

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2014

N°:

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2014

Par CAROUX Annie

Née le 14/07/1988 à Boulogne-sur-Mer, France

**CONTRIBUTION A LA PRISE EN CHARGE DE
PATIENTS ALLOPHONES PAR LA CREATION DE
FICHES DE TRADUCTION EN CHIRURGIE DENTAIRE**

JURY

Président :	Monsieur le Professeur P.H. DUPAS
Assesseurs :	Madame le Docteur Céline CATTEAU <u>Madame le Docteur Pauline DEWEERDT</u> Madame le Docteur Marie-Anne ELSERMANS
Membre invité :	Madame le Docteur Malika OULD AKLOUCHE

ACADEMIE DE LILLE

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

PLACE DE VERDUN

59000 LILLE

~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

Président de l'Université : X.VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services : P.M ROBERT
de l'Université
Doyen : P.H. DUPAS
Assesseurs : H. BOUTIGNY et J.M. LANGLOIS
Chef des Services Administratifs : J.C. LOUCHE

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P.H. DUPAS : Doyen de la Faculté
Responsable de la Sous-Section de Pédodontie
E. DELCOURT-DEBRUYNE : Responsable de la Sous-Section de
Parodontologie
E. DEVEAUX : Responsable de la Sous-Section d'Odontologie
Conservatrice – Endodontie
G. PENEL : Sciences Biologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Y. BAILLIEZ	: Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques
P. BEHIN	: Prothèses
F. BOSCHIN	: Parodontologie
H. BOUTIGNY	: Parodontologie
C. CATTEAU	: Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	: Odontologie Conservatrice – Endodontie
T. COLARD	: Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
M. DANGLETERRE	: Sciences Biologiques
Th. DELCAMBRE	: Prothèses
C. DELFOSSE	: Pédodontie
F. DESCAMP	: Prothèses
A. DEVILLERS	: Responsable de la Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. GAMBIEZ	: Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	: Prothèses
P. HILDEBERT	: Odontologie Conservatrice – Endodontie
J.M. LANGLOIS	: Responsable de la Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
Cl. LEFEVRE	: Responsable de la Sous-Section Prothèses
J.L. LEGER	: Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie
M. LINEZ	: Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	: Prothèses
E. MOREAU-BOCQUET	: Responsable de la sous-section d'Orthopédie Dento- Faciale et Orthodontie
L. NAWROCKI	: Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
B. PICART	: Prothèses Chef du Service d'Odontologie du CHRU de Lille
P. ROCHER	: Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
M. SAVIGNAT	: Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
T. TRENTESAUX	: Pédodontie
J. VANDOMME	: Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Je remercie très sincèrement le jury :

Monsieur le Professeur Pierre-Hubert DUPAS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Habilité à Diriger des Recherches

Ancien Assesseur du Doyen de la Faculté d'Odontologie de Lille

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Responsable de la Sous-Section de Pédodontie

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques.

Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté la présidence de ce jury.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie

Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales – Lille 2

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Evaluation en Santé & Recherche Clinique - Université Claude Bernard, Lyon I

C.E.S de 3^{ème} cycle de Prothèse Dentaire (option Prothèse Scellée) – Paris VII

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires

Secrétaire Générale de la Société Française de Gérodontologie

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail et je vous en suis reconnaissante. Merci pour votre aide et votre soutien.

Madame le Docteur Malika OULD-AKLOUCHE

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je vous remercie d'avoir accepté de suivre ce travail.

Merci pour la bonne humeur des défis du vendredi matin en service d'urgence.

Madame le Docteur Pauline DEWEERDT

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-Section Prévention

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master 2 Anthropologie sociale et culturelle

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail, de votre disponibilité, de votre gentillesse et de votre courage dans vos engagements. Vous m'avez proposé ce sujet qui m'a tout de suite enthousiasmé, de par le défi qu'il représente dans la recherche de traducteurs. J'espère que ce travail d'équipe vous fera honneur en apportant un réel bénéfice dans la prise en charge des patients allophones.

Madame le Docteur Marie-Anne COGNET-ELSERMANS

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-Section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Merci pour votre soutien et votre participation dans ce projet, votre impatience à obtenir les fiches dans le service, ce qui m'a conforté dans ce sujet.

Pour votre rigueur professionnelle dont j'ai eu la chance de bénéficier lors de mes vacations cliniques d'urgences.

SOMMAIRE

Acronymes	14
1. Introduction	15
2. Conditions d'entrée et de travail des étrangers en France.....	18
2.1. Les étrangers européens.....	19
2.1.1. Conditions d'entrée en France pour les étrangers européens	19
2.1.2. Conditions pour travailler en France pour les étrangers européens	19
2.2. Etrangers non européens.....	20
2.2.1. Conditions d'entrée en France pour les étrangers non européens	20
2.2.2. Conditions pour travailler en France pour les étrangers non européens.....	20
3. Histoire de l'immigration dans le Nord-Pas-de-Calais	22
3.1. Les différentes vagues d'immigration dans le Nord-Pas-de-Calais.....	23
3.2. Situation actuelle à Lille	24
3.3. Origine des "Roms migrants"	26
3.4. Situation actuelle au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU).....	28
4. Les pathologies fréquemment rencontrées chez les migrants.....	29
5. Orientation des patients: aide à l'accès aux soins	31
5.1. Qu'est-ce que la CMU de base ?	31
5.2. Qu'est-ce que la CMU complémentaire ?.....	32
5.3. Qu'est-ce que l'AME ?.....	33
5.3.1. Pour qui ?	33
5.3.2. Comment l'obtenir.....	33
5.3.3. Prestations	34
5.4. Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)	35
5.5. Aide ponctuelle de la sécurité sociale.....	35
5.6. Résumé des dispositifs sociaux d'accès aux soins dentaire	35
6. Les difficultés administratives des migrants	38
7. Obligations et devoirs du chirurgien-dentiste envers son patient	41

7.1.	Obligations éthiques	41
7.1.1.	Le serment d'Hippocrate.....	41
7.1.2.	Analyse du serment d'Hippocrate.....	42
7.2.	Obligations législatives.....	45
7.2.1.	Le consentement éclairé: le contrat de soins	45
7.2.2.	Obligation d'orientation du patient	46
7.2.3.	Responsabilité du praticien.....	46
8.	Conséquences de la barrière de la linguistique dans la prise en charge de patients allophones.....	47
8.1.	Conséquences pour le praticien.....	47
8.2.	Conséquences pour le patient	48
9.	Bénéfices de trouver une solution à la barrière de la langue	49
10.	Solutions d'amélioration de la prise en charge des patients allophones.	50
10.1.	L'interprète.....	50
10.1.1.	Interprètes informels	50
10.1.2.	Interprètes professionnels	52
10.2.	Internet	54
10.3.	Fichiers sons	54
10.4.	Fiches de traduction.....	55
10.5.	Bilan.....	55
11.	Matériel et méthode.....	57
11.1.	Introduction	57
11.2.	La collecte et la source des données: les entretiens.....	58
11.2.1.	Entretiens avec les praticiens des urgences du CHRU (cf annexe 5)	58
11.2.2.	Entretien à Médecine Solidarité Lille (MSL).....	62
11.3.	Notions de culture médicale	67
11.3.1.	Côté migrants.....	67
11.3.2.	Côté praticiens	68
11.4.	Choix des langues traduites	69

11.4.1.	L'anglais.....	69
11.4.2.	L'arabe.....	70
11.4.3.	Le Roumain.....	71
11.4.4.	Autres langues.....	72
11.4.5.	Les Interprètes	73
11.5.	Test des fiches sur patients bilingues.....	73
11.6.	Test des fiches sur patients allophones	74
12.	Constitution des fiches.....	75
12.1.	Contenu des fiches (cf annexe 1)	75
12.1.1.	Questionnaire médical: questions +/-fermées	75
12.1.2.	L'examen clinique.....	76
12.1.3.	Le Plan de traitement.....	77
12.1.4.	Vocabulaire d'accueil du patient.....	79
12.2.	Répartition des fiches au CHRU	79
13.	Les difficultés.....	80
14.	Conclusion	81
15.	Bibliographie	82
16.	Table des illustrations	88

Les annexes se trouvent dans un fascicule en aparté du mémoire.

Annexe 1: fiches en français.....	1/9
Annexe 2: fiches en anglais.....	1/15
Annexe 3: fiches en arabe.....	1/15
Annexe 4: Fiches en Roumain.....	1/16
Annexe 5 : Questions aux enseignants.....	1/2

Acronymes

ACS = Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

AME = Aide Médicale d'Etat

CAI = Contrat d'accueil et d'intégration

CCAS = Centre Communal d'Action Sociale

CHR= Centre Hospitalier Régional

CHRU= Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMU = Couverture Maladie Universelle

CMU-C = Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COMEDE = Comité Médical Pour les Exilés

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DAF = Dispense d'Avance de Frais

EEE = Espace Economique Européen

HAS = Haute Autorité de Santé

HCI = Haut Conseil de l'Intégration

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSL = Médecins Solidarité Lille

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

OFPROA = Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OQTF = Obligations de Quitter le Territoire Français

Contribution à la prise en charge de patients allophones par la création de fiches de traduction en chirurgie dentaire

1. Introduction

Le Nord-Pas-de-Calais est une importante région d'immigration : en 2007, on y comptait 182 900 personnes d'origines diverses (1). Nombre d'entre elles sont allophones. Il s'agit de personnes qui ne peuvent "parler, s'exprimer, communiquer ou lire suffisamment le français pour recourir aux services de santé ou de bien-être, ce qui peut porter atteinte à leur santé ou leur bien-être". (2)

Au CHRU de Lille, dans le service des urgences, se présentent quotidiennement des patients de diverses aires géographiques. Parmi eux, sont principalement représentées des personnes d'origines Roumaine et Maghrébine.

La réalisation de cette thèse a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients allophones au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille (CHRU), spécifiquement dans le service des urgences. Elle pourrait également constituer une aide précieuse en cabinet libéral.

Lorsque des patients allophones se présentent aux urgences du CHRU de Lille, les praticiens rencontrent un réel problème de prise en charge lié à la barrière linguistique. En effet, il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'outils efficaces mis à la disposition des praticiens pour prendre en charge correctement ces patients en urgence.

Or d'après l'article R 4127-36 du Code de santé publique, "le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le

traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité." (3)

Cet article fait référence à la loi du 4 mars 2002, qui reconnaît un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé, mettant fin à une médecine paternaliste.

Il est donc indispensable d'informer tout patient. Or, sans traduction le consentement ne peut être obtenu. Ce travail vise à associer les patients allophones aux prises de décisions qui les concernent afin qu'ils soient véritablement acteurs de leur santé.

Pour ce faire, nous aborderons les conditions d'entrée et de travail des étrangers en France. En effet l'accès à l'emploi conditionne notamment le type de couverture sociale auquel les immigrés pourront prétendre. Par exemple, les ressortissants européens accèdent à l'Aide Médicale d'Etat (AME) en l'absence d'emploi, et à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à l'assurance maladie, s'ils sont embauchés, en fonction de leurs ressources. (4)

Nous dresserons ensuite un état des lieux de l'histoire et de la situation migratoire dans le Nord-Pas-de-Calais et dans la métropole lilloise.

D'après l'article R 4127-234, le chirurgien-dentiste doit permettre à son patient d'obtenir les avantages sociaux auxquels il peut prétendre. (3) Nous aborderons donc les conditions d'obtention des différentes couvertures sociales existantes, à savoir la Couverture Maladie Universelle de base (CMU), la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C), l'Aide Médicale d'Etat (AME), l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), l'aide ponctuelle de la sécurité sociale, ainsi que les difficultés auxquelles sont confrontés les patients allophones en vue d'y accéder.

Nous aborderons ensuite les obligations et devoirs du chirurgien-dentiste et montrerons que certains d'entre eux ne peuvent être respectés en raison de la barrière linguistique. Nous exposerons ensuite les différentes solutions envisagées, telles que la présence d'un interprète, le recours à internet, à des fichiers sons, et à des fiches de traduction. Nous évoquerons les avantages et inconvénients de chacune

d'entre elles et expliquerons les raisons nous ayant amené à opter pour la réalisation de fiches de traduction.

L'objectif de ces fiches sera d'aider le praticien à :

- Dépister les problèmes de santé, grâce à un questionnaire médical dans la langue du patient.
- Réaliser un examen clinique permettant de réaliser :
 - l'anamnèse.
 - les différents tests usuels nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic.
- Expliquer le plan de traitement au patient.
- Expliquer les prescriptions, les conseils post-opératoires.
- Orienter le patient vers les services sociaux appropriés, conformément à l'article R 4127-234 du code de déontologie des chirurgiens dentistes, lequel stipule que, "le chirurgien-dentiste doit mettre son patient en mesure d'obtenir les avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive." (5)

Nous décrirons ensuite la méthodologie adoptée en vue de réaliser des fiches de traduction conformes aux besoins des praticiens. Dans cette perspective, des entretiens ont été conduits auprès des enseignants du service des urgences: il s'agissait de mettre en évidence les langues prioritaires ainsi que les éléments incontournables à la prise en charge de ces patients en odontologie. Par ailleurs, nous avons sollicité un chirurgien-dentiste et un assistant social, tous deux salariés d'une structure de soins prenant en charge des personnes en situation de précarité, afin d'une part, de mieux cerner les objectifs poursuivis par cette association, nommée Médecins Solidarité Lille (MSL), mais aussi de favoriser une collaboration plus efficace entre cette structure et le CHRU de Lille dans le but d'améliorer l'accès aux droits sociaux et aux soins de ces patients. Nous aborderons dans une dernière partie les difficultés rencontrées lors de l'élaboration de ces fiches, ainsi que leur intérêt et leurs limites.

2. Conditions d'entrée et de travail des étrangers en France

Les étrangers arrivant sur le territoire français n'ont pas tous les mêmes droits d'entrée et de travail. Il faut différencier les étrangers européens des non européens.

D'après la définition de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), "un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides)." (6)

Le critère de nationalité est donc le facteur prépondérant de l'appartenance à un pays.

Il convient donc de définir la nationalité comme étant le "lien juridique qui relie un individu à un État déterminé. De ce lien découlent des obligations à la charge des personnes qui possèdent la qualité de Français, en contrepartie desquelles sont conférés des droits politiques, civils et professionnels, ainsi que le bénéfice des libertés publiques." (7)

La nationalité française pour un étranger peut être obtenue par mariage ou par naturalisation. Il s'agit de justifier d'une résidence habituelle en France pendant les cinq années qui précèdent le dépôt de sa demande. (8)

L'accès au travail conditionne le type de couverture sociale du migrant, qu'il soit européen ou non. En effet si le revenu est inférieur à un certain plafond, la personne pourra prétendre à la CMU-C. Au-delà de ce plafond, il souscrita au régime général de la sécurité sociale.

Si le migrant a un faible revenu tout en étant en situation irrégulière, il pourra prétendre à l'AME.

2.1. Les étrangers européens

2.1.1. Conditions d'entrée en France pour les étrangers européens

Pour entrer en France, les ressortissants européens ne doivent se soumettre à aucune formalité, quel que soit le motif de leur séjour. Ils n'ont pas besoin de visa ou de carte de séjour.

Ils peuvent circuler et séjourner librement pendant 3 mois sur le territoire.

En cas de contrôle, la condition est d'avoir un passeport ou un titre d'identité en cours de validité. (9)

C'est pour cette raison que des migrants originaires de Roumanie et de Bulgarie ont un accès libre au territoire français. Ils sont en situation régulière les 3 premiers mois. Au delà, ils doivent prouver qu'ils disposent des ressources financières suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale, et posséder une assurance maladie. (10)

Le visa n'est pas non plus obligatoire pour les personnes appartenant aux critères de nationalité de l'espace Schengen. (11)

L'espace Schengen couvre 26 pays, avec six exceptions (le Royaume-Uni, l'Irlande, Chypre, la Roumanie, la Bulgarie et la Croatie) et quatre adhérents qui n'appartiennent pas à l'Union Européenne (l'Islande, la Norvège, la Suisse et le Liechtenstein). (12)

2.1.2. Conditions pour travailler en France pour les étrangers européens

Tout citoyen de l'Espace Economique Européen (EEE) ou de Suisse a le droit de travailler librement en France. Il n'est pas nécessaire de posséder un titre de séjour ou un titre de travail, exception faite des Croates qui doivent obtenir une autorisation de travail en raison des accords signés avec la Croatie, mais ils n'ont pas besoin de titre de séjour. (13)

Depuis le premier janvier 2014, Roumains et Bulgares peuvent travailler librement en France. Avant cette date, un titre de séjour et une autorisation de travail leur étaient indispensables pour accéder à l'emploi.

Les migrants n'ayant pas de papiers d'identité ne peuvent pas travailler car ils ne sont pas en règle administrativement. Ils sont qualifiés de "sans-papiers". D'après le dictionnaire Larousse, il s'agit "de personnes qui ne possèdent pas les documents qui leur permettent de justifier de leur identité et, si elle est étrangère, de la régularité de leur situation en France (pièce d'identité, carte de séjour, permis de travail, etc.)".

