



Savoir être proactif Mieux vacciner les adolescents et les adultes fragiles



Vacciner les adolescents dans le milieu scolaire

Améliorer la couverture vaccinale nécessite de cibler les individus les moins sensibilisés ou les moins informés des enjeux de la vaccination, et notamment les adolescents et les adultes fragiles. Le Focus « Vaccination », organisé le 12 décembre à Paris, a permis de dégager des pistes pour atteindre ces populations.

● Le Focus « Vaccination », organisé par le Groupe Profession Santé, auquel appartient « Le Quotidien » (1), a été l'occasion de dégager des pistes pour améliorer la couverture vaccinale des adolescents de 14 à 19 ans et des adultes fragiles (hors seniors), tels que les immunodéprimés.

Pour ces deux populations, l'enjeu est d'abord de dresser un état des lieux. « Pour les adultes fragiles, nous ne disposons pas de données épidémiologiques », constate Daniel Floret, vice-président de la commission technique des vaccinations de la Haute Autorité de santé (HAS). La couverture vaccinale chez les adolescents est connue seulement grâce aux données de la médecine scolaire ».

Des adolescents difficiles à sensibiliser

Ainsi, pour le vaccin ROR, les adolescents sont 98 % à avoir reçu la première dose et 93 % la seconde. Pour l'hépatite B, seulement 45 % des adolescents sont vaccinés, mais « le rattrapage ne se fait pas », indique Daniel Floret. Les adolescents de 14 à 19 ans sont une population difficile à atteindre, parce qu'ils sont en bonne santé et consultent peu, mais aussi parce qu'ils n'ont plus de rendez-vous vaccinal pendant cette période ».

Chez les adultes fragiles, et donc à risque, seuls 29 % ont été vaccinés contre la grippe l'an dernier. « Il n'existe pourtant aucun obstacle à leur vaccination », insiste Daniel Floret. Chez les immunodéprimés, les fragiles sont difficiles à identifier. Il s'agit sans doute d'un défaut d'information des médecins qui pensent que la vaccination est contre-indiquée pour ces profils de patients ».

Une « attitude proactive, plutôt que réactive »

Pour atteindre ces populations de patients, l'effort doit d'abord porter sur l'information. Au-delà de la question de la méfiance grandissante face à la vaccination qu'il convient de désamorcer, « la perception des vaccins par la population doit être prise en compte : les notions de vaccin obligatoire ou recommandé ne sont pas toujours bien comprises », souligne Catherine Weil-Olivier, professeure honoraire de pé-

diatrie, insistant sur l'effort de pédagogie que les professionnels de santé doivent mettre en œuvre. « Les professionnels de santé doivent adopter une attitude proactive, plutôt que réactive », poursuit-elle.

Pour toucher et sensibiliser les adolescents, « il faut s'adapter à leurs modes d'information, en passant par exemple par les influenceurs, plutôt que par les institutions », estime Boris Danilovic, directeur exécutif de MSD Vaccins. Pour Daniel Floret, « il faut vacciner les adolescents là où ils sont, c'est-à-dire dans le milieu scolaire. La consultation de santé sexuelle envisagée pour les adolescents peut également être un temps d'information et d'échanges sur la vaccination HPV par exemple ».

Multiplier les lieux de vaccination

Une autre piste d'amélioration de la couverture pour les adolescents, mais aussi pour les adultes fragiles, relève, selon Gilles Bonnefond, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), de la « multiplication des professionnels de santé qui peuvent vacciner. Concentrer la vaccination chez le médecin mène à l'échec ». Pour les femmes enceintes, les sages-femmes sont ainsi un levier d'amélioration, notamment dans la vaccination contre la grippe.

Les pharmaciens ont également un rôle à jouer dans la vaccination, mais aussi dans l'identification des patients à risque. « Les pharmaciens disposent d'un bagage scientifique à mettre au service de l'information des patients. Ils sont par ailleurs aujourd'hui formés à l'éducation thérapeutique des patients et sont sensibles à cette nouvelle mission. Ils sont un point d'entrée pour des populations qui consultent peu », observe Edouard Fougère, membre du groupe de travail sur la vaccination de la Société française des sciences pharmaceutiques officinales (SFSPPO).

