

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU COLLECTIF DE PHARMACOLOGIE SOCIALE DU 18 MARS 2003

I – RELAIS INTERPRETARIAT ET MEDIATION INTERCULTURELLE

Mlle Dorothée MIERICKE : interprète de liaison Bip 42664/22524

Lundi au vendredi de 9 H à 17 H

ACTIVITE

1. INTERPRETARIAT ORAL

- Soutien de l'ensemble du personnel médical et social
- Partenariat avec des interprètes externes facilitant l'accès aux langues spécifiques et à partir de là, par exemple
 - obtention du consentement éclairé des patients
 - compréhension « effective » des prescriptions médicales et des ordonnances

2. TRADUCTION DE DOCUMENTS ECRITS

- traduction succincte de rapports médicaux à l'intention des patients
- traduction d'articles, des résumés à la demande de médecins

3. CONCEPTION DE SUPPORTS VARIÉS EN LANGUES ETRANGERES

- facilitant la compréhension de certains traitements
ex : conception de cassettes audio fournissant des explications simplifiées et pratiques, en collaboration avec des interprètes arabes, concernant par exemple l'utilisation des AVK, à l'intention de personnes analphabètes et/ou de culture différente. Expérience réalisée à l'hôpital de Rangueil dans le Service de Chirurgie Vasculaire du Pr. BOCCALON
- Mise en route d'un grand projet de CDROM, outil de travail visuel et sonore, support d'une information destinée aux soignants, pouvant s'adapter à n'importe quel message en n'importe quelle langue.

4. RESEAUX

- Création de réseaux d'interprétariat internes et externes facilitant une collaboration plus étroite entre les divers interlocuteurs médicaux, sociaux et administratifs
- COFREMI. Des cultures différentes sont encore source de problèmes variés et justifient une formation adaptée à la compréhension et à la prise en charge par les patients de leurs problèmes de santé d'où la création d'un service téléphonique respectant l'anonymat, au bénéfice d'étrangers, d'émigrants en particuliers. Partenariat avec « Médecins du Monde ».
- Dans un but de coordination et de relais en ce qui concerne l'interprétariat à l'occasion, par exemple, d'une hospitalisation en CHU.

ORGANISATION

- de colloques de formation
- de rencontres, parfois au plan international, Bruxelles (Hôpital de la Citadelle), Montréal, CHU de Genève, etc...
- prise en compte de problèmes plus spécifiques (médecine pénitentiaire...), traductions diverses, anglais, arabe, russe...
- Question du Docteur PUJOL : « Y-a-t-il des mots clés à connaître électivement pour faciliter l'interrogatoire d'un patient étranger ? »

- Un logiciel, dont l'élaboration est en cours, devrait faciliter les échanges à partir d'un langage basique, en tenant compte de l'importance du concept dans certaines cultures (ex : du traitement AVK pour un Magrebin).
 - Une collaboration est possible avec un membre du personnel soignant s'exprimant dans la langue du patient et pouvant être consulté à distance à partir du cabinet du médecin.
- ➔ 600 personnes étrangères sont admises chaque année à l'Hôpital Ranguel. 80 % ne parlent pas le français. L'interprétariat ne doit pas se résumer à une simple traduction du mot à mot, mais doit intégrer la nécessité de faire passer des concepts en fonction de la culture et donc d'expliquer ce qui peut paraître évident (cf références anecdotiques à l'ingestion de suppositoires et d'ovules gynécologiques ou de bandelettes réactives lors de la surveillance d'un diabète).

II. REFLEXIONS DE PHARMACOLOGIE SOCIALE PROVENANT DU ROYAUME-UNI

Le Docteur BREFEL-COURBON : le National Health Service, système de santé de Grande-Bretagne est le reflet de notre Sécurité Sociale.

Il repose toutefois essentiellement sur la médecine généraliste qui reste le médecin référent.

Le patient n'est pas autorisé à choisir son médecin. Il doit obligatoirement être enregistré chez un médecin de quartier (4 ou 5 médecins par quartier) et n'est pas remboursé de ses frais médicaux s'il en consulte un autre.

De même, il ne peut consulter spontanément un spécialiste de son choix.

Les rendez-vous de consultation ainsi que les rendez-vous pour des examens complémentaires sont parfois longs à obtenir.

Le médecin de proximité auprès duquel on doit s'enregistrer, en fonction de quotas, reste donc bien le médecin référent, le « Game Keeper ». Il oriente vers le spécialiste de son choix mais prescrit à la place de ce spécialiste qui n'est donc qu'un consultant.

Les prescriptions se font en DCI, ce qui est tout à fait réalisable bien que les produits soient présentés en spécialités par les laboratoires. Les patients eux-mêmes utilisent les DCI.

Le patient joue lui-même un rôle actif. Quand il vient consulter le médecin référent, il s'est préalablement renseigné sur sa maladie et son traitement « via » Internet ou par l'intermédiaire de brochures en provenance du secteur public ou privé.

Le patient reçoit toutes les explications qui concernent sa maladie, son pronostic et son traitement.

Le médecin spécialiste reste le consultant, le conseiller non dirigeant qui fournit des renseignements concernant le traitement qu'il propose à l'approbation du médecin généraliste, en particulier en ce qui concerne le rapport bénéfice/risque. Mais le médecin référent reste le décideur qui prescrit ou non ce traitement ainsi qu'une hospitalisation éventuelle. Les rapports avec les médecins hospitaliers sont alors du même ordre.

- Le médecin spécialiste ne prescrit que dans des circonstances particulières, en cas d'absence du généraliste et pour une durée limitée, inférieure à deux semaines.
- Le médecin fournit à son patient des brochures d'informations en ce qui concerne certains traitements à risques même dans le cadre de l'AMM. Il leur demande fréquemment leur consentement éclairé.

Il existe d'autres filières privées assurant une couverture sociale beaucoup plus coûteuse, mais les patients ont alors le choix de leur médecin généraliste ou spécialiste.

- Clôture de la réunion à 19 H 45.