2.2. Etrangers non européens

2.2.1. Conditions d'entrée en France pour les étrangers non européens

Arrivé en France, l'étranger non européen doit présenter un passeport et un visa. Il n'a donc pas la liberté de circulation contrairement à l'immigré européen. Concernant le visa, il peut être de courte durée (90 jours maximum) ou de longue durée. Pour s'installer en France, il faut présenter un visa "de long séjour". (14)

2.2.2. Conditions pour travailler en France pour les étrangers non européens

Si un étranger non européen veut travailler en France, il est obligé de détenir une autorisation de travail.

La demande d'autorisation de travail est réalisée par l'employeur. Différentes procédures existent selon la situation de l'étranger :

- si l'étranger réside hors de France, l'employeur doit faire une procédure d'introduction d'un salarié étranger.
- si l'étranger est titulaire d'un titre de séjour qui n'autorise pas le travail, une procédure de changement de statut doit être entreprise.
- si l'étranger est en situation irrégulière, l'employeur doit demander une procédure d'admission exceptionnelle au séjour. (15)

L'employeur doit payer une taxe à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) pour embaucher un travailleur étranger. (16) De même, il sera plus exposé aux contrôles des services fiscaux. (17)

La complexité administrative, les frais et les risques encourus par les employeurs s'ils embauchent un étranger sont susceptibles de constituer un frein à leurs démarches.

L'autorisation de travail peut être demandée par l'étranger voulant travailler comme salarié, qu'il soit primo-arrivant ou déjà installé en France. (18)

L'étranger primo-arrivant est d'après le dictionnaire Larousse, "une personne arrivée pour la première fois en France, en situation régulière, afin d'y séjourner durablement".

Les primo-arrivants sont aidés dans leurs démarches par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). L'aide commence dès le pays d'origine et se prolonge sur le territoire national avec la signature du Contrat d'Accueil et d'Intégration (CAI). Ce dernier vise à favoriser l'intégration des étrangers non-européens admis pour la première fois au séjour en France et qui souhaitent s'y installer durablement. (19)

Le travailleur étranger, pour être accepté, doit connaître la langue française ou s'engager à la maîtriser dans les deux ans suivant son installation en France. (15)

Pour comprendre pourquoi des populations étrangères sont arrivées dans le Nord-Pas-de-Calais, il faut remonter l'histoire.

3. Histoire de l'immigration dans le Nord-Pas-de-Calais

Tout d'abord il convient de définir le terme "immigration". Il s'agit de l'action d'immigrer, c'est-à-dire d'entrer dans un pays dont on n'a pas la nationalité, et d'y séjourner de manière durable ou définitive pour un étranger. Les termes "étranger" et "immigré" ne se confondent pas totalement. Le critère d'immigré est permanent, il dépend de la nationalité initiale de la personne alors qu'un étranger ne l'est plus s'il acquiert une nouvelle nationalité. (20) (21)

Le terme d' "immigration" apparaît brutalement dans le vocabulaire français au début de la IIIème République. Il existe un lien étroit entre l'immigration et l'émergence de la société industrielle. Un représentant du patronat, affirmait dans le journal Le Temps, en 1907, que "tout développement industriel en France se fera avec des ouvriers étrangers". (22)

Le Nord-Pas-de-Calais a connu différentes vagues d'immigration depuis 1845 avec la crise en Flandres belges. Depuis le début des années 2000, partout en France, la population immigrée est en croissance, contrairement aux trente années précédentes où elle était en baisse. (1)

Le besoin en travailleurs étrangers existe depuis la fin du XIXème siècle. A cette époque, la France connaît un déficit chronique en main-d'œuvre ouvrière, et ceci à toutes les périodes de forte expansion industrielle. La raison fondamentale est que la paysannerie et la classe ouvrière urbaine résistent au mouvement de prolétarisation, du moins jusque dans les années 1950.

L'immigration concerne surtout l'industrie lourde (mine, sidérurgie, chimie), objet de répulsion pour les français, car elle concentre des tâches pénibles, peu qualifiées et situées loin des grands centres urbains. Pour répondre à ce problème, le patronat a développé une importante politique de peuplement ouvrier (construction de logements, stratégie d'enracinement de la main d'œuvre étrangère, notamment par un recrutement familial). Les centres industriels séduiraient des immigrants cherchant à échapper à la misère de leurs campagnes. (22)

La création de la société générale d'immigration, en 1924, permet une véritable planification du recrutement. Le système de contrat de travail et l'obligation pour

l'étranger de présenter des papiers d'identité sont instaurés dans le but d'éviter les ruptures de contrat des étrangers qui sont attirés par des secteurs plus modernes, tel que le secteur automobile, ou des secteurs où il est possible de sortir du salariat. Ce moyen d'identification permet le contrôle des embauches en fonction de l'état du marché du travail, évitant ainsi la fermeture des industries où le travail est pénible. (22)

L'obligation de posséder des papiers d'identité et un contrat de travail préoccupe encore aujourd'hui les immigrés modernes, constituant ainsi une nouvelle frontière entre "légaux" et "clandestins".

La crise des années trente marque un tournant : la demande de travail devient supérieure à l'offre, provoquant le renvoi massif de travailleurs immigrés, notamment des célibataires nouvellement arrivés. (19) (23)

La reprise du recrutement se fera après la seconde guerre mondiale et concernera plus particulièrement la population Maghrébine. (22)

3.1. Les différentes vagues d'immigration dans le Nord-Pas-de-Calais

La première vague d'immigration est venue de **Belgique** avec la crise de 1845 en Flandres belges. Cette population venait travailler dans les usines textiles de la région. La population d'immigrés belges est estimée à 200 000 en 1900, 40 000 en 1954, pour se stabiliser depuis 1999 à environ 19 000 individus.

Avant la seconde guerre mondiale, en 1925, la population d'immigrés est essentiellement **Polonaise**. Ceux-ci viennent travailler dans les mines du Nord. Ils sont 150 000 à cette époque et moins de 9 900 de nos jours.

La population immigrée a subi une baisse importante à partir de 1931 en raison de la crise économique mondiale qui a affecté l'industrie minière française. Cette crise a provoqué un retour massif des immigrés dans leur pays pour raison économique. (1)

Une aide au rapatriement des ouvriers volontaires a été organisée en 1934, tandis qu'en 1935, des retours forcés, en particulier des Polonais, ont été mis en œuvre. (23)

Les **Italiens** immigrèrent en France après la seconde guerre mondiale afin de participer à la reconstruction du pays suite à un accord entre les deux pays. L'Italie fournit des travailleurs à la France, en échange de charbon.

Au nombre de 22 000 au début des années 50, ils sont maintenant 13 000.

Les **Portugais** arrivent indépendamment des autres populations entre 1960 et 1970 et s'implantent dans les communes de Roubaix, Tourcoing et Lille. La majorité des Portugais qui immigrèrent était issue de familles rurales. Leurs petites propriétés n'assuraient pas la survie de tous. Il s'agissait également de journaliers agricoles fuyant le chômage endémique et d'artisans de village ne disposant que de maigres ressources.

Après 1945, deux vagues d'immigration **Algérienne** ont lieu : la première fait suite à la guerre d'Algérie (1954-1962) et leur permet de fuir la répression et le terrorisme. La seconde a lieu au cours des années 2000. Elle est principalement liée au regroupement familial qui autorise un étranger séjournant régulièrement en France à faire venir sa famille. (1)

L'immigration des **Marocains** débute vers les années 1970. Comme leurs voisins Algériens, ils sont de plus en plus nombreux à arriver depuis le milieu des années 2000.

3.2. Situation actuelle à Lille

En 2007, le Nord-Pas-de-Calais compte 182 900 immigrés. La part d'immigrés dans la région est de 4,5%, inférieure à la moyenne nationale qui est de 8,3% d'après l'INSEE.

Le plus faible pourcentage, 2,6%, revient à la Basse Normandie et le plus fort, 17,2%, à l'Île-de-France. (1)

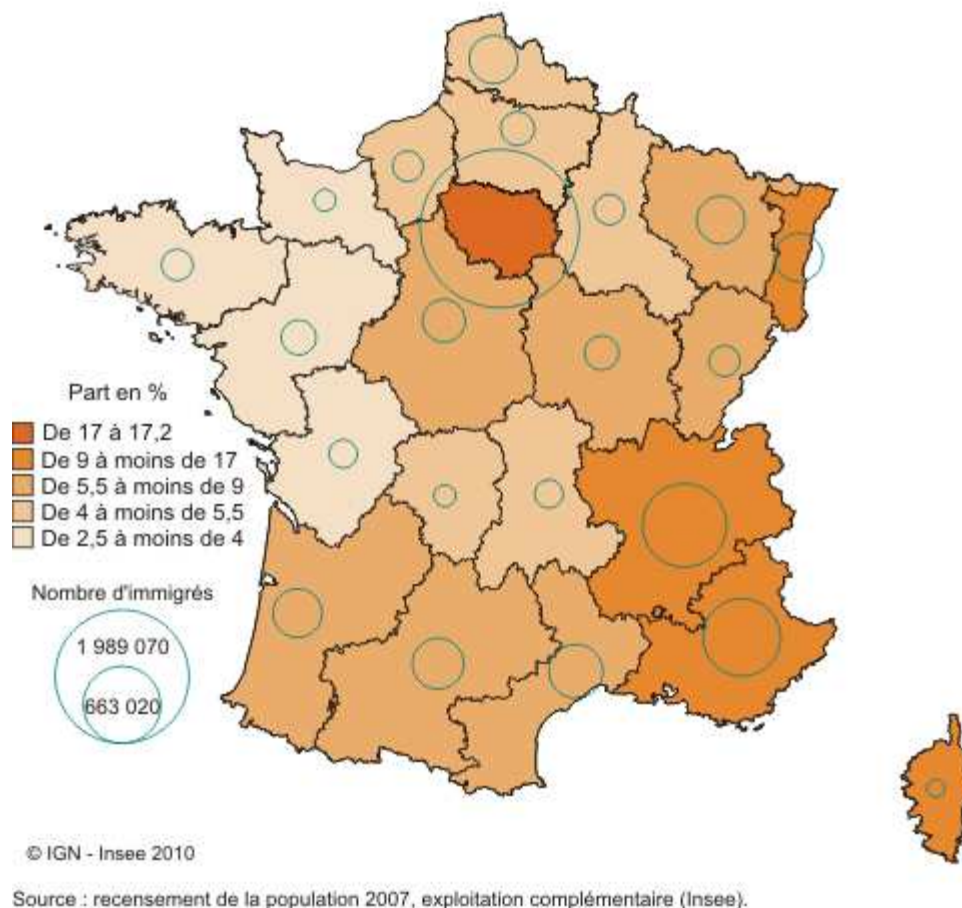


Figure 1 : Carte de la population immigrée par région en 2007

Selon le recensement 2009 de l'INSEE, les Marocains sont la population la plus représentée parmi les immigrés dans la ville de Lille (6 119 individus, 25,6% des immigrés). Viennent ensuite les Algériens (5 421, 22,7%). (24)

La population d'immigrés est également constituée d'européens (18,6%), et d'africains (hors Maroc et Algérie (18,3%)).

Suite à l'entrée de la Roumanie dans l'Union Européenne, le 1^{er} janvier 2007, des Roumains et des Bulgares, dont la plupart sont dits Roms, immigrent également en France. On compte environ 3 000 Roms dans la métropole lilloise. (25)

L'immigration leur est facilitée par l'accession à l'Union Européenne car l'obtention d'un visa n'est plus nécessaire pour rentrer en France.

Avant 2014, les citoyens Roumains et Bulgares étaient soumis à des mesures transitoires et ne bénéficiaient pas en France des mêmes droits et libertés que les

ressortissants d'autres pays de l'Union Européenne. Ils avaient encore besoin d'un titre de séjour et d'une autorisation de travail pour accéder à l'emploi.

Or sans emploi, leur situation reste précaire. Ne pouvant accéder aux structures d'hébergement, ils se regroupent illégalement sur des terrains publics ou privés d'où ils sont régulièrement expulsés.

Lors de leur adhésion en 2007, l'Union Européenne avait imposé à la Roumanie et à la Bulgarie un délai de sept ans avant d'accorder à leurs 30 millions de ressortissants la liberté de circulation des travailleurs. Depuis le premier janvier 2014, Roumains et Bulgares peuvent travailler librement en France. (12)

Fréquemment, la confusion est faite entre Roumain et Rom. Or, ces deux catégories ne se recoupent pas nécessairement. Un éclaircissement sur ce sujet est nécessaire.

3.3. Origine des "Roms migrants"

D'après le livre de Martin Olivera, "Roms en bidonvilles" (17)," depuis le début du XIXème siècle, les savants regroupent sous le nom "Tsiganes" différents groupes ayant pour origine commune, le nord de l'Inde. Ils auraient quitté leur territoire entre le VIème et XIème siècle pour rejoindre le sud des Balkans au cours du XIIIème siècle. L'ethnonyme "Tsiganes" désigne alors trois sous-ensembles selon le parcours migratoire européen propre à chaque groupe."

Ceux qu'on appelle "Gitans" ont traversé la méditerranée pour s'installer sur la péninsule Ibérique et en Catalogne au cours des XIVème et XVème siècle.

Les "Manouches" se situent en Allemagne et en Autriche, les "Bohémiens" à l'est de la France (Alsace, Lorraine) et au Piémont italien.

Les Roms, les plus nombreux (80% de l'ensemble), s'installent en Europe balkanique, centrale et orientale.

Depuis 1990, le terme "Roms" est souvent utilisé en lieu et place de "Tsiganes" pour désigner l'ensemble de ces groupes.

Toujours d'après le livre de Martin Olivera, les "Roms migrants" arrivent dans les années 1990-2000, suite à la chute du communisme dans les Balkans. Ils migrent donc pour des raisons économiques ou pour traiter des problèmes de santé insolubles au pays d'origine en raison de la dégradation des services publics. Leur arrivée est facilitée par l'ouverture des frontières de l'espace Schengen, le 1er janvier 2002.

Ils sont une quinzaine de milliers en France dont la moitié se situe en région parisienne.

Tous les Roms des Balkans présents en France, depuis une quinzaine d'années ne sont pas catégorisés comme "Roms migrants" puisque certains ne vivent pas en bidonvilles ou en squats collectifs. D'autre part, il existe des squats et bidonvilles occupés par des Roumains et des Bulgares non Roms.

Les Roms migrants de Roumanie en France ne constituent pas une communauté, mais divers groupes socialement et culturellement différents, selon leur lieu d'origine. Ils diffèrent par leurs dialectes, leurs statuts sociaux, leur religion, leurs traditions vestimentaires et matrimoniales.

L'ambition de certains des Roms migrants est de pouvoir construire une maison au pays, grâce à l'argent gagné en émigrant. En effet certains Roms, qu'ils soient Roumains ou Bulgares, vivaient dans leur pays d'origine dans des maisons, tous ne sont pas nomades. D'autres vivaient dans des bidonvilles ou des cabanes, mais pas en caravanes. Ces dernières permettent de ne pas avoir à reconstruire sans cesse leur logement, consécutivement aux expulsions. (17)

Ils restent en France, car le ferrailage et la mendicité sont plus rentables que les travaux agricoles, pénibles et sous-payés dans leur pays d'origine.

Le nombre de Roms migrants est stable en France, depuis leur arrivée entre 2002 et 2004 avec l'ouverture des frontières. Ils sont entre 10000 et 12000 individus en France.

(17)

3.4.Situation actuelle au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU)

Des patients allophones se présentent régulièrement au CHRU de Lille, le plus souvent dans le service des urgences.

Le patient allophone peut se révéler demandeur en soins et souhaiter obtenir un suivi. La barrière de la langue peut alors rendre difficile les échanges entre patient et praticien, mettant alors en doute la compréhension par le patient du plan de traitement.

Souvent le patient allophone se présente accompagné d'une personne lui servant d'interprète. Or, le praticien ne sait pas de qui il s'agit, l'interprète peut être aussi bien un membre de la famille du patient qu'un inconnu rencontré dans la salle d'attente. Se pose alors la question du respect de la confidentialité et de l'intimité du patient qui peut, dans certains cas, ne pas révéler certains problèmes par pudeur.

De même, le praticien ne peut pas certifier que l'interprète informel transmet correctement le message au patient. Le praticien n'a aucun contrôle de la situation.

Il est possible de faire appel à des interprètes professionnels au CHRU. Cependant, ils ne sont jamais sollicités car ils ne peuvent intervenir immédiatement, ces populations venant le plus souvent en urgence.

Le praticien et le patient se trouvent alors dans une situation anxiogène, ce qui peut générer des tensions peu propices au bon déroulement des soins.

Dans une situation de prise en charge en urgence, le patient allophone souhaite la plupart du temps avulser la dent douloureuse. Or, il ne s'agit bien sûr pas toujours de la seule alternative possible.

Cependant la méconnaissance par le patient des thérapeutiques odontologiques, associée à des difficultés de compréhension avec le praticien ne permettent malheureusement pas toujours une prise en charge optimale.

La mise en place d'outils adaptés pour favoriser la communication entre patient et praticien permettrait, d'une part, de prendre en considération les attentes du patient

et d'autre part, d'améliorer le déroulement de la séance de soin, au bénéfice du patient lui-même mais aussi du praticien.

