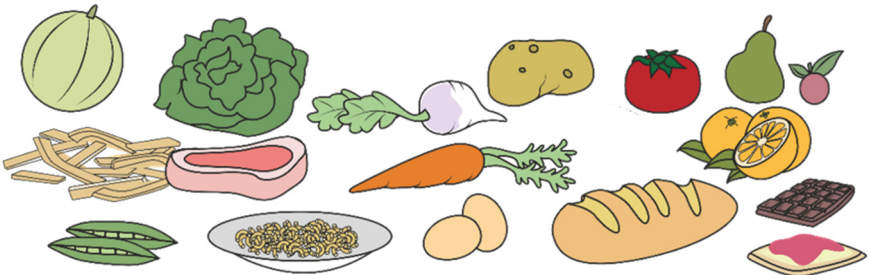


إذا شعرت بالجوع بين الوجبات يفضل أكل الفاكهة



أشرب الماء بكثرة

أتناول مواد غذائية متنوعة





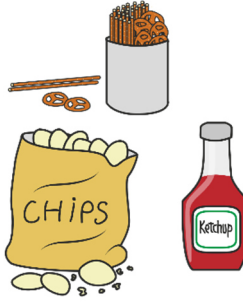
أحذر من المواد التالية:

الأحماض



المأكولات

التي يكون السكر فيها مخفي



الحلويات



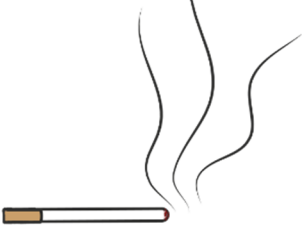
لا أكثر من المشروبات السكرية والحمضية:



3 - أتجنب الأخلاق الخطيرة

لا أتناول المواد التي تسبب الإدمان

التدخين ❌



الخمير ❌



المخدرات ❌



4 - أزور الطبيب مرتين في العام

4 - ربيع الآخر	3 - ربيع الأول	2 - صفر	1 - محرم
			❌
8 - شعبان	7 - رجب	6 - جمادى الآخر	5 - جمادى الأول
	❌		
12 - ذو الحجة	11 - ذو القعدة	10 - شوال	9 - رمضان

أخذ موعد كل ستة أشهر ✅

ألم الأسنان

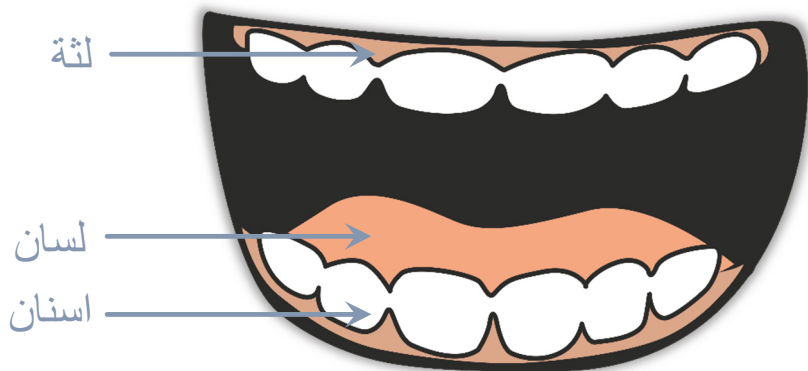
MA SANTE BUCCO-DENTAIRE



دكتور قوميدي هاشم
ترجمة من قبل د. سواد علي

الطبيب بحاجة لمعرفة الألم الذي عندي

أشير إلى مكان الألم



أخبر الطبيب عن شدة الألم



منذ متى بدأ الألم؟

لدي ألم طوال اليوم، دون إنقطاع؟

لدي ألم نابض أو مستمر؟

ما هو الذي يظهر الألم؟

الأشياء الساخنة؟



الأشياء الباردة؟



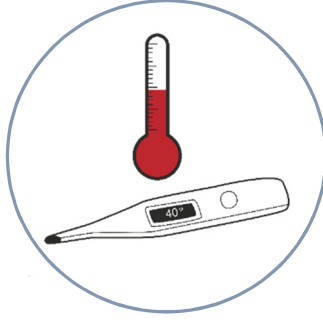
عند الأكل؟



الحلويات؟



عند النوم؟



هل لدي حمى؟

منذ متى؟

ماهي الأشياء التي تسكن الألم؟

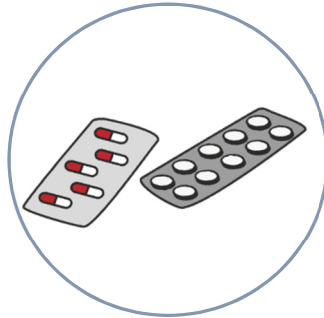
المواد الحارة؟



المواد الباردة؟



الأدوية؟



نوع الأدوية؟

موعد عند طبيب الأسنان

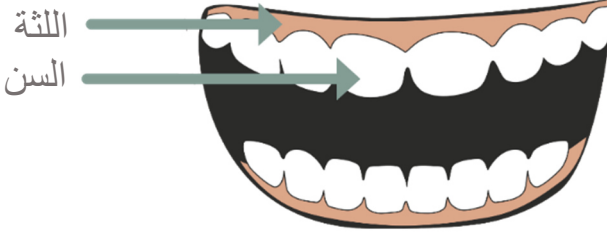
MA SANTE BUCCO-DENTAIRE



دكتور قوميدي هاشم
ترجمة من قبل د. سواد علي

ما الفائدة من هذا

للتحقق من سلامة الفم
والأسنان



ما أهمية فحص الأسنان:

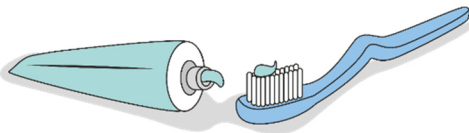
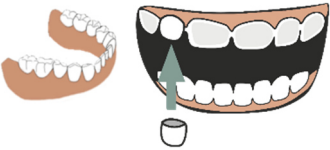
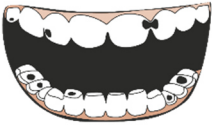
• علاج سن مريض