Des fiches détaillant la liste des vaccins pour chaque maladie chronique sont à élaborer pour mieux informer les professionnels de santé, estime Daniel Floret, qui milite pour la mise en œuvre de programmes de vaccination avec des incitations et des relances. « Pour les adolescents, la balle est dans le camp des pouvoirs publics, avec l'instauration de visites pour cette tranche d'âge notamment. Pour les adultes fragiles, elle est dans le camp des professionnels de santé », conclut-il.

Elsa Bellanger

(1) Événement organisé le 12 décembre 2019 avec le soutien institutionnel de GSK, MSD et Sanofi Pasteur

QUESTIONS D'ÉTHIQUE

Accueillir et soigner des étrangers L'interprète, un tiers qui vous veut du bien

Entretien

Marie-Caroline Saglio-Yatzmirsky est anthropologue et psychologue clinicienne (1) dans la consultation de psychotraumatologie de l'hôpital Avicenne (Bobigny). Nicolas Chambon est sociologue (2) au sein de l'hôpital Le Vinatier à Lyon. Ils interpellent sur l'importance éthique de l'interprétariat en santé.

LE QUOTIDIEN : En quoi la langue peut-elle être un obstacle dans l'accès aux soins ?

MARIE-CAROLINE SAGLIO-YATZMIRSKY : Une personne qui n'a pas la langue a des réticences à aller consulter : elle craint de n'être pas comprise et ne sait pas comment accéder au système de soins. Qu'elle vienne accompagnée d'un tiers, un ami, un proche voire un enfant pour traduire, est loin d'être une solution car les questions médicales engagent l'intime. Pour le soignant comme pour le soigné, il y a des choses qui ne se disent pas devant un tiers.

En outre, la langue peut aussi limiter l'accès du soignant au patient. Il n'est pas rare que des services refusent des prises en charge en raison de l'absence d'interprète. NICOLAS CHAMBON : L'absence de recours à un interprète était la norme dans le passé, ça l'est heureusement un peu moins aujourd'hui. Mais il y a encore du travail à faire pour sensibiliser les soignants et former les interprètes à intervenir en santé.

L'interprète est un tiers dans la relation médecin-patient, il a connaissance de ce qui est couvert par le secret médical. Dans quelles conditions l'interprétariat respecte-t-il l'éthique médicale ?

MCSY : Il faut recourir à des interprètes professionnels, spécialisés en santé. Ce qui suppose une organisation et un budget.

On ne s'improvise pas interprète médical. La question du secret médical et du respect de la personne est cruciale : il faut que le patient soit certain que rien ne sorte de la consultation. L'interprète doit garantir cela, surtout lorsqu'il est amené à revoir la personne dans d'autres contextes.

Se pose aussi la question des origines, qui ne peut être dénouée qu'en faisant appel à un professionnel. Quand un patient rencontre un interprète, ils se reconnaissent – ce que le médecin ne peut maîtriser. Cela peut être un avantage (certains sont très contents qu'un compatriote puisse faire médiation et

réinscrire leurs souffrances dans un contexte culturel), mais pas toujours, notamment en cas de conflits communautaires ou politiques. Les Tadjiks qui parlent le dari à la frontière préfèrent des interprètes iraniens aux Afghans. Sans parler de conflits, il y a des jeux délicats : un Tamoul du Sri Lanka ne se reconnaîtra pas en un Tamoul indien, ni un Bangladais chez un Bengali.

Enfin, certaines langues sont atteintes par la violence ; on a tué dans ces langues. Alors l'interprétariat n'est pas toujours possible et il faut accepter de recourir à des langues tierces, comme l'anglais.

« ... la médiation de l'interprète permet de limiter l'effraction que peut provoquer la violence dans une relation duelle »

Comment mettre en confiance le patient ?

MCSY : Le soignant doit poser le cadre : présenter l'interprète au patient, rappeler que rien ne sortira de la consultation. C'est capital, notamment à l'égard des patients qui, au cours de leur histoire, ont subi des violences à l'hôpital.