Par ailleurs, certains patients présentent parfois des pathologies lourdes, dépistées ou non. Il apparaît donc indispensable de s'informer de la pathologie dont souffre le patient allophone si elle est connue. D'autres ne connaissent pas leur état de santé, faute de dépistage ou d'accès aux soins dans leur pays d'origine. Il convient donc de dresser un bilan des pathologies fréquemment rencontrées chez les migrants.

4. Les pathologies fréquemment rencontrées chez les migrants

Il existe deux types de pathologies infectieuses :

- La pathologie d'importation, qui est contractée dans le pays d'origine. Les groupes à risque sont les travailleurs migrants et leur famille (femme, enfants) primo-arrivants, les personnes retournant régulièrement dans leur pays d'origine, les réfugiés et les clandestins.
- La pathologie d'acquisition en métropole qui est favorisée par les conditions de logement, d'alimentation, de travail, la pauvreté, la précarité, et la promiscuité. (26) (27)

Les migrants peuvent être porteurs:

- du sida (Afrique subsaharienne),
- d'infections sexuellement transmissibles telles que la syphilis, l'herpès,
- d'hépatites virales B et C,
- de la tuberculose (origine Subsaharienne), (28)
- du saturnisme, souvent lié aux mauvaises conditions de logement (Mali). (29)

Ils n'en sont pas toujours conscients. Il est donc impératif pour le praticien de prendre des précautions.

La vaccination des migrants peut ne pas avoir été faite ou ne pas être à jour.

Certains souffrent aussi :

- de mauvaises conditions de vie, d'une mauvaise hygiène de vie, d'une alimentation déséquilibrée,
- de problèmes de santé mentale avec : des problèmes psychologiques liés au deuil de leur terre natale et de l'abandon de leur famille, des comportements suicidaires, des dépendances à l'alcool et au tabac, de toxicomanie et de dépression.
- de problèmes obstétricaux : d'accouchements prématurés, de grossesses précoces, qui sont peu voire pas suivies, en raison de l'absence de prévention et de moyens de contraception. (30)
- d'accidents de travail : les accidents sont plus graves et plus nombreux chez les travailleurs étrangers principalement dans la branche "bâtiments et travaux publics". (31) (29)

La pratique de l'automédication est aussi courante chez les migrants.

La couverture sociale des migrants est rarement à jour et nombre d'entre eux n'ont pas connaissance de leurs droits sociaux. (32) Or, il est du devoir du praticien d'informer les patients sur ces droits. En effet, d'après l'article R 4127-234 du code de déontologie des chirurgiens dentistes : "Le chirurgien-dentiste doit mettre son patient en mesure d'obtenir les avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive." (5)

Le praticien a donc pour devoir d'orienter les patients vers les structures adaptées, telles que la sécurité sociale ou les structures prenant en charge les patients en situation de précarité comme Médecins Solidarités Lille (MSL) ou Médecins du Monde, afin qu'ils puissent bénéficier des avantages sociaux auxquels ils peuvent prétendre.

5. Orientation des patients: aide à l'accès aux soins

L'ordonnance de 1945 instaure en France le principe de la sécurité sociale, fondée sur le principe de solidarité, où le travail est la condition d'attribution des droits sociaux. La protection maladie s'est progressivement inspirée du système de Beveridge (économiste anglais), prônant le principe d'universalité où, dans certaines circonstances, une protection maladie générale peut être attribuée sans cotisation individuelle. (33)

5.1. Qu'est-ce que la CMU de base ? (34)

La CMU de base et la CMU-C ont été instaurées en 1999. La CMU de base se substitue à l'assurance maladie, pour les patients qui ne peuvent obtenir celle-ci, à savoir les personnes sans emploi et les étudiants de plus de 28 ans qui n'ont plus droit à la sécurité sociale étudiante (SMENO, LMDE).

Pour obtenir la CMU de base, il faut :

- Résider en France de manière régulière (avoir un titre de séjour ou attester qu'un dossier de demande de titre de séjour a été déposé, avoir la nationalité française).
- Résider en France de manière stable (3 mois ininterrompus en France).
- Il faut ne pas avoir droit à l'assurance maladie.

Il est indispensable d'apporter les preuves de ces trois conditions.

La CMU de base va alors prendre en charge la part habituellement remboursée par un régime obligatoire de l'assurance maladie. La part complémentaire reste à la charge du patient si celui-ci n'a pas de complémentaire santé.

5.2. Qu'est-ce que la CMU complémentaire ?

La loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a initié la création d'une protection complémentaire institutionnelle qui est la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C) attribuable sous conditions de ressources.

Elle assure, la prise en charge des honoraires médicaux opposables : c'est le ticket modérateur. Elle prend également en charge le dépassement d'honoraire déterminé par convention avec l'Etat, l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé. Elle est limitée à un certain nombre d'actes prothétiques: c'est le panier de soins. Les tarifs sont plafonnés. (33)

Il s'agit d'une prise en charge à 100% des tarifs de la sécurité sociale :

- une part est prise en charge par la sécurité sociale.
- la part complémentaire est prise en charge par la CMU-C.

Le patient ne paie pas directement les dépenses de santé, c'est la Dispense d'Avance de Frais (DAF).

Pour obtenir la CMU-C, il faut :

- Résider en France de manière régulière (avoir un titre de séjour ou attester qu'un dossier de demande de titre de séjour a été déposé, avoir la nationalité française).
- Résider en France de manière stable (3 mois ininterrompus en France).
- Avoir des ressources inférieures à un certain plafond (716 euros par mois). (35)

5.3. Qu'est-ce que l'AME ?

5.3.1. Pour qui ? (36)

L'Aide Médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux personnes en situation illégale de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions.

Elle fait référence au décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005, modifiant le décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié, pris pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance.
(37)

Peuvent bénéficier de l'AME les personnes dans l'une des situations suivantes :

- personne étrangère en situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande), avec une obligation de domiciliation et de résidence stable supérieure à 3 mois.
- personne ayant droit du bénéficiaire de l'AME (enfant, personne à charge).
- personne étrangère placée en rétention administrative.

5.3.2. Comment l'obtenir

5.3.2.1. Conditions de résidence

Pour bénéficier de l'AME il faut résider en France :

- de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.
- de manière stable.

La résidence stable signifie :

- soit avoir en France un foyer, c'est à dire une résidence habituelle, qui doit avoir un caractère permanent.
- soit avoir en France un lieu de séjour principal, c'est à dire y séjourner pendant plus de 6 mois par an.

Cependant, certains migrants n'ont pas de logement et des CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) refusent de domicilier ces migrants qui vivent dans des bidonvilles. Or, sans domiciliation, ils ne peuvent ni accéder à l'AME, ni scolariser leurs enfants. (17)

Si après demande d'AME, la condition de 3 mois de résidence en France n'est pas respectée, les éventuels enfants mineurs sont inscrits sans délai au dispositif de l'AME pour la prise en charge de leurs soins dès leur arrivée.

5.3.2.2. Conditions de ressources

Pour avoir droit à l'AME, les ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond, variable selon la composition du foyer.

Le plafond et les ressources prises en compte sont les mêmes que pour l'attribution de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

5.3.3. Prestations

L'AME donne droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et d'hospitalisation en cas de maladie ou de maternité dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, avec dispense d'avance de frais.

Les frais de médicaments sont pris en charge à condition que le patient accepte les médicaments génériques (sauf si le médecin a indiqué sur l'ordonnance qu'il s'opposait à la substitution d'un médicament par un générique).

5.4.Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

D'après l'assurance maladie, l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) "concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). L'ACS ouvre droit à une déduction de la cotisation auprès de l'organisme de protection complémentaire". (38)

5.5.Aide ponctuelle de la sécurité sociale

"Une aide ponctuelle de la CPAM peut être versée à titre exceptionnel pour financer tout ou une partie de dépassements d'honoraires de prothèses dentaires ou de traitements d'orthodontie.

La demande concerne un traitement précis occasionnant une dépense ayant pour conséquence une diminution des revenus qui entraîne des difficultés importantes pour les personnes.

Cette aide est réservée aux assurés du régime général de Sécurité Sociale.

Elle ne peut être demandée que par les personnes ne bénéficiant ni de la CMU complémentaire, ni de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Elle peut être demandée par une personne ayant une complémentaire santé". (39)

En pratique, si le praticien rencontre un patient ayant des difficultés de paiement, il peut être utile de l'orienter vers un conseiller de la sécurité sociale afin d'analyser les solutions adaptées à son statut.

5.6.Résumé des dispositifs sociaux d'accès aux soins dentaire (40)

(41)

Les plafonds de la CMU-C, de l'AME et de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) ont augmenté au 1er juillet 2013.

Conditions de Résidence	Conditions de ressources par personnes et par mois	Droits sociaux	Principales prestations dentaires prises en charge		
			Soins	Prothèse	
				Prise en charge	Précisions
Résidence en France ininterrompue depuis plus de 3 mois et Français ou titre de séjour en règle ou récépissé de demande de séjour	Moins de 716€	CMU complémentaire (Complémentaire santé gratuite)	OUI	totale des prothèses amovibles, couronnes antérieures céramiques, couronnes postérieurs métalliques, traitements d'orthodontie	Tarifs du praticien plafonnés par décret
	De 716 à 967€	Aide à l'acquisition d'une Complémentaire santé (Forfait venant en déduction du montant de l'adhésion à une complémentaire santé)	OUI	partielle ou totale	Selon les termes du contrat souscrit
	Plus de 716€	Aide ponctuelle de la sécurité sociale pour la réalisation de prothèse dentaire ou d'orthodontie	NON	partielle ou totale	Attribution par commission CPAM, sur dossier individuel Montant ponctuel, selon les ressources et sur la base d'un devis réalisé par un chirurgien-dentiste
Résidence en France ininterrompue depuis plus de 3 mois et pas de titre de séjour régulier en France	Moins de 716€	Aide Médicale d'Etat (AME)	OUI	partielle : limitée à 100 % du tarif de base de la sécurité sociale	Aucune prise en charge des dépassements d'honoraires Pas de plafonnement des tarifs

Source: Le site internet de l'accès aux soins dentaires pour les plus démunis. <http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/>.

Figure 2: Tableau récapitulatif des dispositifs de protection sociale: Conditions d'accès et prise en charge.

Le tableau différencie les personnes en situation régulière en France des personnes en situation irrégulière.

Si la personne est en situation régulière, elle peut bénéficier de :

- la CMU-C, si son revenu est inférieur à 716 euros par mois.
 - l'ACS, si son revenu est compris entre 716 et 967 euros.
 - l'aide ponctuelle de la sécurité sociale, si son revenu est supérieur à 716 euros.
-
- La CMU-C permet une prise en charge totale des soins conservateurs en odontologie.

La CMU-C prend en charge totalement la prothèse intégrée au "panier de soins", à savoir :

- les prothèses amovibles (résines et stellites).
- les couronnes antérieures céramiques (jusqu'à la première prémolaire incluse).
- les couronnes postérieures métalliques.
- les traitements d'orthodontie, avant l'âge de 16 ans.

Si le patient souhaite réaliser un traitement exclus du panier de soins autorisé, il devra payer le complément en fonction des tarifs "hors panier de soins" imposés par la sécurité sociale.

Les tarifs du praticien pour les patients CMU-C sont plafonnés par décret, ils ne peuvent être modifiés.

- L'ACS permet une prise en charge totale des soins conservateurs en odontologie. La prise en charge des actes prothétiques peut être partielle ou totale en fonction du contrat souscrit avec la complémentaire santé.
- L'aide ponctuelle de la sécurité sociale ne prend pas en charge les soins conservateurs car ils sont pris en charge par le régime général de la sécurité sociale. Cette aide ne concerne que les dépassements d'honoraires des traitements prothétiques ou orthodontiques. La prise en charge peut être totale ou partielle en fonction de la décision prise par la sécurité sociale.

Si la personne est en situation irrégulière en France, elle peut bénéficier de l'AME si ses revenus sont inférieurs à 716 euros par mois.

- L'AME permet la prise en charge totale des soins conservateurs. La prise en charge de la prothèse est partielle : seul le tarif de responsabilité est pris en charge, le complément reste à la charge du patient.

L'obtention de ces protections sociales, plus spécifiquement l'AME et la CMU-C, ne sont pas simples à acquérir pour les migrants puisqu'il faut fournir de nombreuses preuves à l'administration.

6. Les difficultés administratives des migrants

L'accès à la protection sociale se révèle difficile pour le migrant, d'une part à cause de la barrière linguistique, d'autre part, en raison des difficultés administratives, juridiques, et organisationnelles des services de santé eux-mêmes. (29)

Ces informations sont tirées d'un entretien avec un assistant social de Médecins Solidarité Lille (MSL).

Pour avoir accès à une protection sociale il faut :

- **Une pièce d'identité** (carte d'identité, permis de conduire, passeport)

Le document le plus présenté par les migrants est le permis de conduire, mais il n'a pas la même valeur qu'une carte d'identité ou un passeport.

De nombreux migrants n'ont pas de papiers, ou ont des faux papiers. Ceux-ci leur permettent de se "protéger" face aux autorités qui ne peuvent alors pas connaître leur provenance et procéder à une éventuelle expulsion vers le pays d'origine.

Si le migrant n'a aucun papier, il doit alors prendre contact avec son ambassade afin d'obtenir un extrait d'acte de naissance de son pays d'origine. Cette demande peut être longue, excédant parfois 6 mois. Or, seuls 3 mois de libre circulation et de séjour sont autorisés pour les résidents de l'espace économique européen.

En général les Roumains et les Bulgares ont des papiers puisqu'ils ont la libre circulation sur le territoire français pendant 3 mois. Passé ce délai, ils sont dans l'illégalité et sont susceptibles de recevoir des Obligations de Quitter le Territoire Français (OQTF), s'ils ne peuvent justifier de ressources suffisantes pour rester en France.

- **Une adresse :**

Une adresse est nécessaire pour recevoir les courriers de suivi de dossier pour prétendre à l'AME. Ceci pose donc problème pour toutes les personnes sans domicile fixe.

Des associations telles que la Croix Rouge ou les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) proposent une domiciliation postale à ces personnes. Cependant il arrive que ces associations limitent la délivrance d'attestations, en raison du nombre important de demandes.

Se pose également le problème de l'homonymie. En effet dans de nombreuses cultures, les noms et prénoms sont transmis de génération en génération.

Cette situation complexifie le travail des associations qui peuvent alors refuser la domiciliation postale.

- **Prouver 3 mois de présence en France :**

Il s'agit de l'exigence administrative la plus complexe.

Le travail illégal étant très pratiqué par ces populations, les migrants ne disposent pas de fiches de paie attestant de leur présence sur le territoire français.

L'idéal serait que, dès son arrivée sur le territoire français, le migrant ouvre un dossier de suivi médical chez MSL. Cette ouverture du dossier pourrait alors attester de la durée de sa présence sur le territoire français. Cependant, peu de migrants sont informés de l'importance de cette démarche.

- **Les délais d'attente des papiers**

Ils peuvent avoir de lourdes conséquences financières pour un migrant.

Voici plusieurs cas énoncés par l'assistant social de MSL:

- Une femme arrivant en France à 3 mois de grossesse aura le temps de procéder aux démarches administratives pour obtenir une protection sociale. Elle pourra donc être remboursée des frais d'hospitalisation pour l'accouchement.

Cependant, si elle arrive en France à 8 mois de grossesse, le délai sera trop court pour obtenir une protection sociale. Elle devra alors régler les 2000 euros d'hospitalisation non pris en charge. De plus, si une césarienne est nécessaire, le montant de l'hospitalisation peut s'élever à 7000€.

- Autre exemple, une personne atteinte d'un cancer nécessitant une chimiothérapie a un besoin urgent en soins. Cependant, sans protection sociale, les soins pourraient être retardés et mettre en péril son état de santé.

MSL a été créée pour pallier à ces situations et prendre en charge les soins, qu'ils soient urgents ou semi-urgents. Pour cela, il faut que le patient ait été orienté vers cette structure. La connaissance de MSL se fait principalement de bouche à oreille entre migrants.

Le chirurgien-dentiste doit soigner ces populations selon des principes éthiques et respecter les textes de lois, et les codes en vigueur dans notre profession. Pour atteindre ces objectifs, le praticien doit être aidé afin de surmonter la barrière linguistique.

7. Obligations et devoirs du chirurgien-dentiste envers son patient

7.1. Obligations éthiques

7.1.1. Le serment d'Hippocrate

Les notions de respect de la personne, de non discrimination, d'information et de respect du secret médical, étaient déjà inscrites dans le texte antique qu'est le serment d'Hippocrate.

Voici la traduction de ce serment proposé en 1996 par l'Ordre Français des Médecins:

"Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur anatomie et leur volonté, sans **aucune discrimination** selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, **je tairai les secrets** qui me seront confiés.

Je ferai tout pour soulager les souffrances." (42)

7.1.2. Analyse du serment d'Hippocrate

7.1.2.1. Le respect de la dignité de la personne

Il s'agit de la sauvegarde des droits de l'homme au sens fort du terme et des principes supérieurs de dignité humaine et d'intégrité de l'espèce.