• قلع سن تالف جدا

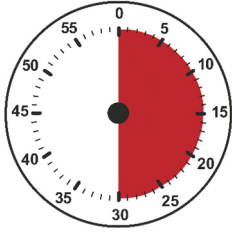
• تعويض سن مفقود

• إصلاح سن مكسور

• تعلم طريقة تنظيف
الأسنان



كيف تسير الامور

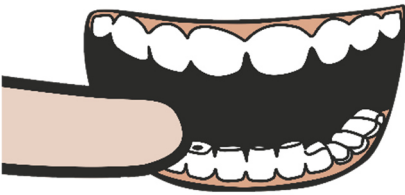


أنتظر الطبيب في صالة الإنتظار

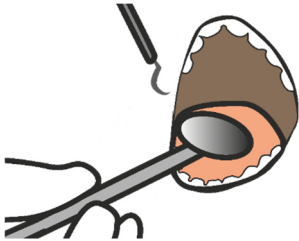


يستقبلني الطبيب ثم يطلب مني
الجلوس على كرسي الأسنان

أجيب على أسئلة حول صحتي



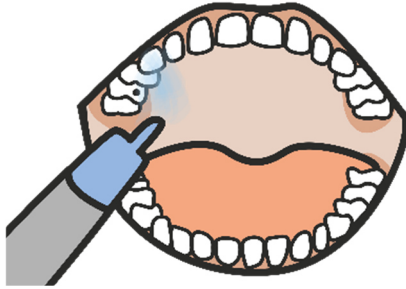
أظهر الأسنان التي أريد علاجها



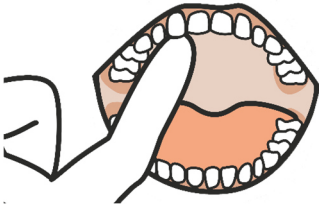
يفحص الطبيب الأسنان المتسوسة

يتحقق الطبيب من حياة العصب السنّي ببعض الوسائل

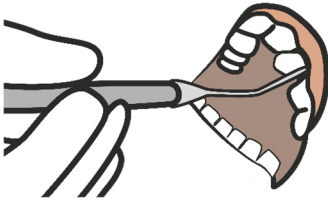
ينفخ هواء أو يضع قطنة باردة
عن السن



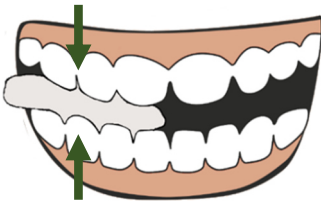
إذا شعرت بألم: يدل
على أن السن مريض



يقوم الطبيب بتحريك السن
وقرعه للتحقق من وجود ألم

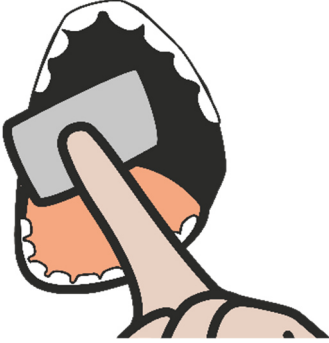


يفحص اللثة



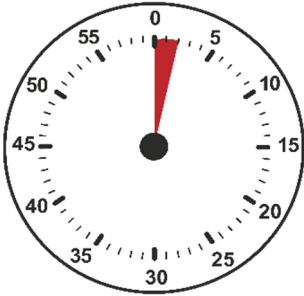
يطلب مني العَض بقوة عن قطنة
أشير للطبيب إذا شعرت بألم عندما
أفتح فمي

يعمل الطبيب فحص راديو



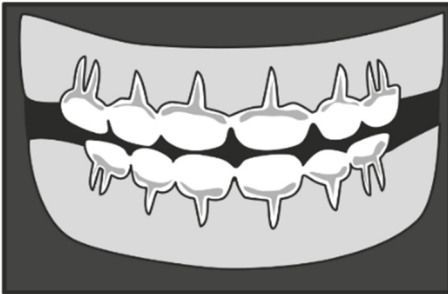
يقوم الطبيب بوضع فلم التصوير داخل الفم

أثبتته بأصبعي



من ثم يقوم الطبيب بتقريب جهاز التصوير من الفم

يجب عدم الحركة لمدة قصيرة

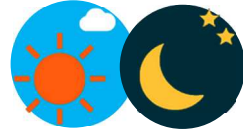
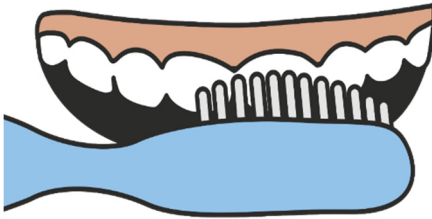


قد يطلب الطبيب عمل راديو من نوع آخر

عدة نتائج محتملة بعد الفحص:

1 - لا يوجد مشكلة 

أنظف أسناني لمدة دقيقتين بعد الأكل

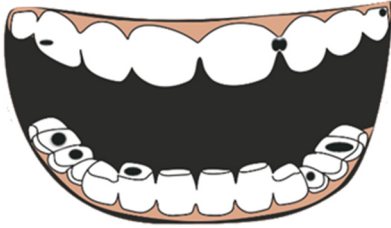


أزور طبيب الأسنان كل ستة أشهر

4 - ربيع الآخر	3 - ربيع الأول	2 - صفر	1 - محرم 
8 - شعبان	7 - رجب 	6 - جمادى الآخر	5 - جمادى الأول
12 - ذو الحجة	11 - ذو القعدة	10 - شوال	9 - رمضان