NC : Quant à l'interprète, il doit trouver sa place dans la consultation, qui ne va a priori pas de soi. Il doit se retrouver à égale distance entre le soignant et le patient, dans une triangulation. Idéalement, à la fin de la consultation, médecin et interprète devraient avoir un temps de discussion pour échanger sur leurs positions respectives.

L'interprétariat contribue aussi à mettre en confiance le soignant, en levant les ambiguïtés ou les incompréhensions autour d'une demande du patient. Loin d'être un simple traducteur, l'interprète peut avoir un rôle de médiateur, en mobilisant son expérience, généralement celle de la migration et de l'asile.

MCSY : Travailler avec un interprète que je connais et qui sait avoir une bonne distance est un réel soutien.

Certaines prises en charge peuvent durer longtemps. Faut-il garder le même interprète ?

NC : Oui, c'est l'une des clefs de l'alliance thérapeutique.

MCSY : Souvent, je travaille avec deux interprètes – les prises en charge de psychotraumatisme à l'hôpital Avicenne peuvent durer de quelques mois à plusieurs

années. Le patient n'est pas prêt à recommencer la thérapie avec une nouvelle personne. Même lorsqu'il apprend le Français, il préfère parfois encore recourir à l'interprète qui l'a accompagné, qui lui a ouvert un espace de parole.

Qu'en est-il du téléphone ?

MCSY : Ce n'est pas du tout la même chose. Le téléphone a un rôle informatif ; il peut être utile en urgence ou pour des professionnels isolés sur le territoire national. Mais il n'a pas le rôle thérapeutique d'un tiers en présence. L'interprète participe au cadre thérapeutique, tout se joue dans l'échange. Il permet parfois à des femmes qui ont subi des violences extrêmes et ne peuvent s'en ouvrir dans le cadre de la communauté, de parler.

Même à l'égard du soignant, la médiation de l'interprète permet de limiter l'effraction que peut provoquer la violence dans une relation duelle. L'effroi, une fois retraduit, commence à devenir communicable.

L'interprétariat se développe-t-il ?

MCSY : Après un long moment de déni, où l'on considérait que les migrants devaient d'abord apprendre le Français pour s'intégrer et être soignés, l'interprétariat se développe. Et notamment dans le domaine de la santé. Mais il reste encore beaucoup à faire pour promouvoir la formation des interprètes.

NC : Un changement est apparu à partir de 2015, l'écho médiatique qu'a eu Calais, et plus généralement, la crise de l'accueil des migrants. Les référentiels de la Haute Autorité de santé (3) ont permis de reconnaître et valoriser l'activité des interprètes et médiateurs en santé. L'interprétariat est désormais entré dans les mœurs de certaines structures, comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Mais il faudrait désormais généraliser son recours au-delà de ce type de dispositifs qui risquent de se spécialiser dans l'accueil de ces publics.

Propos recueillis par Coline Garré

(1) Coordonnatrice ANR LIMINAL (Linguistic and Intercultural Mediations in a context of International Migrations)

(2) Responsable de recherche au sein de l'Observatoire santé mentale vulnérabilité et Sociétés (Ospere Samdarra), membre du programme ANR Rémilas (Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé)

(3) En vertu de la loi Santé de 2016, la Haute Autorité de santé a publié en octobre 2017 deux référentiels sur l'interprétariat et la médiation en santé.

Pr Thierry Baubet*, « Poser un diagnostic et favoriser l'alliance »

« C'est très important de travailler avec un interprète pour comprendre ce que le patient nous dit à travers sa plainte et ses symptômes et ne pas passer à côté du diagnostic (certains peuvent se plaindre de maux de tête... pour

une dépression, par exemple). L'interprète permet aussi d'expliquer le traitement (durée, effets secondaires, etc.) et d'améliorer l'alliance thérapeutique et l'adhésion du patient.

Recevoir un patient en consultation avec un interprète n'est pas que du bon sens ; il est préférable de se former, pour apprendre à travailler autrement. Mais l'on est plus efficace ensuite dans la com-

préhension de la problématique du patient. Et que les hospitaliers n'hésitent pas à en parler à leur direction : même en période de restriction budgétaire, certaines sont à l'écoute ! »

* Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Avicenne (AP-HP), université Paris 13, référent du centre régional psychotraumatismes (CRP) de Paris.