Le praticien est donc dans l'obligation de soigner consciencieusement le patient allophone, de la même manière qu'un patient français, en faisant abstraction de ses aprioris et de ses préjugés. Pour cela, le praticien a besoin de se faire comprendre mais aussi de déceler les attentes du patient.

7.1.2.2. Principe de non discrimination

D'après l'article R 4127-211 du code de déontologie des chirurgiens dentistes :

"Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quelles que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard." (5)

La convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentaux fait aussi référence à l'interdiction de la discrimination "fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation". (43)

Le principe de non discrimination signifie un traitement égal des personnes. Or l'absence d'effort pour adapter les services et pour les rendre plus accessibles à une patientèle issue de l'immigration peut signifier l'existence de discrimination. (2)

Le principe de non discrimination fait également référence à l'obligation de soigner sans discrimination, tout patient quelle que soit sa protection sociale, sous peine de sanctions.

Comme le prouve l'article L1110-3 du Code de Santé Publique, «un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour cause de discrimination ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide pour la couverture complémentaire et les contrats d'assurance complémentaires du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'AME du code de l'action sociale et des familles.

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. » (44)

7.1.2.3. Information du patient

L'information au patient doit être claire et complète, de manière à placer le dialogue thérapeutique sous le sceau de la confiance mutuelle.

D'après l'article R 4127-233 du Code de la Santé Publique, " le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science". (3)

Comment respecter ce principe s'il est impossible de communiquer avec le patient à cause de la barrière linguistique ?

L'information ne se limite pas à l'information sur les risques liés à l'acte médical. Elle englobe également la prise en charge financière.

En effet d'après l'article R4127-240 du Code de déontologie des chirurgiens dentistes, "le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les

circonstances particulières. Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires." (45)

Le praticien doit donc être en mesure d'informer le patient des conditions de paiement et de prise en charge des soins.

7.1.2.4. Le respect du secret professionnel

D'après le code de déontologie des chirurgiens-dentistes, "le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris." (D n° 2004-802, 29 juillet 2004- C. Santé Pub Art R 4127-206) (3)

L'article 72 du code de la santé publique stipule que "le chirurgien-dentiste doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle. " (C.Santé Publ. Art. R. 4127-207) (3)

Le secret médical n'est donc pas respecté lorsque le patient allophone fait appel à une tierce personne pour traduire. Il est donc nécessaire de trouver un moyen pour éviter l'implication d'une personne non concernée par le soin. En effet, "toute personne a le droit au respect de sa vie privée s'agissant d'informations relatives à sa santé." (Article 10-1 de la convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine (1997)).

Le secret médical est la base permettant une relation de confiance entre patient et praticien.

D'après l'article 4127-208 du Code de Santé Publique, "en vue de respecter le secret professionnel, tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscrétion des fiches cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut détenir ou utiliser concernant des patients".

7.2. Obligations législatives

7.2.1. Le consentement éclairé : le contrat de soins

Le consentement éclairé en médecine dentaire était "considéré comme un engagement éthique à ses débuts, fermement soutenu par le code de déontologie des médecins tout d'abord, puis par celui des chirurgiens-dentistes. L'obligation du recueil d'un consentement éclairé dans l'exercice médical au sens large est inscrite dans le Code civil et rappelée de manière constante dans plusieurs lois." (46)

Le malade est passé d'un statut de dépendance et d'obéissance à celui d'un partenaire à part entière. Le consentement éclairé du patient est une obligation incontournable, il s'agit du droit fondamental du patient. Il fait partie du contrat de soin. En effet, d'après l'article L 1111-4 du code de la santé publique, "toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment." (3)

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. (3)

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), "le recueil du consentement éclairé fait partie intégrante du soin apporté au malade" et "le praticien doit s'assurer que le malade en a bien compris les termes." (3) (47)

Par essence même, il faut que le patient ait été informé préalablement afin de pouvoir consentir. C'est le principe d'autonomie de la personne. Or, il apparaît difficile pour le patient de donner son consentement à une information qu'il n'a pas comprise à cause de la barrière linguistique. Le patient perd son autonomie et devient passif au cours de la séance de soins. Le contrat synallagmatique, fait d'obligations réciproques entre le patient et le praticien, n'est donc pas accompli. Pour surmonter cette difficulté, l'HAS propose la mise à disposition de documents d'information dans les principales langues étrangères parlées en France.

7.2.2. Obligation d'orientation du patient

D'après l'article R 4127-234 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes, "le chirurgien-dentiste doit mettre son patient en mesure d'obtenir les avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive." (5)

Le praticien a donc pour devoir d'orienter le patient vers les structures sociales adaptées, lui permettant d'obtenir les avantages sociaux auxquels il peut prétendre.

La loi relative à la lutte contre toutes exclusions du 29 juillet 1998 prévoit que "les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, (...) adaptés aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostics et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes." (48)

Il s'agit donc de connaître les différentes couvertures sociales existantes à savoir, la CMU de base, la CMU-C, l'AME, l'ACS et l'aide ponctuelle de la sécurité sociale mais aussi de diriger ces patients vers les structures compétentes telles la sécurité sociale ou MSL selon les cas, comme nous le verrons plus loin.

7.2.3. Responsabilité du praticien

L'article 1383 du code civil précise que "chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait mais encore par sa négligence ou son imprudence." (3)

Tout praticien est responsable de la personne qu'il soigne. Si une erreur a été commise ayant pour cause une incompréhension, le praticien devra en répondre.

Les obligations éthiques et législatives sont le plus souvent non respectées à cause de la barrière linguistique. Ce travail vise donc d'une part à tenter de respecter ces

obligations, ces devoirs, ces lois, et d'autre part à améliorer le déroulement de la séance de soins. Celle-ci est anxiogène pour le patient mais aussi pour le praticien qui se retrouve dépourvu face à un patient avec lequel la communication est difficile voire impossible.

8. Conséquences de la barrière de la linguistique dans la prise en charge de patients allophones

Le fait de se trouver face à une personne allophone est souvent vécu comme une expérience frustrante à la fois pour le patient et le praticien. Cela entraîne un stress ayant pour causes les difficultés de communication en général, les difficultés à prendre en charge et à évaluer la douleur, ainsi que les difficultés à transmettre les informations et à garantir la qualité des soins. (30)

D'après Sarah Bowen, sociologue et anthropologue de la santé, " il a été démontré que les barrières linguistiques ont des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, sur la qualité des soins, sur le droit des patients, sur le degré de satisfaction des patients et des intervenants et, surtout, sur les résultats des traitements donnés aux patients." (49)

8.1. Conséquences pour le praticien

Lorsqu'un patient allophone vient consulter un chirurgien-dentiste, ce dernier va la plupart du temps, tenter de pallier l'incompréhension en utilisant l'anglais selon ses connaissances linguistiques. Cela peut être un bon moyen, si tant est que le patient maîtrise l'anglais.

Si aucun mot ne peut être échangé, les deux parties auront recours à la communication non verbale pour tenter de se comprendre. La barrière de la langue peut entraîner des erreurs, faute d'information ou de compréhension.

La barrière linguistique a des répercussions négatives sur :

- l'accès au traitement pour le patient,
- des traitements inutiles qui n'agissent pas sur la bonne cause,
- la compréhension des mesures de prévention,
- l'obtention du consentement éclairé,
- les obligations éthiques du chirurgien-dentiste,
- la qualité des soins prodigués,
- l'établissement d'un diagnostic correct,
- des erreurs médicales,
- la satisfaction du praticien envers son travail,
- le stress plus présent. (50) (51)

L'ensemble de ces répercussions entraîne un suivi du patient plus difficile : les prescriptions fournies risquent de ne pas être comprises par le patient, ce qui compromet sa sécurité.

8.2. Conséquences pour le patient

Le patient allophone a des attentes lorsqu'il vient consulter le chirurgien-dentiste. Cependant celles-ci sont susceptibles de ne pas être comprises par le praticien en raison des difficultés d'échange, ayant pour conséquence un isolement du patient.

Les prescriptions médicales peuvent également ne pas être comprises par le patient. Le traitement va donc être mal, voire non observé, occasionnant ainsi une perte de chance pour le patient.

La barrière de la langue se matérialise par une impression de passivité du patient lors de la consultation. Le patient est dans l'obligation de faire confiance sans que le praticien puisse lui expliquer le traitement. Le praticien réalise donc l'acte sans le consentement du patient. Le droit d'autonomie de la personne dans la gestion de sa santé est donc compromis.

Cette barrière peut également entraîner un non recours aux soins : la personne, par peur de ne pas se faire comprendre, pourrait ne pas consulter. La douleur risque alors d'accentuer son isolement.

La barrière de la langue affecte la qualité des soins reçus. L'insatisfaction du patient peut engendrer l'absentéisme au rendez-vous suivant ainsi que la non-observance du traitement prescrit. (49) (52)

Pour enrayer ces constats, il est donc nécessaire de trouver une solution pratique, permettant d'intervenir dans l'urgence.

Des études montrent que la mise en place de mesures d'adaptation linguistique améliorerait la qualité des soins reçus et favoriserait l'adoption par le professionnel de santé de pratiques moins discriminatoires. (53)

9. Bénéfices de trouver une solution à la barrière de la langue

La recherche de moyens de communication avec le patient allophone, tendrait à:

- améliorer la qualité des soins,
- améliorer l'accès aux soins pour ces patients,
- faciliter l'établissement d'une relation de confiance,
- protéger la confidentialité,
- assurer la sécurité du patient,
- contribuer à l'obtention d'un consentement éclairé,
- permettre le respect des obligations professionnelles et juridiques du praticien,
- augmenter la satisfaction et la compréhension du patient,
- permettre l'utilisation adéquate des services,
- diminuer le risque d'erreurs. (54)

Plusieurs solutions sont possibles telles que le recours à un interprète, à internet, à des pistes audio, et à des fiches de traduction.

10. Solutions d'amélioration de la prise en charge des patients allophones.

10.1. *L'interprète*

Il faut différencier deux types d'interprètes:

- Les interprètes informels, choisis par le patient pour l'accompagner.
- Les interprètes professionnels, qualifiés en interprétariat.

10.1.1. *Interprètes informels*

Le plus souvent les patients allophones ont recours à la famille, des amis, des voisins, des compatriotes rencontrés dans la salle d'attente.

Ceci peut provoquer plusieurs problèmes :

- **Des erreurs d'interprétation** : Comment être sûr que la personne chargée de traduire a elle-même compris ce que l'on a expliqué et qu'elle retransmette l'information correctement ?

Certains patients viennent avec un interprète qui parle plus ou moins bien le français, celui-ci donne des réponses très brèves ou au contraire plus longues que ce que le patient semble dire.

Il existe un manque de neutralité et la traduction n'est que partielle. L'association Médecins Sans Frontières aborde cette difficulté : "il n'y a rien de plus frustrant que d'écouter un patient qui exprime ses problèmes pendant plusieurs minutes et d'avoir un traducteur qui résume tout cela en disant "il a dit oui"". (55)

Le praticien n'a aucun moyen de savoir si l'interprète choisi par le patient est fiable.

- **De confidentialité et d'autocensure du patient** : La présence d'un intermédiaire, plus ou moins proche du patient, peut complexifier la

consultation. L'interprète peut agir comme un filtre qui retient certaines informations pour garder la maîtrise de la situation familiale.

Le patient peut avoir des difficultés à évoquer sa souffrance et préférer cacher des informations qui peuvent être importantes. Cette situation est notamment constatée lorsque l'enfant sert d'intermédiaire. (56) (57)

Si des informations personnelles sont révélées à une personne rencontrée dans la salle d'attente, celle-ci doit respecter le secret médical car, dans les établissements de santé, le secret médical est collectif, et il appartient alors à chaque personne de respecter le silence sur la part d'information qu'elle détient. (58)

Ceci est en contradiction avec le code de déontologie qui préconise que "le chirurgien-dentiste doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment". (45) Or nous n'avons aucun moyen de contrôle.

- **Une inversion des rôles dans la famille :** Lorsque l'enfant sert d'interprète car il maîtrise la langue grâce à sa scolarisation, il devient l'interlocuteur principal et l'adulte se trouve en situation d'infériorité.

Par ailleurs, cette situation induit un absentéisme scolaire. (56) (59)

- **Une surpopulation de l'espace de soin :** Certaines consultations se font avec toute la famille en même temps. La difficulté d'échange avec le patient allophone est alors intensifiée par l'environnement : les enfants qui chahutent, multiplication des interlocuteurs ... (31)

Ceci provoque des malentendus et des incompréhensions. La transmission du message ne pourra alors pas se faire. La relation avec le patient sera entravée et pourra avoir des répercussions sur la qualité des soins. De plus, les malentendus augmentent l'anxiété et la frustration ressenties par le patient et peuvent conduire à des erreurs médicales.

10.1.2. Interprètes professionnels

Des études démontrent que le meilleur moyen d'éviter ces erreurs est le recours à un interprète professionnel qui connaît le milieu médical (56) (60) (61). Ce professionnel améliore la qualité des soins et diminue le risque d'erreurs médicales. Toutefois, les interprètes sont rarement disponibles immédiatement.

Cependant, on observe beaucoup de réticences à ce recours tels que la complexité des démarches, le coût élevé (51), le manque de temps, la présence non souhaitée d'un observateur, la difficulté à obtenir l'interprète en urgence car le besoin n'est pas permanent mais ponctuel.

L'interprète professionnel sur place paraît être la solution idéale mais elle est impossible à mettre en place en urgence. Ces personnes sont difficiles à contacter et demandent un financement.

L'interprète professionnel joignable par téléphone pourrait être un bon moyen d'intervenir en urgence, mais cette solution n'est pas utilisée au CHRU, pour les mêmes raisons que l'interprète professionnel sur place.

Enfin la solution idéale serait un interprète culturel sur place, ayant des connaissances culturelles sur les croyances et les pratiques de certaines populations. Il permettrait de mieux comprendre certains comportements ou attitudes qui relèvent de valeurs, de croyances ou d'idéologies différentes. Il permettrait de mettre à jour les représentations populaires des rôles parentaux, considérerait les différentes conceptions de la santé, et validerait la compréhension d'un traitement. Il aiderait le patient et le professionnel à comprendre les valeurs, les concepts et les pratiques culturelles de l'autre, tout en adoptant une position de neutralité et un niveau de langage adapté à ses interlocuteurs et en respectant une éthique professionnelle stricte. Sa grande force réside non seulement dans sa connaissance, mais aussi dans sa capacité à établir un pont entre deux cultures (2) (54). Ces professionnels ne sont en pratique jamais sollicités car ils ne sont pas disponibles en urgence et représentent un coût pour l'établissement.

Ces différents points permettent de dresser le tableau bilan suivant des avantages et inconvénients des différents types d'interprètes : (59)

Type d'interprète		Avantages	Limites	Recommandations
Interprètes informels	Famille, amis, voisins, compatriotes rencontrés dans la salle d'attente	Disponibilité, Echange possible avec le patient, Absence de coût pour l'établissement	Bris de confidentialité, Erreurs d'interprétation, Problèmes de neutralité, Autocensure, Inversion des rôles dans la famille	Option à utiliser avec précaution
	Enfants mineurs	Disponibilité, Echange possible avec le patient, Absence de coût pour l'établissement	Bris de confidentialité, Erreurs d'interprétation, Problèmes de neutralité, Autocensure, Inversion des rôles dans la famille, Absentéisme scolaire	Solution à éviter le plus possible
	Personnel de l'établissement parlant la langue du patient	Disponibilité sur place, Coût limité	Limites de temps disponible, Erreurs d'interprétation	Solution à considérer
Interprètes professionnels	Interprète au téléphone	Accessibilité, Respect de la confidentialité	Coût pour l'établissement, Méthode techniquement plus complexe	Solution utile en consultation sans rendez-vous
	Interprètes professionnels sur place	Interprétation linguistique de qualité, Respect de la confidentialité	Coût pour l'établissement, Difficulté à obtenir en urgence	Option idéale, Option à envisager fortement lorsqu'il faut préserver la confidentialité
	Interprètes culturels sur place	Interprétation verbale, non verbale et culturelle de qualité, Respect de la confidentialité	Coût pour l'établissement, Difficulté à obtenir en urgence	Solution à envisager en cas de questions complexes liées aux facteurs culturels

Source : travail de Bachelor intitulé : Communiquer avec des patients de langue étrangère. Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins, par Marie Mondoux, de la Haute École de Santé, Fribourg Filière soins infirmiers, le 5 Juillet 2010.

Figure 3: Synthèse des moyens à utiliser pour la communication avec des patients de langue étrangère

10.2. Internet

Il existe des sites internet spécialisés en traduction linguistique. Ce moyen peut aider à éclaircir certaines situations, en particulier si le patient cherche à s'exprimer sans parvenir à se faire comprendre. Le patient peut alors, s'il est lettré, écrire ce qu'il cherche à transmettre pour que nous en ayons la signification. Cependant, tous les sites ne sont pas fiables et sont susceptibles d'engendrer des erreurs d'interprétation. La plupart des sites agréés sont payants, ce qui implique un coût supplémentaire pour l'établissement et il est nécessaire de se familiariser avec l'utilisation de ces logiciels. Par ailleurs, les contraintes temporelles propres au service des urgences rendent cette démarche relativement complexe.