2 - يوجد مشكلة

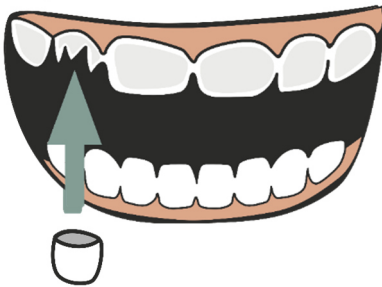
يلزم موعد آخر للعلاج



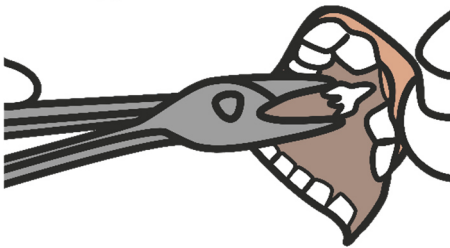
وجود تسوس



وجود إلتهابات في اللثة



يلزم تعويض أسنان



يلزم قلع سن

إلتهابات اللثة

MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

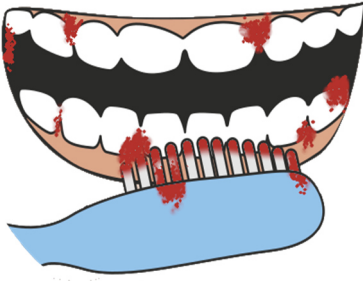


دكتور قوميدي هاشم
ترجمة من قبل د. سواد علي

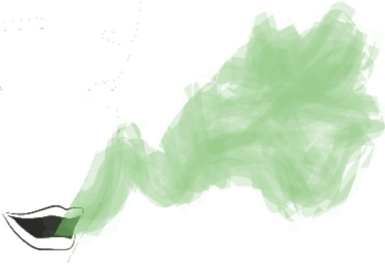
كيف أعلم بالتهابات اللثة



تكون اللثة منتفخة وحمراء



خروج الدم والشعور بألم

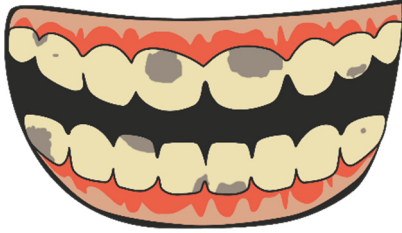


وجود رائحة كريهة

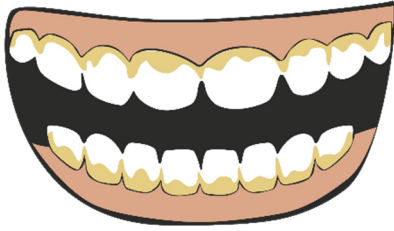


مع الوقت نلاحظ نزول
وإنحسار اللثة

ما أسباب التهابات اللثة

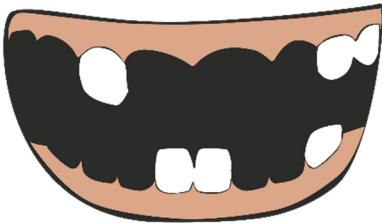
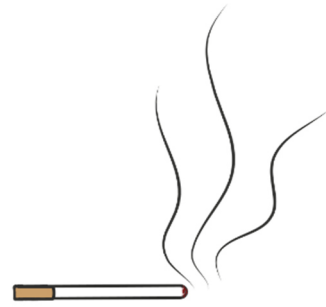


عدم الإهتمام جيدا بصحة الفم



وجود ترسبات كلسية بكثرة

التدخين وشرب الخمر وتناول
المخدرات

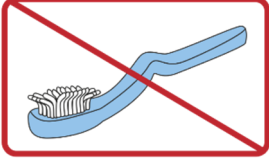


إذا لم أهتم بصحة اللثة سوف
أفقد أسناني

ما يجب عمله



✓ أنظف أسناني دقيقتين صباحا ومساء



✓ تبديل فرشاة الأسنان بانتظام



✓ أستخدم بلطف فرشاة خاصة لتنظيف ما بين الأسنان

✓ أزور طبيب الأسنان كل ستة أشهر

4 - ربيع الآخر	3 - ربيع الأول	2 - صفر	1 - محرم
			X
8 - شعبان	7 - رجب	6 - جمادى الآخر	5 - جمادى الأول
	X		
12 - ذو الحجة	11 - ذو القعدة	10 - شوال	9 - رمضان

إزالة الترسبات الكلسية

MA SANTE BUCCO-DENTAIRE

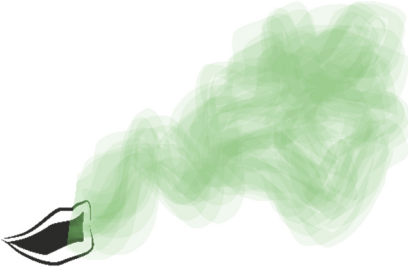


دكتور قوميدي هاشم
ترجمة من قبل د. سواد علي

ماهي الترسبات الكلسية؟



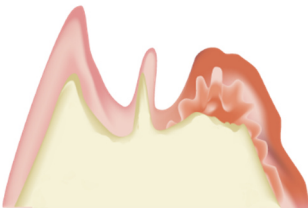
هي مواد صلبة وخشنة
لونها بني



قد تسبب رائح كريهة



قد تسبب إلتهابات اللثة



وقد تسبب فقدان الأسنان

كيف إزالة الترسبات؟



✓ يزيل الطبيب الترسبات بجهاز خاص



✓ أثناء التنظيف يتم ازاله الترسبات والماء واللعب بأداة شفط

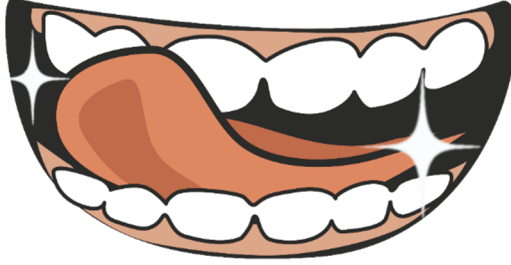


✓ إذا شعرت بألم شديد، أطلب تخدير مكان الألم



✓ في النهاية، يقوم الطبيب بتنعيم الأسنان بجهاز خاص

✓ بعد الزيارة أجد أسناني نظيفة وناعمة



✓ أقوم بإزالة الترسبات مرتين في العام

4 - ربيع الآخر	3 - ربيع الأول	2 - صفر	1 - محرم X
8 - شعبان	7 - رجب X	6 - جمادى الآخر	5 - جمادى الأول
12 - ذو الحجة	11 - ذو القعدة	10 - شوال	9 - رمضان