10.3. Fichiers sons

Le principe consisterait en la réalisation de pistes de lecture audio contenant les phrases types nécessaires à l'établissement d'une anamnèse approfondie et d'un diagnostic fiable.

Concrètement, il faudrait enregistrer une par une des phrases prononcées par un traducteur, et les numéroter pour que chacune corresponde à une piste de lecture en langue étrangère et à une phrase type en français. Pour s'adresser au patient allophone, le praticien aurait à rechercher la piste audio correspondante à la situation rencontrée.

Ce moyen faciliterait la prise en charge des patients allophones analphabètes, sans l'intervention d'une tierce personne.

Les pistes audio permettent également d'éviter les erreurs de prononciation.

L'inconvénient est que la réalisation de ces fichiers sons est techniquement difficile à réaliser car elle demande du matériel, du temps au traducteur et elle est coûteuse. Par ailleurs, les phrases traduites correspondent aux pathologies et traitements les plus fréquemment rencontrés. Etant standardisées, elles ne permettent pas de répondre aux besoins particuliers des patients. Si cet outil permet au praticien de se faire comprendre, le patient quant à lui, éprouvera de nombreuses difficultés à formuler ses doutes et questionnements.

10.4. Fiches de traduction

L'intérêt des fiches de traduction est de permettre un échange direct entre patient et praticien, évitant ainsi l'intervention d'une tierce personne. L'obtention d'un climat de confiance en serait donc facilitée car le praticien serait l'interlocuteur principal.

Les fiches doivent pouvoir être lues par le patient voire par le praticien si le patient est analphabète. Elles permettent de répondre aux cas les plus fréquemment rencontrés en urgence et sont toujours disponibles.

Les fiches permettent une prise en charge dans l'urgence, elles cherchent à répondre à la majorité des situations cliniques, afin de respecter le principe de non discrimination, d'information du patient, et d'obtention du consentement éclairé.

Les inconvénients de ces fiches sont en partie similaires à ceux des fichiers sons. Etant standardisées, elles ne permettent de répondre qu'aux situations les plus fréquentes. De plus, le praticien ne sera pas en mesure de comprendre les dires du patient si celui-ci souhaite ajouter des précisions. Par ailleurs, des erreurs de prononciation sont susceptibles de rendre l'information inintelligible pour le patient. (56)

Malgré ces quelques inconvénients, nous avons retenu cette dernière solution. En effet, les fiches de traduction nous ont semblé plus pratiques pour intervenir en urgence car l'information est immédiatement disponible et elles favorisent l'autonomie du praticien. De plus elles sont techniquement simples à réaliser et à modifier, elles sont également facilement évolutives.

10.5. Bilan

Chacune des solutions a ses avantages et ses inconvénients, l'idéal en réalité serait une combinaison de tous ces moyens.

Ces éléments nous permettent de dresser le tableau suivant :

Solutions proposées	Avantages	Inconvénients
Interprètes professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Soins de qualité - Sécurité, contrôle de la compréhension du patient - Prise en charge des analphabètes 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficile à obtenir, impossible en urgence - Coûteux - Le praticien n'est plus l'interlocuteur principal, perte d'autonomie du praticien
Internet	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie du praticien 	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel nécessaire - Impossibilité de prise en charge des patients analphabètes - Absence de contrôle de la compréhension du patient - Coûteux (site payant) - Manque de fiabilité - Chronophage
Fichiers sons	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie du praticien - Qualité (pas d'erreur de prononciation) - Prise en charge des analphabètes - Intervention en urgence 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de contrôle de la compréhension du patient - Coûteux (matériels nécessaires) - Techniquement difficile à réaliser
Fiches de traduction	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie du praticien - Intervention en urgence - Pratique - Peu coûteux 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de contrôle de la compréhension du patient - Difficultés de prononciation - Prise en charge des analphabètes délicate

Figure 4 : Tableau comparatif des solutions

11. Matériel et méthode

11.1. *Introduction*

Nous avons précédemment montré que les échanges entre praticien et patient allophone sont problématiques, ceci en raison du manque d'outils mis à disposition de chacun des acteurs de la consultation. Cet écueil remet en cause la qualité du soin prodigué et le bien-être du patient.

La sollicitation d'un interprète professionnel en urgence est complexe. Elle n'a lieu que dans une infime minorité des consultations. Il s'agit donc de rechercher la solution la plus adaptée, susceptible d'être mobilisée dans la majorité des cas.

La documentation écrite s'impose alors comme le meilleur moyen de fournir les ressources nécessaires au praticien et au patient pour le bon déroulement de la consultation.

Il existe déjà dans le service des urgences de la faculté de chirurgie dentaire un questionnaire médical. Il permet d'obtenir les informations importantes concernant l'état de santé du patient : antécédents médicaux, allergies, prise de médicaments... Cependant ce questionnaire n'existe qu'en langue française et n'est donc pas compréhensible pour un patient allophone.

La réalisation d'un **questionnaire médical** en plusieurs langues permet, non seulement de répondre aux attentes du patient, de faciliter la communication, mais surtout de prodiguer des soins en toute sécurité. Il permet au praticien de prendre les décisions adéquates. Le patient, face à une documentation compréhensible, a de plus grandes chances de fournir les informations nécessaires au bon déroulement de sa prise en charge.

Le praticien doit ensuite avoir à sa disposition des outils lui permettant de mener à bien la consultation. Pour cela nous pouvons réaliser des **fiches d'accompagnement** du praticien centrées principalement sur les actes d'urgence, disponibles en plusieurs langues.

Les informations communiquées par le praticien pourront rassurer et impliquer le patient pendant la séance de soins. Le plan de traitement pourra alors être mieux compris. L'objectif est de créer un climat de confiance nécessaire à l'obtention du consentement éclairé du patient à l'acte réalisé par le praticien.

Dans une situation moins anxiogène, le praticien sera plus efficace, le risque d'échec du soin sera réduit. De même, cela permettra de réduire les erreurs diagnostics et thérapeutiques ainsi que des erreurs de prescription chez les patients présentant des contre-indications.

Nous présenterons dans les points suivants la méthode de création de cette documentation.

11.2. La collecte et la source des données : les entretiens

11.2.1. Entretiens avec les praticiens des urgences du CHRU (cf annexe 5)

Des entretiens ont été réalisés avec les enseignants du service des urgences afin de connaître leurs opinions sur la prise en charge des patients allophones, et de soulever les points importants à aborder dans la documentation pour améliorer cette prise en charge.

Voici le bilan de ces entretiens.

11.2.1.1. Prise en charge des patients de langue étrangère au CHR

Les praticiens interrogés mettent en avant les différents problèmes rencontrés lors de la prise en charge des patients allophones.

D'après un des praticiens interrogés, la prise en charge des patients allophones n'est pas optimale puisqu'elle est "limitée administrativement, culturellement, médicalement" :

- Administrativement, car les patients ne connaissent pas nécessairement leurs droits : CMU, AME...
- Culturellement, car on observe une tendance du praticien à être moins conservateur dans les soins dentaires. Si le patient réclame l'avulsion, le praticien aura tendance à s'exécuter sans discussion puisque la communication est impossible. En revanche, face à une personne francophone, le praticien tentera de convaincre le patient de conserver la dent. Cet enseignant note également une tendance culturelle à être moins attentif au désir du patient, comme par exemple à la douleur qui est exprimée différemment selon l'origine : "Bien souvent, on peut avoir des aprioris inconscients en fonction de l'origine des patients".

- Médicalement car on a tendance à sous considérer les médicaments qui ont été pris dans le pays du patient : on ne les connaît pas forcément et on peut avoir tendance à les négliger en les considérant comme étant moins forts que les traitements pris chez nous.

Le manque de moyens mis à disposition est également constaté par les praticiens : le " système D " est de mise. On fait alors appel aux étudiants parlant des langues étrangères, ou aux outils informatiques comme Google traduction...

Un autre constat de certains praticiens est que, les interprètes informels, membres de la famille, ne sont pas fiables et ne permettent pas de s'assurer du consentement éclairé du patient. Le praticien ne peut, en effet, pas contrôler la qualité de la traduction. La difficulté d'obtenir l'aide d'un interprète professionnel est également soulignée par certains praticiens: il est, selon eux, impossible de faire venir un traducteur du CHR lorsque le besoin se présente.

11.2.1.2. Prise en charge de patients allophones au cabinet libéral

Un des enseignants considère qu'en libéral, la fracture est plus importante encore : "les patients étrangers ne viennent que très peu consulter. La peur de ne pas se faire comprendre entraîne une montée du communautarisme : les étrangers vont voir un dentiste de la même origine : les personnes ayant les mêmes origines et principes tendent ainsi à se regrouper."

11.2.1.3. Le questionnaire médical de la faculté de chirurgie dentaire

Le questionnaire médical actuellement utilisé dans le service des urgences n'est pas considéré comme approprié par la majorité des enseignants et présente des lacunes.

En effet, il est difficilement compréhensible par le patient : "certains termes sont trop spécifiques à la médecine et sont donc difficiles à comprendre pour le grand public."

"Malgré la longueur de ce questionnaire, celui-ci est incomplet et on n'y retrouve pas toutes les informations essentielles au bon déroulement de la consultation. Par exemple, la prise de

biphosphonates, l'ostéoporose, les chirurgies ORL ou ophtalmiques, le VIH, les addictions (alcool, drogues) ne sont pas mentionnés."

11.2.1.4. Amélioration de la prise en charge

Plusieurs axes de réflexion ont été mis en avant par les praticiens, notamment la volonté d'avoir une documentation facilitant la prise de contact, tels un questionnaire multilingue et des fiches de traduction pour les différentes étapes de la consultation (questionnaire médical, anamnèse, diagnostic, thérapeutique).

Ces fiches devraient idéalement être illustrées car les images sont un bon vecteur d'informations.

Pour faciliter la compréhension, ces fiches doivent être traduites phonétiquement. Le praticien pourra alors prononcer plus facilement les différentes phrases.

On note aussi le souhait de pouvoir passer plus de temps avec le patient allophone ou s'isoler avec le patient dans un box fermé pour plus d'intimité. Le bruit dans le service des urgences du centre hospitalier amplifie en effet les difficultés de compréhension.

11.2.1.5. Les langues à traduire

L'expérience des praticiens permet de faire la liste suivante de langues intéressantes à traduire (par ordre de priorité) :

- Roumain +++
- Anglais +++
- Arabe ++
- Espagnol +
- Chinois

11.2.1.6. Demandes particulières des enseignants

a) Concernant les soins

Les praticiens ont souligné l'importance d'aborder les points suivants avec les patients :

- l'étiologie de la douleur pour que le patient puisse comprendre l'intérêt du plan de traitement. Par exemple, un praticien a souligné l'importance de préciser que la pulpite provoque des douleurs car il s'agit d'une surpression dans une cavité inextensible.
- Le principe de l'anesthésie. Ceci permettrait d'éviter le refus ou la réaction anxiogène du patient lorsque celui-ci est confronté directement à la vue de l'aiguille.
- La volonté de les informer de la nécessité de poursuivre les soins.

b) En termes de prévention

L'échange avec le patient est également l'occasion de prodiguer des conseils de prévention.

Par exemple sur les sujets suivants :

- Brossage des dents : montrer le brossage des dents avec un modèle comme en pédodontie, ou donner des échantillons de dentifrice car dans la notice figure une démonstration du brossage dentaire.
- Faire des repas réguliers, éviter le grignotage, privilégier l'eau pure.
- Préciser au patient qu'en cas de cellulite, il est nécessaire de se rendre aux urgences si la tuméfaction s'étend, cette pathologie ayant un risque vital en l'absence de traitement.
- L'orienter vers un médecin si son état de santé semble problématique.

c) En termes de prise en charge

L'AME et l'existence de MSL sont plus ou moins bien connus par les enseignants. Leurs rôles ne sont pas clairs. Des confusions existent entre l'AME et la CMU-C par exemple. Il est donc nécessaire de formaliser une documentation permettant de préciser clairement les droits dont peut bénéficier le patient.

11.2.2. Entretien à Médecine Solidarité Lille (MSL) (62)

11.2.2.1. Présentation de MSL

Afin d'obtenir davantage d'informations et de comprendre le rôle de l'association Médecine Solidarité Lille, nous avons contacté un assistant social de cette structure.

Médecins Solidarité Lille (MSL) est une association loi de 1901, créée en 1996. Elle est composée de 25 personnes : six salariés et dix-neuf bénévoles. L'équipe est constituée de huit médecins généralistes, onze infirmières, un dentiste, deux assistants sociaux, deux pharmaciens et deux gynécologues.

La patientèle de MSL se compose principalement :

- De personnes françaises en situation d'exclusion. Mal informées, elles ne connaissent pas le rôle de la sécurité sociale. C'est le cas notamment des personnes travaillant de manière non déclarée pour lesquelles aucune ouverture de droits à la sécurité sociale n'a eu lieu.
- D'étrangers.

C'est principalement par le bouche à oreille que les patients sont orientés vers MSL.

En 2011, MSL a reçu 1907 nouveaux patients : 81% d'étrangers dont 33% ressortissants de l'Union Européenne.

Le travail du personnel de MSL n'est pas assisté par des traducteurs. L'échange avec le patient étranger s'effectue donc essentiellement par communication non verbale ou par le biais d'un proche du patient (ami, enfant...).

11.2.2.2. Objectifs de l'association MSL

MSL a été créée pour toute personne ayant des difficultés d'accès aux soins (migrants, personnes en situation d'exclusion).

Elle prodigue des soins et délivre des médicaments gratuitement. L'association aide également les patients à réaliser les démarches administratives complexes favorisant ainsi leur accès à une couverture sociale (CMU-C, AME, sécurité sociale de base).

Ainsi en 2011, parmi les personnes venues à MSL :

- 30% pouvaient prétendre à l'AME
- 26% prétendaient à la CMU-C
- 24% n'avaient aucun droit. MSL les prend alors en charge.
- 18% prétendaient à la sécurité sociale de base (travailleurs, étudiants (droits à la SMENO -LMDE))

En 2011, il y a eu 600 demandes pour l'AME et 300 demandes pour la CMU-C.

11.2.2.3. Les chiffres du dentiste de MSL

De janvier à octobre 2011, 380 patients ont été orientés à la faculté (la dentiste de MSL était en congés maternité).

En 1 mois, de novembre à décembre il y a eu 100 rendez-vous de consultation dentaire :

- 60 consultations d'urgence (ouvertures de chambre, prescription, bilan bucco dentaire, dévitalisation en cours).
- 18 avulsions.
- 16 actes d'hygiène.
- 4 soins conservateurs (dévitalisations achevées et soins de carie).
- 2 réparations de prothèses.

Pour les avulsions multiples, MSL oriente vers la faculté dentaire.

S'il y a besoin d'un stomatologue, les patients sont orientés à l'hôpital Salengro.

La présence du dentiste de MSL est actuellement de 3 demi-journées par semaine, trop peu compte tenu du nombre de patients. Les délais de prise en charge sont longs, uniquement sur rendez-vous, ce qui rend difficile la prise en charge en urgence.

11.2.2.4. Les actes prothétiques

Plusieurs problèmes sont mis en évidence concernant les réhabilitations prothétiques :

- Un remboursement trop faible par la sécurité sociale, contrairement aux soins conservateurs qui sont bien remboursés. Ceci explique les difficultés d'accès aux soins prothétiques par les patients.
- Les tarifs imposés par le panier de soins de la CMU-C sont trop faibles d'après les praticiens, malgré la revalorisation des prestations en 2006. Le praticien libéral doit assurer l'équilibre financier de son activité en tenant compte de l'existence de tarifs négociables collectivement pour une partie de cette activité et des fondements déontologiques de sa pratique qui l'obligent à prodiguer des soins conformes aux données acquises de la science quelle que soit la solvabilité financière des patients. Le mécanisme de la prise en charge des patients bénéficiaires de la CMU-C fait supporter une partie du coût de cette prise en charge par les praticiens. En effet, les tarifs de prise en charge ne reflètent pas toujours leur coût réel puisque le chirurgien-dentiste travaille en collaboration avec des prothésistes et des fournisseurs pratiquant des prix variés.

L'équilibre entre les actes pris en charges et les actes hors nomenclature, qui ne sont pas accessibles à tous, permet de compenser le déficit de rentabilité induit par les soins de base.

(33)

Un autre constat fait par un article du périodique *l'Information Dentaire* est que certains patients CMU-C ne feraient pas d'effort de prévention, ni même de soins. Ils manqueraient leurs rendez-vous, faute de motivation et abandonneraient les soins parce qu'ils seraient désocialisés ou parce qu'ils feraient face à des difficultés financières. (63) C'est pourquoi certains praticiens refusent de prendre en charge les patients bénéficiaires de la CMU-C découragés par les soins prodigués. Or ceci va à l'encontre du serment d'Hippocrate, des lois et de l'éthique. (33)

11.2.2.5. *Ce qu'il faut retenir*

Au CHRU, si un patient sans protection sociale se présente, il faut l'orienter vers MSL :

- afin qu'il soit aidé pour les démarches administratives,
- pour une délivrance gratuite de médicaments,
- pour la réalisation des soins conservateurs, de réparation de prothèse et de couronne provisoire (réalisés gratuitement).