تسوس الأسنان

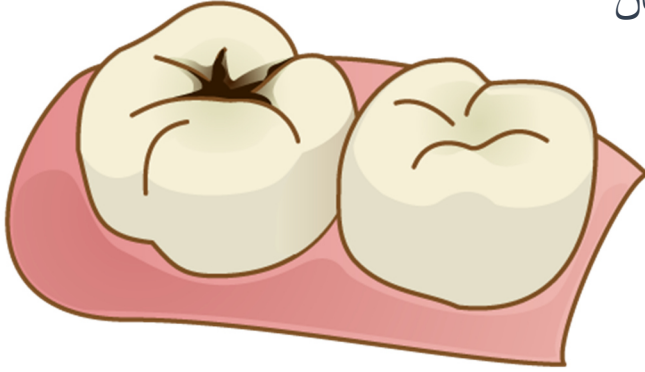
MA SANTE BUCCO-DENTAIRE



دكتور قوميدي هاشم
ترجمة من قبل د. سواد علي

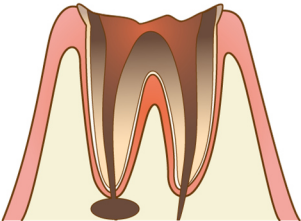
علاج التسوس عند طبيب الأسنان

التسوس عبارة عن ثقوب في
الأسنان



قد يسبب التسوس ألم شديد

يمكن أن يكبر حجم التسوس
مع الوقت



قد يسبب عدوى خطيرة للجسم

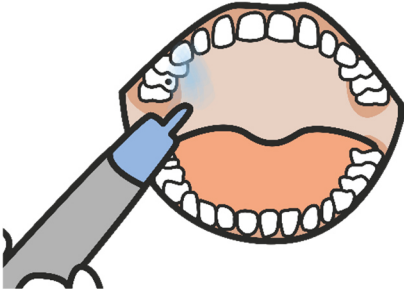
كيف يتم علاج التسوس؟



يقوم الطبيب بتخدير السن

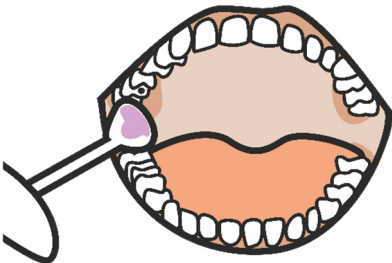


يستخدم الطبيب أداة لإزالة التسوس

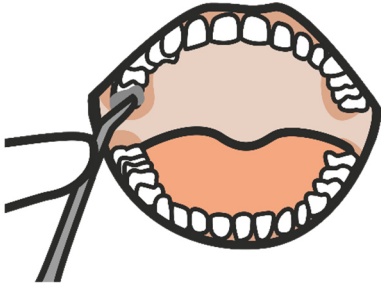


ثم يقوم بتجفيف السن

أثناء العلاج يضع الطبيب ورقة بلاستيكية للحفاظ على جفاف الأسنان



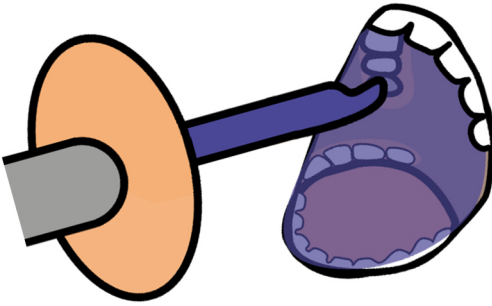
يضع طبقة لاصقة على السن



من ثم يقوم بوضع
الحشوة



ثم يقوم بتشكيلها حسب
السن الطبيعي



يستخدم مصدر ضوئي
لتصلب الحشوة

في النهاية يقوم الطبيب بتعديل مستوى
الحشوة باستخدام أوراق رقيقة

بعد الحشو، يمكن أن نشعر بتحسس الأسنان الأسابيع الأولى

التعاج السنني

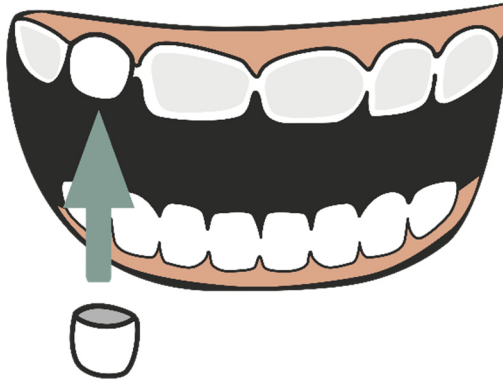
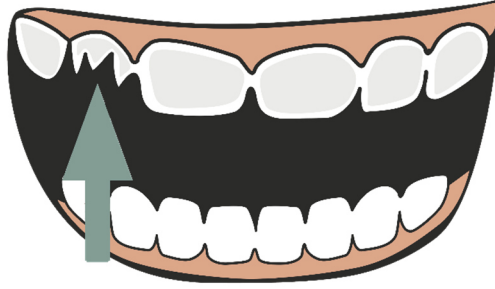
MA SANTE BUCCO-DENTAIRE



دكتور قوميدي هاشم
ترجمة من قبل د. سواد علي

التاج السني

في بعض الحالات يكون الحشو غير كافيا لعلاج السن



لذلك يلزم عمل تاج سني للحفاظ على السن

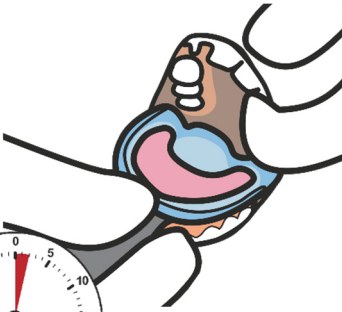
كيف يتم عمل التاج السني؟



يقوم الطبيب بتخدير السن



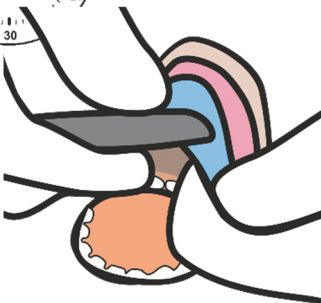
ثم يقوم بتشكيل السن بأداة خاصة



يقوم بتجهيز مواد لأخذ طبعة للسن



يضع الطبعة في الفم



يلزم الصبر عدة دقائق



في النهاية ينزع الطبيب الطبعة

يلزم على الأقل 15 يوما لتجهيز
التاج السني



يقوم الطبيب بوضع سن مؤقت

بعد أسبوعين يتم تركيب السن
الدائم



بعد تركيب السن يتم تعديل
مستوى السن بإستخدام أوراق
رقيقة

قّلع الأسنان

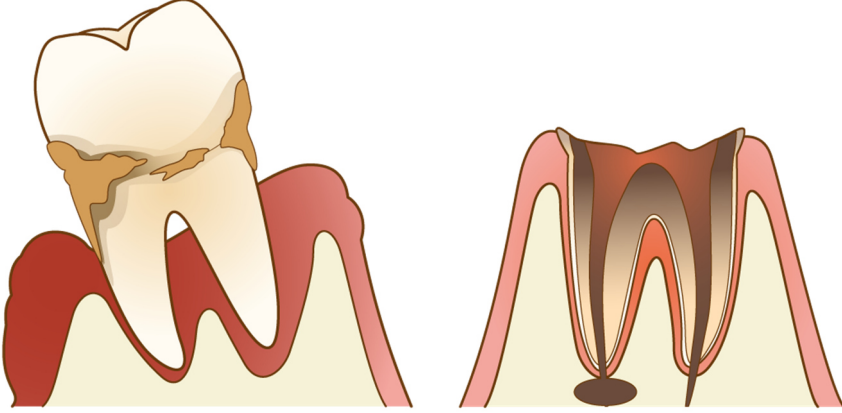
MA SANTE BUCCO-DENTAIRE



دكتور قوميدي هاشم
ترجمة من قبل د. سواد علي

قلع السن عند طبيب الأسنان

يكون السن تالف جدا ولا يمكن علاجه



يمكن أن يسبب ألم شديد لذلك يجب قلعه

كيف يتم قلع السن؟

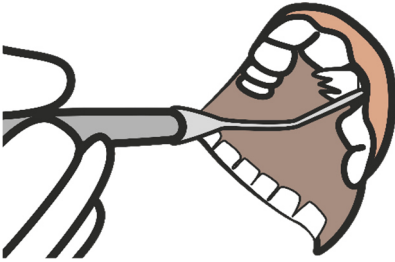


في البداية يطلب مني الطبيب
المضمضة بمواد غسل الفم

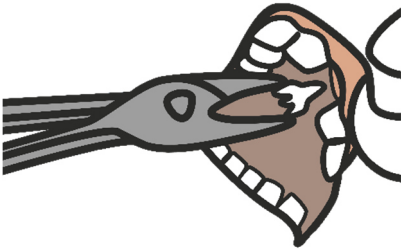
يقوم الطبيب بتخدير السن



يبدأ بتحريك السن بأداة
جراحية خاصة

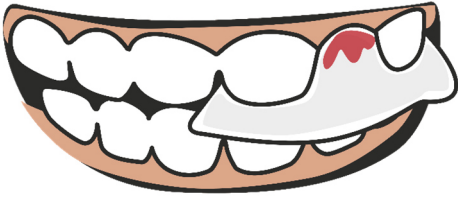
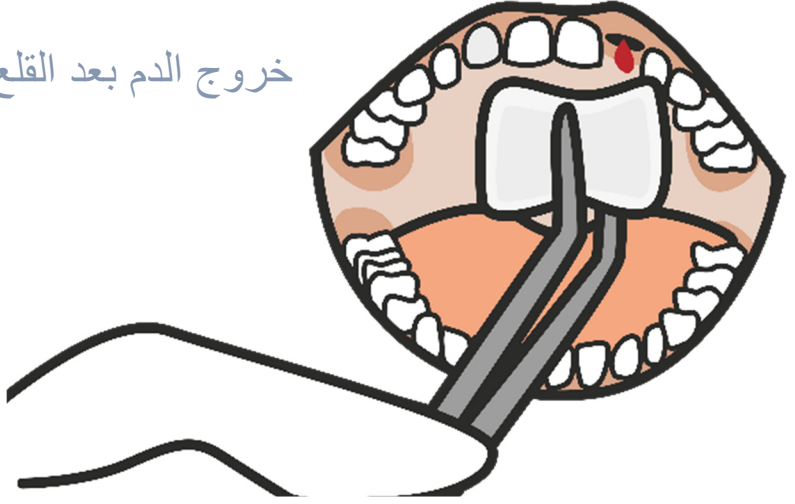


أثناء القلع قد تسمع قرقعة،
هذا طبيعي



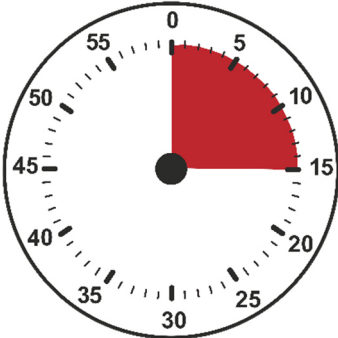
يتحرك السن أكثر فأكثر ومن
ثم يقوم الطبيب بقلعه

خروج الدم بعد القلع: هذا طبيعي



يضع الطبيب قطنة في مكان السن المخلوع

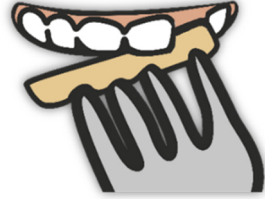
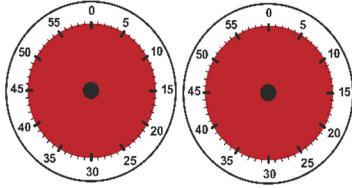
أعض على القطنة بقوة لإيقاف خروج الدم



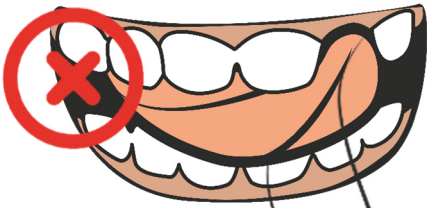
أعض على القطنة لمدة 15 دقيقة

النصائح التي يجب إتباعها بعد القلع

عدم الأكل لمدة ساعتين



تجنب المأكولات الصغيرة (الأرز، الكسكس)
يجب تناول المأكولات والمشروبات الباردة



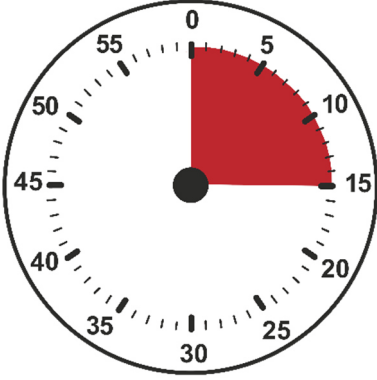
تجنب لمس الجرح باللسان والأصابع



عدم التدخين لمدة ساعتين. يمكنك استخدام رقعة النيكوتين لتجنب التدخين

هل يمكن خروج الدم من الجرح في الأيام الأولى؟

نعم، هذا طبيعي



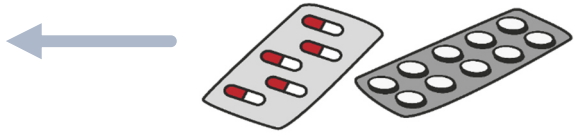
لكن عند خروج الدم يتم وضع قطنة والعض عليها لمدة 15 دقيقة ويفضل أن تكون قاعدا

إذا إستمر نزيف الدم يلزم إستشارة الطبيب

هل الطبيب يقوم بصرف علاج؟



نعم، ويجب أخذها حسب إرشادات الطبيب لتجنب الألم والعدوى



يتم إستخدام المضمضة اليوم التالي



C. Licence d'exploitation de l'outil

Licence publique Creative Commons Attribution - Utilisation non commerciale - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International

Lorsque Vous exercez les Droits accordés par la licence (définis ci-dessous), Vous acceptez d'être lié par les termes et conditions de la présente Licence publique Creative Commons Attribution - Utilisation non commerciale - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International (la « Licence publique »). Dans la mesure où la présente Licence publique peut être interprétée comme un contrat, Vous bénéficiez des Droits accordés par la licence en contrepartie de Votre acceptation des présents termes et conditions, et le Donneur de licence Vous accorde ces droits en contrepartie des avantages que lui procure le fait de mettre à disposition l'Œuvre sous licence en vertu des présents termes et conditions.

Article 1 - Définitions.