Si par exemple la prothèse amovible d'un patient sans couverture sociale est fracturée mais réparable, il faut adresser le patient à MSL muni d'un courrier pour que le dentiste procède gratuitement à la réparation.

Concernant la prothèse fixée, MSL ne réalise gratuitement que des couronnes provisoires, dans le but de protéger la dent jusqu'à obtention d'une couverture médicale. Une fois celle-ci acquise, le patient pourra éventuellement réaliser la prothèse fixée définitive en ville ou au CHRU.

Ceci permet de dresser le schéma récapitulatif suivant :

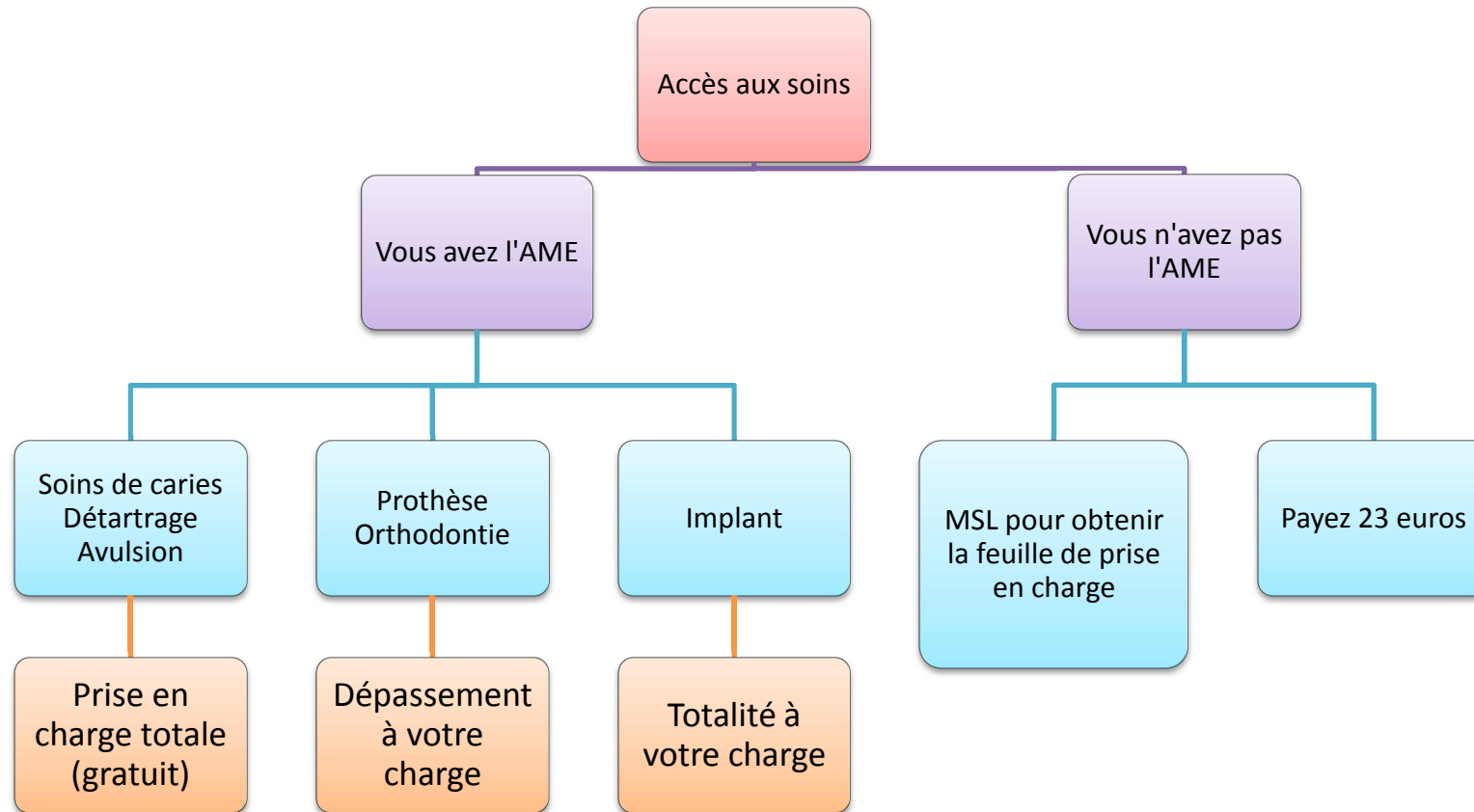


Figure 5 : schéma récapitulatif sur l'AME

11.3. Notions de culture médicale

11.3.1. Côté migrants

Dans l'entretien avec les praticiens du CHRU des urgences, la notion de "culture" a été plusieurs fois évoquée, c'est pourquoi il paraît essentiel de la définir.

La culture est "un mode de vie et un ensemble de réponses à l'environnement partagé par les membres d'un même groupe. Son évolution est donc continue puisqu'elle peut changer en fonction de l'environnement, d'où la capacité d'adaptation de l'individu à un nouveau milieu."

Il s'agit d'idées, de valeurs, de comportements appris par notre entourage, nos parents, nos amis, etc. et partagés par un ensemble d'individus. On peut donc parler de la culture comme étant un héritage. (2) (22)

La culture est aussi associée aux connaissances et aux croyances vis-à-vis de la santé, de la maladie et du bien-être.

L'approche de la médecine est différente selon la culture. Le migrant se retrouve face à des institutions, des mœurs qu'il ne connaît pas encore. Il n'a plus de repères.

De ce fait, les interventions qu'il ne comprend pas en matière de médecine peuvent être perçues par le migrant comme étant des outils d'acculturation et de domination, d'où l'importance de prendre en compte la culture, l'histoire, la perception et les particularités des patients.

Les patients se plaignent de ne pas être pris au sérieux. Cette frustration envers le système de soins peut contraindre certains à recourir à des "guérisseurs ethniques" au sein de leur propre communauté. (64)

Le fait de changer de pays, implique également un changement important des habitudes de vie du migrant et du mode d'utilisation des services.

Certains critères de participation peuvent paraître rébarbatifs pour plusieurs, notamment l'assiduité et la ponctualité, deux notions caractérisant plutôt le mode de vie occidental.

Pour plusieurs migrants, s'il est normal et naturel de se rendre chez le médecin ou à l'hôpital, il l'est beaucoup moins d'avoir recours aux services sociaux, car c'est reconnaître

publiquement que l'on a des problèmes. Certains migrants n'osent donc pas se rendre à MSL car, dans leur culture, ils considèrent que c'est une honte. (65)

Les migrants ont des aprioris sur les services sociaux et de santé, ayant un impact certain quant à leur utilisation. Ils s'attendent à ce que leurs problèmes ne soient pas compris par les intervenants des services sociaux et redoutent de ne pouvoir être aidés de façon adéquate. Certains craignent de rencontrer des attitudes discriminatoires, que les lieux de certaines institutions où sont offerts des services soient peu hospitaliers, froids et impersonnels. (65) (66)

Les représentations des référentiels, des façons d'agir, de réagir sont différentes en fonctions des populations, ayant des conséquences sur le comportement d'observance, la notion de l'urgence et l'assiduité du suivi.

Aussi les conditions de précarité de certains rendent difficile la perception du risque et ils se préoccupent moins de leur état de santé. (67)

Ceci permet d'expliquer pourquoi les patients migrants ne consultent que rarement, le plus souvent en urgence.

11.3.2. Côté praticiens

Il existe une tendance soit au déni de la culture de l'autre, soit à une interprétation fondée sur des préjugés, pouvant aboutir à des généralisations. Le "syndrome méditerranéen" en est un bon exemple : il désigne un comportement d'exagération des symptômes de la part d'un patient, et ce, du fait de ses origines, et de sa culture. Les préjugés et les stéréotypes sur des groupes ethniques, liés le plus souvent à des événements historiques marquants, risquent de compromettre la prise en charge de certains patients. (2) Notre perception peut être modifiée lorsqu'un des concepts corollaires aux notions de culture et d'ethnicité est mis en question.

Or le praticien doit conserver une attitude ouverte et neutre face à ses interlocuteurs et ne doit pas se laisser influencer par des préjugés ou des généralités sur les migrants. (68)

Des malentendus surviennent certes parce que les praticiens et les patients ne parlent pas la même langue, mais aussi parce qu'ils ont des références, des valeurs, et des attentes

différentes. Ainsi les "bonnes pratiques" s'appuient sur la notion de "compétence culturelle" ou "d'adaptation culturelle". (64)

Il est important de comprendre que les expressions de la douleur et de la souffrance peuvent varier d'une culture ou d'un groupe social à l'autre. (51) Selon la culture mais surtout selon l'éducation, la douleur va être soit intériorisée soit amplifiée, rendant difficile l'interprétation de cette douleur par le praticien. (69)

Les difficultés de communication relèvent à la fois du registre linguistique mais aussi culturel. Une communication non verbale s'établit également par des regards et une gestuelle pendant la consultation.

L'établissement d'une véritable relation patient-praticien semble périlleux sans cet outil majeur qu'est la communication verbale et non verbale. (67)

11.4. Choix des langues traduites

Les langues qui se révèlent prioritaires dans les consultations avec les patients allophones sont l'anglais, l'arabe et le roumain.

11.4.1. L'anglais

L'anglais est la troisième langue la plus parlée au monde après le chinois et l'espagnol. C'est une langue internationale. Elle constitue la langue la plus apprise et étudiée à travers le monde. C'est la plus utilisée sur internet. Elle est la seconde langue officielle au sein de très nombreux états.

Historiquement, la colonisation britannique a imposé l'anglais comme langue administrative dans toutes ses colonies. La prédominance de l'anglais a remplacé celle du français au XX^{ème} siècle, suite aux deux guerres mondiales et au renforcement du poids politique et économique des Etats-Unis. Du fait de la mondialisation des échanges commerciaux et technologiques, dominés par de grandes puissances, le Royaume-Uni et les Etats-Unis en particulier font de l'anglais la langue incontournable.

Maurice Pergnier, professeur émérite dans le domaine de la linguistique théorique et appliquée, considérait que (70) "La suprématie socio-économique des Etats-Unis, d'où découle une puissante hégémonie culturelle, a fait de l'anglais, en quelques décennies, la langue de communication universelle incontestée. Il n'y a guère de précédents (...) si on excepte le cas (...) du latin, de la fin de l'Antiquité à la Renaissance".

D'après le site internet de British Council (71), 375 millions d'individus parlent anglais en première langue, 375 millions de personnes en seconde langue et 750 millions environ en tant que langue étrangère.

L'anglais, même à des niveaux de connaissances différents, est une valeur sûre pour échanger avec les patients allophones de toutes origines.

11.4.2. L'arabe

Les arabes sont un groupe ethnique qui s'identifie par des liens linguistiques et culturels. Cette population se répartit sur une vaste zone qui s'étend de l'Oman à la Mauritanie. (72)

Comme vu dans la partie sur l'immigration en Nord-Pas-de-Calais (3.3), la population étrangère la plus représentée est originaire d'Afrique du nord, majoritairement marocaine et algérienne. Il semble donc important de réaliser des fiches de traduction en arabe.

Afin de faciliter la compréhension à la fois par le praticien et par le patient, le choix s'est porté sur l'arabe dialectal et non sur l'arabe littéraire.

L'arabe dialectal est un arabe compris dans tout le nord de l'Afrique, population qui nous intéresse principalement. Il existe plusieurs dialectes selon le pays d'origine de l'Afrique du Nord, mais ayant des ressemblances phonétiques, une compréhension est possible. Il s'agit d'une langue orale, elle ne s'écrit donc pas usuellement. Elle n'est pas apprise à l'école, le choix de ce dialecte permet d'être compris par tous, y compris par les personnes n'ayant pas été scolarisées.

L'arabe littéraire appris à l'école est considéré comme la langue de "l'élite". Elle s'écrit en alphabet arabe, est impossible à prononcer pour un praticien ne connaissant pas leur alphabet et nécessite un apprentissage. Nous n'avons donc pas retenu la traduction dans cette langue.

Les fiches ont donc été traduites en arabe dialectal. Elles sont écrites en phonétique avec un alphabet latin, ce qui est un avantage pour le praticien s'il veut prononcer certaines phrases, notamment si le patient est analphabète. Si la prononciation du praticien n'est pas fidèle, elle sera néanmoins suffisante pour être comprise. L'arabe dialectal présente également l'avantage de se lire de gauche à droite comme les langues latines, ce qui sera moins perturbant pour le praticien.

Si quelques différences existent entre les dialectes algérien, tunisien et marocain, elles sont minimes. Dérivé de l'arabe littéraire, les dialectes ne s'en éloignent que par une prononciation différente des voyelles et de certaines lettres, ou par des tournures et des mots spécifiques à chaque dialecte. Ces différences ne devraient pas perturber la compréhension. Dans les fiches, la base de traduction est le marocain.

En parlant lentement et en prononçant toutes les lettres, la personne peut comprendre, mais l'idéal serait que le patient lise lui-même. S'il peut lui paraître étrange que cette langue soit retranscrite et si les dialectes entre chaque pays Nord Africain diffèrent, d'après les traducteurs de l'arabe, le patient pourra néanmoins comprendre par déduction.

11.4.3. Le Roumain

Comme vu précédemment (3.3) de nombreux roumains ont immigré en France ces dernières années, c'est pourquoi il semble important de traduire la documentation dans cette langue.

Le roumain est au cinquième rang des langues européennes quant au nombre de locuteurs, après l'espagnol, le portugais, le français et l'italien. Il est couramment parlé par environ 24 millions de locuteurs et compris par plus de 28 millions, principalement en Roumanie et en République de Moldavie. (73)

La majeure partie du vocabulaire roumain de base est directement issue du latin (60 % à 65 % du vocabulaire total). 30 % à 35 % des mots sont d'origine slave, et certains mots ont été empruntés au hongrois, à l'allemand, au grec et au turc pendant le Moyen Âge et la Renaissance. Des mots français et allemands modernes ont enrichi cette langue entre 1850 et 1950 et des mots anglais y ont été intégrés depuis 1950.

L'orthographe du roumain est, comme l'italien, très simple, car presque phonétique : le plus souvent à chaque phonème correspond une lettre. (74)

Certaines lettres de l'alphabet roumain n'existe pas en français tel que : ă, ș, ț.

Toutes les lettres d'un mot se prononcent. Il existe quelques particularités de prononciation avec le " ă ", le " â ", et le " î ", ils sont tous les trois relativement proche du son "eu" en français. Si un roumain fera la différence entre ces sons, les nuances sont peu perceptibles pour un français.

Le " ci " se prononce " tchi ", les " e " se prononce " é ", le " ș " se prononce " ch ", le " ț " se dit " tse ", les " țin " se disent " tsi ", enfin les " u " se prononcent " ou ".

Une autre particularité est que la langue roumaine comporte un vocabulaire plus précis pour le mot « dent » : la langue roumaine associe un terme à sa localisation dans la bouche. Le mot "dinte" signifie les dents maxillaires et mandibulaires antérieures, c'est-à-dire de canine à canine. Tandis que les dents postérieures (pré-molaires et molaires) se traduisent par "molar" ou "măsea".

Depuis 2007, avec l'ouverture des frontières, de nombreux Roumains se sont installés dans le Nord-Pas-de-Calais. Nombre d'entre eux seraient Roms.

78% des patients bénéficiaires de MSL sont d'origine Roumaine.

Le terme Rom ne recouvre pas la nationalité Roumaine. En effet, on trouve des Roms dans toute l'Europe. Certains viennent de Bulgarie et des pays de l'ex-Yougoslavie.

A l'origine, les Roms étaient désignés comme étant les tsiganes de l'Europe centrale et orientale; les gitans ceux de la péninsule ibérique.

Les Roms parlent deux langues, celle du pays d'où ils proviennent et le romani mais divers dialectes existent et il s'agit d'une langue orale. Le terme "rom" est un terme de leur propre langue signifiant "être humain". Comme à Lille, la plupart sont roumains, notre choix s'est porté sur cette langue.

11.4.4. Autres langues

Les trois langues évoquées précédemment constituent une première étape dans la création de ces outils. Elles nous permettent de satisfaire la majorité des cas.

Dans un second temps, il pourrait être envisagé d'étendre ce travail à d'autres langues comme l'espagnol, le russe, le polonais, le chinois, le bulgare. Ces différentes langues pourraient en effet être utiles au CHRU.

11.4.5. Les Interprètes

Il est possible de faire une demande d'interprète au CHR. Ce sont des personnes qui se portent volontaires pour aider à la prise en charge de personnes allophones. Cependant, il est nécessaire de prendre rendez-vous pour que celui-ci puisse se déplacer. Or, au CHRU nous recevons cette population principalement en urgence, il n'est donc pas possible de prévoir une rencontre à l'avance.

Pour ces raisons, il semble utile de disposer de moyens permettant d'agir dans l'urgence.