- a. **Œuvre dérivée** signifie œuvre protégée par les Droit d'auteur et droits connexes, dérivée ou adaptée de l'Œuvre sous licence et dans laquelle l'Œuvre sous licence est traduite, retouchée, arrangée, transformée, ou modifiée de telle façon que l'autorisation du Donneur de licence est nécessaire, conformément aux dispositions des Droit d'auteur et droits connexes. Dans le cas de la présente Licence publique, lorsque l'Œuvre sous licence est une œuvre musicale, une représentation publique ou un enregistrement sonore, la synchronisation de l'Œuvre sous licence avec une image animée sera considérée comme une Œuvre dérivée aux fins de la présente Licence publique.
- b. **Licence d'Œuvre dérivée** signifie licence par laquelle Vous accordez Vos Droit d'auteur et droits connexes portant sur Vos contributions à l'Œuvre dérivée, selon les termes et conditions de la présente Licence publique.
- c. **Licence compatible BY-NC-SA** signifie licence figurant à l'adresse suivante creativecommons.org/compatiblelicenses, approuvée par Creative Commons comme étant essentiellement équivalente à la présente Licence publique.
- d. **Droit d'auteur et droits connexes** signifie droit d'auteur et/ou droits connexes incluant, notamment, la représentation, la radio et télédiffusion, l'enregistrement sonore et le Droit sui generis des producteurs de bases de données, quelle que soit la classification ou qualification juridique de ces droits. Dans le cadre de la présente Licence publique, les droits visés à l'Article 2(b)(1)-(2) ne relèvent ni du Droit d'auteur ni de droits connexes.
- e. **Mesures techniques efficaces** signifie mesures techniques qui, en l'absence d'autorisation expresse, ne peuvent être contournées dans le cadre de lois conformes aux dispositions de l'Article 11 du Traité de l'OMPI sur le droit d'auteur adopté le 20 Décembre 1996 et/ou d'accords internationaux de même objet.
- f. **Exceptions et limitations** signifie utilisation loyale et équitable (*fair use* et *fair dealing*) et/ou toute autre exception ou limitation applicable à Votre utilisation de l'Œuvre sous licence.
- g. **Éléments de licence** signifie les composantes de la licence figurant dans l'intitulé de la Licence publique Creative Commons. Les éléments de la présente Licence publique sont : Attribution, Utilisation non commerciale et Partage dans les mêmes conditions.
- h. **Œuvre sous licence** signifie œuvre littéraire ou artistique, base de données ou toute autre œuvre pour laquelle le Donneur de licence a recours à la présente Licence publique.

- i. **Droits accordés par la licence** signifie droits qui Vous sont accordés selon les termes et conditions d'utilisation définis par la présente Licence publique, limités aux Droits d'auteur et droits connexes applicables à Votre utilisation de l'Œuvre sous licence et que le Donneur de licence a le droit d'accorder.
- j. **Donneur de licence** signifie un individu ou une entité octroyant la présente Licence publique et les droits accordés par elle.
- k. **Utilisation non commerciale** signifie que l'utilisation n'a pas principalement pour but ou pour objectif d'obtenir un avantage commercial ou une compensation financière. L'échange de l'Œuvre sous licence avec d'autres œuvres soumises aux Droits d'auteur et droits connexes par voie de partage de fichiers numériques ou autres moyens analogues constitue une Utilisation non commerciale à condition qu'il n'y ait aucun avantage commercial ni aucune compensation financière en relation avec la transaction.
- l. **Partager** signifie mettre une œuvre à la disposition du public par tout moyen ou procédé qui requiert l'autorisation découlant des Droits accordés par la licence, tels que les droits de reproduction, de représentation au public, de distribution, de diffusion, de communication ou d'importation, y compris de manière à ce que chacun puisse y avoir accès de l'endroit et au moment qu'il choisit individuellement.
- m. **Droit sui generis des producteurs de bases de données** signifie droits distincts du droit d'auteur résultant de la Directive 96/9/CE du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 1996 sur la protection juridique des bases de données, ainsi que tout autre droit de nature équivalente dans le monde.
- n. **Vous** (preneur de licence) se rapporte à tout individu ou entité exerçant les Droits accordés par la licence. **Votre** et **Vos** renvoient également au preneur de licence.

Article 2 - Champ d'application de la présente Licence publique.

a. Octroi de la licence.

1. Sous réserve du respect des termes et conditions d'utilisation de la présente Licence publique, le Donneur de licence Vous autorise à exercer pour le monde entier, à titre gratuit, non sous-licenciable, non exclusif, irrévocable, les Droits accordés par la licence afin de :
 - A. reproduire et Partager l'Œuvre sous licence, en tout ou partie, seulement pour une Utilisation non commerciale ; et
 - B. produire, reproduire et Partager l'Œuvre dérivée seulement pour une Utilisation non commerciale.
2. Exceptions et limitations. Afin de lever toute ambiguïté, lorsque les Exceptions et limitations s'appliquent à Votre utilisation, la présente Licence publique ne s'applique pas et Vous n'avez pas à Vous conformer à ses termes et conditions.
3. Durée. La durée de la présente Licence publique est définie à l'Article 6(a).
4. Supports et formats : modifications techniques autorisées. Le Donneur de licence Vous autorise à exercer les Droits accordés par la licence sur tous les supports et formats connus ou encore inconnus à ce jour, et à apporter toutes les modifications techniques que ceux-ci requièrent. Le Donneur de licence renonce et/ou accepte de ne pas exercer ses droits qui pourraient être susceptibles de Vous empêcher d'apporter les modifications techniques nécessaires pour exercer les Droits accordés par la licence, y compris celles nécessaires au contournement des Mesures techniques efficaces. Dans le cadre de la présente Licence publique, le fait de ne procéder qu'à de simples modifications techniques autorisées selon les termes du présent Article 2(a)(4) n'est jamais de nature à créer une Œuvre dérivée.
5. Utilisateurs en aval.
 - A. Offre du Donneur de licence – Œuvre sous licence. Chaque utilisateur de l'Œuvre sous licence reçoit automatiquement une offre de la part du

Donneur de licence lui permettant d'exercer les Droits accordés par la licence selon les termes et conditions de la présente Licence publique.