Nous avons tenté de prendre contact avec les interprètes du CHR, afin de leur demander une certification des fiches traduites et pour les traduire dans d'autres langues. Cette prise de contact fut difficile. Très peu ont répondu. Leur numéro était payant et ne permettait pas de joindre l'interprète en personne. Les personnes "intermédiaires" nous questionnaient concernant la rémunération et affirmaient que l'interprète refuserait certainement de réaliser ce travail à titre bénévole.

Les personnes ayant traduit les fiches sont des personnes entièrement bilingues, l'ayant fait bénévolement, et dont nous pouvons certifier les connaissances. Il s'agit d'un professeur d'anglais, et de personnes originaires du Maroc et de Roumanie parlant couramment le français. Certains n'ont pas de connaissances médicales. Des équivalents aux termes médicaux complexes ont donc été trouvés.

11.5. Test des fiches sur patients bilingues

Les fiches ont premièrement été testées avec des personnes bilingues. Le seul problème était pour l'arabe : selon l'origine des personnes qu'elle soit marocaine, algérienne, iranienne, certaines phrases n'avaient pas de sens et les personnes pouvaient reconnaître

facilement l'origine du traducteur. Pour toucher la population la plus représentée parmi les pays arabes, c'est un dialecte marocain qui a été choisi.

11.6. Test des fiches sur patients allophones

Les fiches ont ensuite été testées avec des patients allophones par le dentiste de MSL.

D'après lui, les fiches ont parfois été très utiles pour les patients allophones qui n'étaient pas accompagnés par une personne maîtrisant la langue française.

Les fiches fonctionnent. Cependant, quelques difficultés ont été rencontrées : beaucoup de patients sont analphabètes. Lorsque le praticien a tenté de lire les fiches dans la langue du patient, il a parfois fait face à des incompréhensions liées aux difficultés de prononciation, ou un dialecte un peu différent.

La démarche est très bien perçue par les patients : le fait d'essayer de parler leur langue établit un lien de sympathie pendant la séance, créant ainsi une diversion, et permettant au patient d'être moins focalisé sur sa douleur et son stress.

D'après le dentiste de MSL, l'étendue et la diversité des questions permettent de répondre à toutes les situations rencontrées.

Les fiches ne sont donc pas infaillibles mais permettent de mettre en confiance le patient en instaurant un échange au cours de la séance de soin. Le patient appréciera l'effort de rechercher à s'exprimer dans sa langue, rendant le centre de soins plus hospitalier pour ces personnes. Le consentement du patient sera plus simple à obtenir, diminuant les refus de soins et/ou les avulsions automatiques.

12. Constitution des fiches

12.1. *Contenu des fiches (cf annexe 1)*

12.1.1. *Questionnaire médical: questions +/- fermées*

Suite aux entretiens et aux demandes des enseignants, nous avons décidé de modifier le questionnaire médical actuellement délivré au CHRU. En effet, il est incomplet sur certains points : les greffes, le VIH, l'ostéoporose, les biphosphonates, les toxicomanies, les addictions à l'alcool, aux drogues ne sont pas mentionnés.

Le questionnaire médical actuel comporte des termes médicaux trop spécifiques pour le patient. Par exemple l'angine de poitrine est parfois assimilée par le patient à des maux de gorge.

Le questionnaire est composé de questions majoritairement fermées, de manière à éviter d'être face à un discours qu'on risque de ne pas comprendre. Cependant, il est impossible de fermer toutes les questions car le panel des pathologies est beaucoup trop vaste.

A la fin du questionnaire médical, il est demandé au patient "Avez-vous la possibilité de venir avec un accompagnant capable de traduire au prochain rendez-vous ?". En effet, en cas de difficultés majeures de communication ou d'un problème grave, nous avons suggéré d'introduire cette question afin de faciliter la transmission de l'information dans le cas où aucun interprète ne serait disponible lors d'un rendez-vous ultérieur. Ceci pose le problème du respect de la confidentialité, mais n'est-il pas préférable de réduire les erreurs médicales au minimum ?

Si le patient est analphabète, nous sommes obligés de lui poser les questions verbalement, c'est pourquoi un petit questionnaire avec les questions essentielles sur son état de santé est présent dans la partie "vocabulaire" des fiches.

- Avez-vous des problèmes de santé ?
- Prenez-vous des médicaments ?
- Avez-vous des allergies ?

Il serait possible de laisser le patient repartir avec le questionnaire médical dans sa langue, pour qu'il revienne au prochain rendez-vous avec la fiche remplie. Ceci serait

particulièrement utile pour les patients analphabètes ou ceux ayant des difficultés de compréhension du questionnaire. Ils auraient ainsi la possibilité de le compléter avec l'aide d'une personne de leur entourage capable de comprendre le questionnaire. L'inconvénient est que le secret médical n'est pas respecté, mais comme dit précédemment, cet écueil n'est-il pas préférable à une erreur médicale ?

12.1.2. L'examen clinique

12.1.2.1. L'anamnèse

Dans l'anamnèse, on recherche le motif de consultation. La question est ouverte, le but est de pouvoir repérer la zone douloureuse montrée par le patient.

Certaines questions portent sur l'ancienneté de la douleur afin de pouvoir déceler le caractère plus ou moins urgent de la pathologie. La question est fermée, différentes durées sont proposées.

On recherche les circonstances de la douleur pour savoir si elle est spontanée ou provoquée. Si tel est le cas, nous recherchons le facteur déclenchant, à savoir le froid, le chaud, ou la mastication.

Il s'agit de s'informer de la prise éventuelle d'un traitement et de savoir si la douleur a été soulagée.

Les patients allophones viennent le plus fréquemment avec un motif de consultation d'urgence, souvent en dernier recours car ils appréhendent la rencontre avec le soignant en raison de la barrière de la langue. Les fiches de traduction se composent donc de phrases souvent employées par le chirurgien-dentiste à propos de pathologies rencontrées en urgence.

Afin de réaliser une anamnèse correcte, des phrases types sont répertoriées dans les fiches et traduites dans les différentes langues. L'anamnèse permet de rechercher les informations indispensables à l'élaboration d'un diagnostic.

12.1.2.2. Les tests

Les fiches comportent les différents tests usuels utilisés par le praticien pour établir un diagnostic.

Il s'agit du test "au froid", "à la percussion", "à la palpation des tables osseuses" et du "test de morsure". Dans les fiches, les phrases traduites sont toujours accompagnées de leur correspondance en français pour faciliter le repérage.

Certaines phrases concernent les actes les plus fréquemment effectués par le praticien, permettant ainsi d'expliquer au patient notre démarche et d'obtenir des réponses à nos questions. Il est par exemple nécessaire de prévenir le patient avant l'application du cryospray, afin d'une part qu'il ne soit pas surpris et d'autre part de lui expliquer le but de ce test.

Le vocabulaire a été vulgarisé volontairement afin d'être compréhensible par tous.

12.1.3. Le Plan de traitement

12.1.3.1. Diagnostic et soins à réaliser

Les diagnostics et les traitements les plus fréquents sont abordés. La terminologie des pathologies (pulpite, cellulite,...) reste en français dans les fiches traduites pour un repérage plus rapide par le praticien.

Dans la partie "plan de traitement", les fiches permettent d'expliquer au patient l'état de la situation, l'acte préconisé et d'en expliquer les raisons. Par exemple, il est important d'expliquer au patient pourquoi on diffère l'avulsion. De même, on insiste sur la nécessité de se rendre aux urgences en cas d'extension d'une cellulite. Il est nécessaire d'informer le patient de la possibilité de soigner la dent au lieu de l'extraire. Lors d'une ouverture de chambre, il est nécessaire d'insister sur la nécessité de terminer le soin.

Le but est d'obtenir le consentement éclairé du patient en lui transmettant l'information nécessaire, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui

stipulent que "le recueil du consentement éclairé est partie intégrante du soin apporté au malade" et que "le praticien doit s'assurer que le malade en a bien compris les termes."(3)

Dans cette partie "plan de traitement", certaines informations sont spécifiques à l'organisation du centre de soins dentaire de Lille. Il s'agit :

- d'informer le patient des horaires du service des urgences.
- de l'informer des honoraires et de la prise en charge des soins prothétiques.

12.1.3.2. Orientation des patients

L'orientation vers MSL pour les patients sans couverture sociale fait aussi partie du plan de traitement car le praticien a un devoir d'orientation du patient. L'objectif est de lui permettre d'obtenir gratuitement les médicaments prescrits, de faire réparer sa prothèse amovible le cas échéant mais aussi de favoriser à terme son accès à une couverture médicale.

L'adresse de MSL, un plan d'accès, la station de métro la plus proche ainsi que le numéro de téléphone figurent sur ces fiches.

Un schéma explicatif permet d'expliquer au patient bénéficiaire de l'AME les conditions de prise en charge en matière de soins dentaires.

12.1.3.3. Les prescriptions

La posologie, les moments de prise du médicament figurent dans les fiches. Des images permettent d'illustrer le texte pour une meilleure compréhension.

Selon la loi, les prescriptions, certificats et attestations sont rédigés par le chirurgien-dentiste en langue française, une traduction dans la langue du patient peut être remise à celui-ci. (3)

12.1.3.4. Conseils post-extraction

Les recommandations consécutives aux avulsions : ne pas fumer, ne pas boire d'alcool, manger tiède, sont illustrées par des images afin d'améliorer la transmission de l'information.

La prescription du paracétamol est détaillée, ainsi que celle du bain de bouche.

Il est précisé au patient de faire attention au risque de morsure au niveau de la zone anesthésiée. La nécessité de comprimer le site pendant quelques minutes est également mentionnée.

12.1.4. Vocabulaire d'accueil du patient

Une liste de vocabulaire permet d'établir le premier contact avec le patient afin de l'accueillir le mieux possible. Il s'agit de lui expliquer le déroulement de la consultation et de prodiguer quelques conseils de prévention. Certaines phrases, fréquemment utilisées lors des consultations, telles que "asseyez-vous", "ouvrez/fermez la bouche" n'ont pas été intégrées aux fiches car le praticien aura davantage tendance à procéder par mimes, la recherche de la traduction risquant par ailleurs d'être excessivement chronophage.

Comme dit précédemment, un questionnaire médical minimal a également été intégré. En effet, si la traduction ou la prononciation s'avère trop complexe, notamment avec les patients analphabètes, trois questions ont été introduites : Avez-vous des problèmes de santé ? Prenez vous des médicaments ? Avez-vous des allergies ?

Il est aussi demandé aux patients asthmatiques de ramener leur Ventoline.

12.2. Répartition des fiches au CHRU

L'idéal serait que le questionnaire médical traduit en langue étrangère soit donné au patient dans la langue correspondante au bureau des entrées.

Le patient, s'il est lettré, aurait ainsi le temps de le compléter en salle d'attente.

Les fiches traduites comportant l'anamnèse, l'examen clinique, les tests, le plan de traitement, les conseils post avulsion, les prescriptions, l'orientation des patients sans couverture sociale et le vocabulaire resteraient en salle clinique à l'usage des praticiens.

13. Les difficultés

Plusieurs difficultés ont été rencontrées :

- Pour réaliser les fiches, il a fallu simplifier le langage scientifique afin, d'une part, que le patient soit réceptif aux informations et d'autre part que les traducteurs puissent effectuer ce travail bien qu'ils ne possèdent aucune connaissance du vocabulaire médical.

Le plus difficile pour les traducteurs fut le questionnaire médical en raison de la spécificité du vocabulaire. Il a fallu adapter certains termes tels que glaucome, anticoagulant, syncope, antécédent d'endocardite infectieuse, ceux-ci n'étant pas compris par tous les traducteurs. Ils ont donc été traduits par leur définition à savoir : hypertension de l'œil, médicaments pour fluidifier le sang, malaise, antécédent d'infection bactérienne des valves cardiaques.

- Satisfaire toutes les demandes des enseignants sans trop alourdir les fiches, un compromis a été fait.
- Trouver des traducteurs.
- Réduire le volume des fiches pour ne garder que l'essentiel.
- D'après le compte-rendu des entretiens, un problème non résolu reste celui du médicament, non connu, prescrit dans le pays d'origine du patient.
- La langue la plus délicate à traduire fut l'arabe. En effet, l'alphabet arabe est différent de l'alphabet latin, il est donc difficile à comprendre pour le praticien. C'est pourquoi nous avons choisi de retranscrire cette langue en phonétique afin d'en faciliter la lecture. De plus l'arabe dialectal est adapté à toutes les classes sociales.

14. Conclusion

Ce travail a pour volonté principale de tenter de mettre notre pratique en adéquation avec nos obligations déontologiques, éthiques, médicales, et législatives. Les fiches de traduction n'ont pas pour prétention de résoudre toutes les difficultés de communication entre patients allophones et praticiens, et la création d'outils plus performants semble s'imposer, notamment pour les patients analphabètes, en raison des difficultés de prononciation. Toutefois, ces fiches constituent une tentative d'amélioration de leur prise en charge. Elles permettent d'éviter des erreurs médicales et de diagnostics et rassurent praticien et patients en leur ouvrant une possibilité de soins plus vaste. Par ailleurs, elles visent à favoriser les consultations à titre préventif, espérant ainsi amener ces personnes à s'inscrire dans un parcours de soins en vue d'aboutir à une réhabilitation bucco-dentaire complète. Elles ont également pour objectif d'orienter le patient vers les structures sociales adaptées, créant ainsi un véritable partenariat entre les différentes institutions les prenant en charge.

D'après les tests réalisés à MSL, le simple fait d'essayer de communiquer dans la langue du patient crée d'emblée un climat de confiance. Ces fiches ont donc une importance symbolique majeure et permettent de réduire l'anxiété de ces patients.

Si elles ne sont pas infaillibles, elles peuvent toutefois servir de base à des outils plus perfectionnés. Dans ce travail, seules les langues les plus fréquemment rencontrées au CHRU ont été traduites mais l'élaboration de fiches en d'autres langues pourrait également s'avérer utile.

15. Bibliographie

1. Insee-Population- Immigrés en Nord-Pas-de-Calais : une implantation liée à l'histoire économique. *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques*. 02 2011. [Consulté le : 12 11 2013.] http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=19&ref_id=17070.
2. Battaglini, Sylvie Gavel- Alex. *Culture, santé et ethnicité vers une santé publique pluraliste. Régie Régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-Cente*. 2000.
3. Delprat, Alain Bery- Laurent. *225 Le conseiller Juridique pour tous. Droits et Obligations du chirurgien-dentiste.424p*. s.l. : du puits Fleuri, 2006.
4. Amélie.fr. *L'aide médicale de l'État*. L'assurance maladie, 23 09 2013. [Consulté le : 15 03 2014.] <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-ame.php>.
5. ONCD : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. *Consulter le Code de déontologie*. [Consulté le : 15 01 2014.] www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr.
6. Insee- Définitions et méthodes-Etranger . *Institut national de la statistique et des études économiques*. [Consulté le : 15 10 2013.] <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/etranger.htm>.
7. Insee - Définitions et méthodes - Nationalité. *Institut national de la statistique et des études économiques*. [Consulté le : 15 10 2013.] <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/nationalite.htm>.
8. Insee - Définitions et méthodes - Naturalisation. *Institut national de la statistique et des études économiques*. [Consulté le : 15 10 2013.] <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/naturalisation.htm>.
9. Européens en France- Service- public.fr. *Service-Publique.fr. Le site officiel de l'administration française*. [Consulté le : 02 11 2013.] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N123.xhtml>.
10. Legifrance.gouv.fr. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. *Chapitre Ier : Droit au séjour.Article L121-1*. 16 09 2006. [Consulté le : 20 03 2014.] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006334969&idSectionTA=LEGISC TA000006147746&cidTexte=LEGITEXT000006070158>.
11. Etranger en France : documents nécessaires pour entrer en France. *Service- Public.fr*. 02 10 2013. [Consulté le : 10 02 2014.] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2672.xhtml>.

12. Le Figaro.fr. *Roumains et Bulgares pourront venir travailler librement dès le 1er janvier 2014*. Le Figaro, 24 09 2013. [Consulté le : 08 01 2014.] <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/09/24/01016-20130924ARTFIG00670-roumains-et-bulgares-pourront-venir-travailler-librement-des-le-1erjanvier-2014.php>.
13. Citoyen européen ou suisse en France : droit au travail-Service-public.fr. *Service- Public.fr. Le site officiel de l'administration française*. 17 02 2014. [Consulté le : 10 03 2014.] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2739.xhtml>.
14. Service-public.fr. Demande de visa de court séjour Schengen ou de visa long séjour pour la France. 07 10 2013. [Consulté le : 02 02 2014.] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16163.xhtml>.
15. Service- Public.fr. *Autorisation de travail : étrangers concernés et dépôt de la demande*. 01 01 2014. [Consulté le : 15 01 2014.] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2729.xhtml>.
16. Migration conseil expert en droit des étrangers en France. *Employeurs : taxes Ofii pour l'embauche d'un salarié étranger*. 01 03 2013. [Consulté le : 15 01 2014.] <http://migration-conseil.fr/taxes-ofii-embauche-d-un-salarie-etranger>.
17. Olivera, Martin. *Roms en (bidon) villes*. Paris : Rue d'Ulm/ Presses de l'école normale supérieure, 2011.
18. Service-Public.fr. *Étranger salarié en France : obligation de détenir une autorisation de travail*. 01 01 2014. [Consulté le : 15 01 2014.] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2728.xhtml>.
19. Service-Public.fr. *Contrat d'accueil et d'intégration : étrangers concernés*. 28 08 2012. [Consulté le : 15 01 2014.] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F17048.xhtml>.
20. La Toupie. *"Toupictionnaire" : le dictionnaire de politique*. Immigration, immigré. [Consulté le : 15 01 2014.] <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Immigration.htm>.
21. Insee-Définitions et méthodes- immigré. *Institut national de la statistique et des études économiques*. [Consulté le : 15 01 2014.] <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/immigre.htm>.
22. Noiriel, Gérard. *Etat, nation et immigration. Vers une histoire du pouvoir*. s.l. : Belin, 2001.
23. chronologie : histoire de l'immigration en dates. *Vie Publique Au coeur du débat public*. [Consulté le : 05 12 2013.] <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-immigration/chronologie-immigration/>.