- B. Offre additionnelle du Donneur de licence – Œuvre dérivée. Chaque utilisateur d'une Œuvre dérivée reçoit automatiquement une offre du Donneur de licence lui permettant d'exercer les Droits accordés par la licence sur l'Œuvre dérivée selon les termes et conditions de la Licence d'Œuvre dérivée que Vous appliquez.
 - C. Pas de restrictions en aval pour les utilisateurs suivants. Vous ne pouvez proposer ou imposer des termes et conditions supplémentaires ou différents, ou appliquer quelque Mesure technique efficace que ce soit à l'Œuvre sous licence si ceux(celles)-ci sont de nature à restreindre l'exercice des Droits accordés par la licence aux utilisateurs de l'Œuvre sous licence.
6. Non approbation. Aucun élément de la présente Licence publique ne peut être interprété comme laissant supposer que le preneur de licence ou que l'utilisateur qu'il fait de l'Œuvre sous licence est lié à, parrainé, approuvé, ou doté d'un statut officiel par le Donneur de licence ou par toute autre personne à qui revient l'attribution de l'Œuvre sous licence, comme indiqué à l'Article 3(a)(1)(A)(i).

b. Autres droits.

- 1. Les droits moraux, tel que le droit à l'intégrité de l'œuvre, ne sont pas accordés par la présente Licence publique, ni le droit à l'image, ni le droit au respect de la vie privée, ni aucun autre droit de la personnalité ou apparenté ; cependant, dans la mesure du possible, le Donneur de licence renonce et/ou accepte de ne pas faire valoir les droits qu'il détient de manière à Vous permettre d'exercer les Droits accordés par la licence.
- 2. Le droit des brevets et le droit des marques ne sont pas concernés par la présente Licence publique.
- 3. Dans la mesure du possible, le Donneur de licence renonce au droit de collecter des redevances auprès de Vous pour l'exercice des Droits accordés par la licence, directement ou indirectement dans le cadre d'un régime de gestion collective facultative ou obligatoire assorti de possibilités de renonciation quel que soit le type d'accord ou de licence. Dans tous les autres cas, le Donneur de licence se réserve expressément le droit de collecter de telles redevances, y compris en dehors des cas d'Utilisation non commerciale de l'Œuvre sous licence.

Article 3 – Conditions d'utilisation de la présente Licence publique.

L'exercice des Droits accordés par la licence est expressément soumis aux conditions suivantes.

a. Attribution.

- 1. Si Vous partagez l'Œuvre sous licence (y compris sous une forme modifiée), Vous devez :
 - A. conserver les informations suivantes lorsqu'elles sont fournies par le Donneur de licence avec l'Œuvre sous licence :
 - i. identification du(des) auteur(s) de l'Œuvre sous licence et de toute personne à qui revient l'attribution de l'Œuvre sous licence, dans la mesure du possible, conformément à la demande du Donneur de licence (y compris sous la forme d'un pseudonyme s'il est indiqué) ;
 - ii. l'indication de l'existence d'un droit d'auteur ;
 - iii. une notice faisant référence à la présente Licence publique ;

- iv. une notice faisant référence aux limitations de garantie et exclusions de responsabilité ;
 - v. un URI ou un hyperlien vers l'Œuvre sous licence dans la mesure du possible ;
 - B. Indiquer si Vous avez modifié l'Œuvre sous licence et conserver un suivi des modifications précédentes ; et
 - C. Indiquer si l'Œuvre sous licence est mise à disposition en vertu de la présente Licence publique en incluant le texte, l'URI ou l'hyperlien correspondant à la présente Licence publique.
 - 2. Vous pouvez satisfaire aux conditions de l'Article 3(a)(1) dans toute la mesure du possible, en fonction des supports, moyens et contextes dans lesquels Vous Partagez l'Œuvre sous licence. Par exemple, Vous pouvez satisfaire aux conditions susmentionnées en fournissant l'URI ou l'hyperlien vers la ressource incluant les informations requises.
 - 3. Bien que requises aux termes de l'Article 3(a)(1)(A), certaines informations devront être retirées, dans la mesure du possible, si le Donneur de licence en fait la demande.
- b. **Partage dans les mêmes conditions.**

Outre les conditions indiquées à l'Article 3(a), si Vous Partagez une Œuvre dérivée que Vous avez réalisée, les conditions suivantes s'appliquent aussi.

- 1. La Licence d'Œuvre dérivée que Vous appliquez doit être une licence Creative Commons avec les mêmes Eléments de licence, qu'il s'agisse de cette version ou d'une version ultérieure, ou une Licence compatible BY-NC-SA.
- 2. Vous devez inclure le texte, l'URI ou l'hyperlien correspondant à la Licence d'Œuvre dérivée que Vous appliquez. Ces conditions peuvent être satisfaites dans la mesure du raisonnable suivant les supports, moyens et contextes via lesquels Vous Partagez l'Œuvre dérivée.
- 3. Vous ne pouvez pas proposer ou imposer des termes ou des conditions supplémentaires ou différents ou appliquer des Mesures techniques efficaces à l'Œuvre dérivée qui seraient de nature à restreindre l'exercice des Droits accordés par la Licence d'Œuvre dérivée que Vous appliquez.

Article 4 – Le Droit sui generis des producteurs de bases de données.

Lorsque les Droits accordés par la licence incluent le Droit sui generis des producteurs de bases de données applicable à Votre utilisation de l'Œuvre sous licence :

- a. afin de lever toute ambiguïté, l'Article 2(a)(1) Vous accorde le droit d'extraire, réutiliser, reproduire et Partager la totalité ou une partie substantielle du contenu de la base de données uniquement pour une Utilisation non commerciale ;
- b. si Vous incluez la totalité ou une partie substantielle du contenu de la base de données dans une base de données pour laquelle Vous détenez un Droit sui generis de producteur de bases de données, la base de données sur laquelle Vous détenez un tel droit (mais pas ses contenus individuels) sera alors considérée comme une Œuvre dérivée, y compris pour l'application de l'Article 3(b) ; et
- c. Vous devez respecter les conditions de l'Article 3(a) si Vous Partagez la totalité ou une partie substantielle du contenu des bases de données.

Afin de lever toute ambiguïté, le présent Article 4 complète mais ne remplace pas Vos obligations découlant des termes de la présente Licence publique lorsque les Droits accordés par la licence incluent d'autres Droits d'auteur et droits connexes.

Article 5 – Limitations de garantie et exclusions de responsabilité.

- a. **Sauf indication contraire et dans la mesure du possible, le Donneur de licence met à disposition l'Œuvre sous licence telle quelle, et n'offre aucune garantie de quelque sorte que ce soit, notamment expresse, implicite, statutaire ou autre la concernant. Cela inclut, notamment, les garanties liées au titre, à la valeur marchande, à la compatibilité de certaines utilisations particulières, à l'absence de violation, à l'absence de vices cachés ou autres défauts, à l'exactitude, à la présence ou à l'absence d'erreurs connues ou non ou susceptibles d'être découvertes dans l'Œuvre sous licence. Lorsqu'une limitation de garantie n'est pas autorisée en tout ou partie, cette clause peut ne pas Vous être applicable.**
- b. **Dans la mesure du possible, le Donneur de licence ne saurait voir sa responsabilité engagée vis-à-vis de Vous, quel qu'en soit le fondement juridique (y compris, notamment, la négligence), pour tout préjudice direct, spécial, indirect, incident, conséquentiel, punitif, exemplaire, ou pour toutes pertes, coûts, dépenses ou tout dommage découlant de l'utilisation de la présente Licence publique ou de l'utilisation de l'Œuvre sous licence, même si le Donneur de licence avait connaissance de l'éventualité de telles pertes, coûts, dépenses ou dommages. Lorsqu'une exclusion de responsabilité n'est pas autorisée en tout ou partie, cette clause peut ne pas Vous être applicable.**
- c. Les limitations de garantie et exclusions de responsabilité ci-dessus doivent être interprétées, dans la mesure du possible, comme des limitations et renonciations totales de toute responsabilité.

Article 6 – Durée et fin.

- a. La présente Licence publique s'applique pendant toute la durée de validité des Droits accordés par la licence. Cependant, si Vous manquez à Vos obligations prévues par la présente Licence publique, Vos droits accordés par la présente Licence publique seront automatiquement révoqués.
- b. Lorsque les Droits accordés par la licence ont été révoqués selon les termes de l'Article 6(a), ils seront rétablis :
 1. automatiquement, à compter du jour où la violation aura cessé, à condition que Vous y remédiez dans les 30 jours suivant la date à laquelle Vous aurez eu connaissance de la violation ; ou
 2. à condition que le Donneur de licence l'autorise expressément.

Afin de lever toute ambiguïté, le présent Article 6(b) n'affecte pas le droit du Donneur de licence de demander réparation dans les cas de violation de la présente Licence publique.

- c. Afin de lever toute ambiguïté, le Donneur de licence peut également proposer l'Œuvre sous licence selon d'autres termes et conditions et peut cesser la mise à disposition de l'Œuvre sous licence à tout moment ; une telle cessation n'entraîne pas la fin de la présente Licence publique.
- d. Les Articles 1, 5, 6, 7, et 8 continueront à s'appliquer même après la résiliation de la présente Licence publique.

Article 7 – Autres termes et conditions.

- a. Sauf accord exprès, le Donneur de licence n'est lié par aucune modification des termes de Votre part.

- b. Tous arrangements, ententes ou accords relatifs à l'Œuvre sous licence non mentionnés dans la présente Licence publique sont séparés et indépendants des termes et conditions de la présente Licence publique.

Article 8 – Interprétation.

- a. Afin de lever toute ambiguïté, la présente Licence publique ne doit en aucun cas être interprétée comme ayant pour effet de réduire, limiter, restreindre ou imposer des conditions plus contraignantes que celles qui sont prévues par les dispositions légales applicables.
- b. Dans la mesure du possible, si une clause de la présente Licence publique est déclarée inapplicable, elle sera automatiquement modifiée a minima afin de la rendre applicable. Dans le cas où la clause ne peut être modifiée, elle sera écartée de la présente Licence publique sans préjudice de l'applicabilité des termes et conditions restants.
- c. Aucun terme ni aucune condition de la présente Licence publique ne sera écarté(e) et aucune violation ne sera admise sans l'accord exprès du Donneur de licence.
- d. Aucun terme ni aucune condition de la présente Licence publique ne constitue ou ne peut être interprété(e) comme une limitation ou une renonciation à un quelconque privilège ou à une immunité s'appliquant au Donneur de licence ou à Vous, y compris lorsque celles-ci émanent d'une procédure légale, quel(le) qu'en soit le système juridique concerné ou l'autorité compétente.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine dentaire, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes 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 connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

GOUMAIDI Hachem – Communication et interprétariat en santé : modèle d'un outil linguistique bucco-dentaire adapté à la maison d'arrêt des Baumettes

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : 2018

Rubrique de classement : Santé Publique

Résumé :

La barrière de la langue altère la communication de l'information médicale et empêche un « consentement éclairé » des patients allophones. Ainsi, les droits fondamentaux du malade ne peuvent être assurés.

En France, l'utilisation de l'interprétariat médical et social professionnel n'est pas courante. Les accompagnants des patients, même mineurs, font souvent office d'interprètes de fortune. Dans une moindre mesure, la traduction effectuée par le personnel bilingue non-soignant et non formé à l'interprétariat médical sera aléatoire, avec de nombreuses lacunes déontologiques et médicales aux conséquences potentiellement tragiques.

Seul un interprétariat de qualité peut concéder l'absence d'un interprète professionnel. Un soignant bilingue possède le discernement médical permettant la distinction linguistique pour une bonne prise en charge dans la plupart des cas. Cependant certaines situations complexes peuvent révéler des carences culturelles et sociales. Un outil de communication adroitement conçu saura suffire pour les prises en charges les plus simples et les plus courantes.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons développé un outil destiné à la médecine bucco-dentaire. En créant cet outil de prise en charge et de prévention en arabe-français, nous répondons à une exigence en interprétariat particulière : celle des centres pénitentiaires. L'outil réalisé sera aussi à disposition d'associations humanitaires et de services hospitaliers.

Mots clés :

Interprétariat médical - Outil communication - Allophone - Santé Bucco-dentaire - Prison - Baumettes - Arabe Français - Information éclairée - Consentement libre

GOUMAIDI Hachem – Communication and interpreting in health: model of an linguistic tool for oral health adapted to the Baumettes prison

Abstract:

The language barrier affects the communication of medical information and prevents "informed consent" from the allophones patients. As such, the patient's fundamental rights cannot be guaranteed. In France, the use of professional medical and social interpreting is not common. The accompanying patient's, even minors, often act as makeshift interpreters. To a lesser extent, translation by bilingual staff who are not healthcare professionals and are not trained in medical interpreting will be random, with many ethical and medical shortcomings with potentially tragic consequences.

Only a quality interpreter can concede the absence of a professional interpreter. A bilingual caregiver has the medical discernment to make a linguistic distinction for the proper management of most patients. However, some complex situations may reveal cultural and social deficiencies. A cleverly designed communication tool will suffice for the simplest and most common medicals care.

As part of this thesis, we have developed a tool for oral medicine. By creating this tool for care and prevention in Arabic-French, we are meeting a requirement for special interpreting: that of prisons. The tool will also be available to humanitarian associations and hospital services.

MeSH:

Medical Interpreting - Communication Tool - Allophone - Oral Health - Prison - Baumettes – French Arabic - Enlightened information - Free Consent

Adresse de l'auteur :

412 Boulevard National, I
13003 MARSEILLE