24. Insee. *Tableaux détaillés. Résultats du recensement de la population 2009*. [Consulté le : 18 06 2013.]
<http://www.recensement.insee.fr/tableauxDetailles.action?zoneSearchField=LILLE&codeZone=59350-COM&idTheme=9&idTableauDetaille=25&niveauDetail=1>.
25. Thomas, Millot. Lille : les maires de la métropole se réunissent autour de la question des Roms. 02 10 2013. [Consulté le : 10 02 2014.] <http://nord-pas-de-calais.france3.fr/2013/10/02/lille-les-maires-de-la-metropole-se-reunissent-autour-de-la-question-des-roms-329645.html>.
26. UMVF Universitaire médicale virtuelle francophone. *Item 102 : Pathologie infectieuse chez les migrants*. [Consulté le : 09 12 2013.] <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/campus-numeriques/campus-cours-c/pathoinfectieuse/site/html/1.html>.
27. Denis, Mechali. *Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique*. In : *Revue européenne de migrations internationales*. Vol. 6 N°3. pp. 99-127.
28. Livret de santé bilingue, livret remis aux étrangers, de l'Inpes, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé. 12 2005. [Consulté le : 15 01 2014.]
<http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=948&order=undefined>.
29. Patureau, Vincent-Pierre Comiti et Jacqueline. La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. *L'accès aux soins et la santé des migrants. Dossier Immigration et Intégration*. 129 137p. 2005.
30. Marie, Mondoux. Communiquer avec des patients de langue étrangère. *Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins. travail de Bachelor : sous la direction de Marie-Noëlle Quinodoz, promotion 2007-2010 : Sous la direction de : Marie-Noëlle Quinodoz*. Fribourg : Haute Ecole de Santé, Filière soins infirmiers, le 5 juillet 2010.
31. Alice, Mathieu. «Prise en charge des patients migrants en médecine générale (étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants)». *Thèse*. Canada : s.n., 2011. Vol. 83 p.
32. Migrants/étrangers en situation précarité PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHO-SOCIALE. France . *COMEDE*. 2008.
33. L'information dentaire. *Précarité*. id, 2009, Vol. 91, 33.
34. Présentation de la CMU de base . *Présentation des dispositifs d'aide*. [Consulté le : 14 02 2013.]
www.cmu.fr/cmu-de-base.php.

35. Presentation de la CMU-C. *Présentation des dispositifs d'aide*. [Consulté le : 14 02 2013.]
<http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>.
36. Service-Public.fr : Le site officiel de l'administration française. *Aide médicale de l'Etat (AME): bénéficiaires et prestations*. 18 08 2012. [Consulté le : 28 01 2013.] <http://vosdroits.service-public.fr/F3079.xhtml>..
37. Legifrance.gouv.fr. *Décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'Etat et modifiant le décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié pris pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'as*. [Consulté le : 27 02 2014.]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000261448&dateTexte&categorieLien=id>.
38. L'assurance Maladie. Ameli.fr. *Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé*. 12 02 2014. [Consulté le : 20 02 2014.] <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante/objectif-et-avantages-de-l-acq.php>.
39. Le site internet de l'accès aux soins dentaires pour les plus démunis. *L'accès aux soins bucco-dentaires droits pour les personnes démunies?* [Consulté le : 15 12 2013.]
http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/afficher.php?id=32&id_p=1&ti=Aide%20suppl%C3%A9mentaire%20ponctuelle%20de%20la%20OCPAM%20%20%20%20.
40. Le site internet de l'accès aux soins dentaires pour les plus démunis. *Récapitulatif : Tableau des dispositifs de protection sociale : Conditions d'accès et prise en charge*. [Consulté le : 13 12 2012.]
[http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/..](http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/)
41. cmu. couverture maladie universelle. Actualités. *Les plafonds d'attribution*. 16 06 2013. [Consulté le : 25 06 2013.] <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>..
42. Pirna, Dirigé par Philippe. *L'éthique en médecine bucco-dentaire*. 240p. s.l. : Espace id Presse Edition Multimédia, 2012.
43. Barrère, Graciela. Mémoire. La santé et le droit de l'immigration. *Une perspective comparative du Canada et de la France*. s.l. : Faculté de droit, mai 2006.
44. Legifrance.gouv.fr. *Code de santé publique, partie législative*. [Consulté le : 14 02 2013.]
www.legifrance.gouv.fr.

45. ONCD Ordre National des chirurgiens dentistes. . *Consulter le code de déontologie*. [Consulté le : 16 12 2012.] <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>.
46. A., Veluire. *Données pratiques sur le consentement éclairé. Droit, Déontologie et soins* 6 (4): 536-543. 2006.
47. HAS, Haute Autorité de Santé. *Délivrance de l'information à la personne*. [Consulté le : 15 02 2014.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf.
48. Journal officiel de la République Française. *Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*. 31 juillet 1998. Vol. Titre I, chap 3. art 76.
49. Sarah, Bowen. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins*. Santé Canada, 11 2001. [Consulté le : 19 12 2010.] www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-lang-acces/index_f.html.
50. *Exposé de position soumis par le Réseau des services de santé en France. 76 p, Les répercussions des problèmes de communication sur la Prestation de soins de santé de qualité aux Communautés et patients de langue minoritaire*. mars 2007.
51. *La langue déterminant de l'état de santé et de la qualité des services. Adaptation linguistique des soins et des services : enjeux et stratégies. Institut national de santé publique du Québec*.
52. Drennan. *Counting the cost of language services in psychiatry. South African (50)Medical Journal*, 345p. 1996.
53. Karliner, Jacobs, Chen et Mutha. *Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature*. 2007.
54. Gabriel Léonard, Chantal Normand. *Enjeux liés à l'intervention avec un interprète au présent des allophones. Les midis InterActions*.
55. Baudet T, le Roch K, Biton D, Moro MDR. *Soigner malgré tout. s.l. : La pensée sauvage édition. 256 p*.
56. Kapoor-Kohli, Marie Munoz et Anjoli. *Les barrières de langue comment les surmonter en clinique. La médecine en contexte multiculturel*. . s.l. : Le Medecin du Québec, février 2007.
57. Mondadou, Laurent Gajo et Lorenza. *Bulletin Suisse de linguistique appliquée. Bulletin Vals-asla numéro 74. Communiquer en milieu hospitalier : de la relation de soins à l'expertise médicale*, 287p.
58. Sabek, Marc. *Les responsabilités du chirurgien-dentiste. Les Etudes Hospitalières*. 294p. 2003.

59. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Banque interrégionale d'interprètes. 2010.
60. collab, Flores et. *Errors in medical interpretation and their potential clinical conséquences in pediatric encounters pediatrics*. 2003.
61. coll, Jacobs et. *Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English proficient patients*. *Journal of General Internal Medicine*. 2001.
62. *Rapport d'activité 2011*. 41p : Médecins Solidarité Lille.
63. Pirnay, Dirigé par Philippe. *L'éthique en médecine bucco-dentaire*, 240p. s.l. : espace id Presse Edition Multimédia, 2012.
64. Ingleby, David. Revue. *Hommes et migrations*. Santé et droits des étrangers : réalité et enjeux. La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe. *Les recherches en cours*.
65. Bisailon, H. « *L'accessibilité des services aux communautés culturelles . 1. Les résultats de la consultation du personnel du CSSMM* ». Centre de services sociaux du Montréal métropolitain : s.n., 1989.
66. Guberman et coll 1997 Guberman, N., Maheu, P., Mousseau-Glasser, M., Plante, H. *L'utilisation des ressources d'aide par les personnes âgées chinoises du centre-ville de Montréal*, Université du Québec à Montréal et ex- CLSC Centre-ville de Montréal. 1997.
67. FEDERICI, Laura. Thèse. *La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus*. Paris : s.n., 2013.
68. Céline Bourquin, Pascal Singy, Orest Weber, Friedrich Stiefel. *Patients objets, patients sujets : le cas des migrants*. s.l. : Revue de la société Suisse de Médecine et de soins palliatifs. .
69. Le Breton, David. *Anthropologie de la douleur*. s.l. : Collection Suites Sciences Humaines, 2006.
70. Pergnier, Maurice. *Les Anglicismes. Danger ou enrichissement pour la langue française?*, 214 p. s.l. : Presse universitaire de France, 1989.
71. British Council. [Consulté le : 09 04 2013.] <http://www.britishcouncil.org/learning-faq-the-english-language.htm>..
72. Lewis, Bernard. *Les Arabes dans l'histoire*. s.l. : édition Flammarion, 2011.
73. Présentation et histoire de la langue roumaine. La langue roumaine . [Consulté le : 03 07 2013.] http://projetbabel.org/roumain/grammaire_1.php..

74. CULICOVSCHI, Victoria. La langue Roumaine. [Consulté le : 03 07 2013.] http://cle.ens-lyon.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1332154733954.

16. Table des illustrations

Figure 1 : Carte de la population immigrée par région en 2007	25
Figure 2 : Tableau récapitulatif des dispositifs de protection sociale : Conditions d'accès et prise en charge.....	36
Figure 3 : Synthèse des moyens à utiliser pour la communication avec des patients de langue étrangère.....	53
Figure 4 : Tableau comparatif des solutions	56
Figure 5 : schéma récapitulatif sur l'AME	66

Contribution à la prise en charge de patients allophones par la création de fiches de traduction en chirurgie dentaire.

ANNEXES

SOMMAIRE :

Annexe 1 : Français

Annexe 2 : Anglais

Annexe 3 : Arabe

Annexe 4 : Roumain

Annexe 5 : Questions aux enseignants

Annexe 1

Français

QUESTIONNAIRE MEDICAL

(Toutes vos réponses sont confidentielles)

Date de consultation :/...../.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Age :

Sexe : M | F

Poids :

Taille :

Nom, adresse, téléphone de votre médecin :

.....

.....

.....

- | | | | |
|----------|--|-----|-----|
| 1 | Prenez-vous des médicaments ? | OUI | NON |
| | Si oui, lesquels ? | | |
| | Pourquoi ? | | |
| | Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang ? | OUI | NON |
| 2 | Avez-vous des allergies ? | OUI | NON |
| | A quoi ? | | |
| | - Au latex | | |
| | - A la pénicilline | | |
| | - Autre : | | |
| 3 | Avez-vous eu une intervention chirurgicale ? | OUI | NON |
| | Si oui, laquelle ? | | |
| | - ORL (oreille, nez, larynx) | | |
| | - Ophtalmique | | |
| | - Autre : | | |
| 4 | Avez-vous des problèmes de santé ? | OUI | NON |
| a. | Problème cardiaque ? | OUI | NON |
| | Si oui, lequel ? | | |
| | - Infarctus | | |
| | - Rhumatisme articulaire aigu | | |
| | - Prothèse valvulaire | | |
| | - Antécédent d'infection bactérienne des valves cardiaques | | |
| | - Cardiopathie congénitale cyanogène | | |
| b. | Problème de tension ? | OUI | NON |
| | Si oui, est-elle équilibrée ? | OUI | NON |
| c. | Problème au niveau des reins ? | OUI | NON |
| d. | Problème au niveau du foie ? | OUI | NON |
| | Si oui, lequel ? | | |
| | - Hépatite virale | | |
| | - Cirrhose | | |
| | - Autre : | | |
| e. | Problème nerveux ? | OUI | NON |
| | Si oui, lequel ? | | |
| | - Epilepsie | | |
| | - Perte de connaissance | | |
| | - Autre : | | |

			<i>Français</i>
f.	Problème pulmonaire ?	OUI	NON
	Si oui, lequel ?		
	- Asthme		
	- Tuberculose		
	- Autre :		
g.	Problème au niveau du sang ?	OUI	NON
	Si oui, lequel ?		
	- Anémie		
	- Hémophilie		
	- Autre :		
h.	Problème de sinusite ?	OUI	NON
i.	Problème d'hypertension dans l'œil ?	OUI	NON
J.	Problème d'immunodéficience ?	OUI	NON
	Si oui, quoi ?		
	- HIV		
	- Greffe		
	- Autre :		
5	Êtes-vous diabétique ?	OUI	NON
	Est-il équilibré ?	OUI	NON
6	Avez-vous de l'ostéoporose ?	OUI	NON
7	Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des biphosphonates ?	OUI	NON
8	Avez-vous eu de la chimiothérapie ?	OUI	NON
9	Avez-vous reçu des traitements par rayons X ?	OUI	NON
10	Avez-vous des addictions ?	OUI	NON
	Si oui, lesquelles ?		
	- Alcool		
	- Drogue		
	- Autre :		
11	Avez-vous présenté des complications à la suite d'une anesthésie locale?	OUI	NON
	Si oui, quoi ?		
	- Eruption cutanée		
	- Malaise		
	- Gonflement du visage		
	- Autre :		
12	Etes-vous enceinte ?	OUI	NON
13	Allaitez-vous ?	OUI	NON
14	Fumez-vous ?	OUI	NON
15	Avez-vous la possibilité de venir avec un accompagnant capable de traduire au prochain rendez-vous ?	OUI	NON
16	Pourriez-vous ramener le dernier bilan sanguin que vous avez réalisé.		

Fait le :/...../.....

Signature :

L'EXAMEN CLINIQUE

1. Anamnèse

1. Pourquoi venez-vous ?
2. Où avez-vous mal ?
3. Depuis quand avez-vous mal ?
 - a. *Moins d'un jour*
 - b. *Entre un et trois jours*
 - c. *Entre une semaine et un mois*
 - d. *Plus d'un mois*
4. Votre dent vous fait-elle mal au froid ? Au chaud ? Quand vous mangez sur cette dent ?
5. Est-ce que ça vous empêche de dormir ?
6. Est-ce que l'application de quelque chose de froid (de l'eau par exemple) calme la douleur ?
7. Est-ce que vous avez l'impression que la douleur "bat dans votre dent" ?
8. Est-ce que vous avez l'impression que la joue ou la gencive a enflé ?
9. Est-ce que vous avez pris des médicaments ? Lesquels ? Est-ce que ça a calmé vos douleurs ?
10. Est-ce que vous saignez des gencives ?

2. Les tests

a. Test au froid :

Je vais appliquer un produit froid sur la dent.

Avez-vous la sensation de froid ?

Laquelle vous fait le plus mal ?

b. Test de percussion :

Je vais taper légèrement sur la dent.

Est-ce que ça fait mal ? Quelle dent fait le plus mal ?

c. Palpation des tables osseuses :

Est-ce que ça fait mal ?

d. Test de morsure :

Mordez ! Est-ce que ça fait mal ?

Ouvrez ! Est-ce que ça fait mal ?

PLAN DE TRAITEMENT

1. Avulsion :

On ne peut pas conserver cette dent : elle est trop abimée. Il faut l'enlever.

La racine est trop courte pour être conservée/la carie est trop profonde.

2. Abscess, cellulite :

On ne va pas pouvoir extraire la dent aujourd'hui car cela risque d'être trop douloureux. On va laisser agir les antibiotiques, et on la retirera la semaine prochaine.

Par contre, si le gonflement s'étend, il faudra aller aux urgences car il y a un risque vital.

3. Dent fracturée :

La dent est fracturée, je vais retirer le fragment cassé.

4. Pulpite :

Il ne faut pas enlever votre dent : on peut la soigner et la garder. Aujourd'hui, on va faire le soin d'urgence, en nettoyant la dent pour vous soulager et la prochaine fois, on finira le soin.

Il faudra revenir terminer le soin sinon votre dent va de nouveau s'infecter et les douleurs reviendront.

5. Curetage carieux :

Je vais essayer de garder votre dent mais ce n'est pas sûr du tout que ce soit possible.

Je vais donc retirer la carie pour voir si on peut garder votre dent. Il est possible qu'il soit nécessaire de l'enlever mais je préfère essayer de la garder.

6. Drainage abscess :

Vous avez un abscess, on va le drainer, c'est-à-dire le percer pour que le pus s'écoule.

7. Revenez plus tard :

Malheureusement, il est trop tard pour faire le soin, nous n'avons plus accès au matériel. Pouvez-vous revenir lundi/mardi/mercredi/jeudi/vendredi à 8h30/13h30 ?

8. Dent laissée ouverte :

Aujourd'hui, on ne met pas de pansement dans la dent car elle est trop infectée. Il faudra absolument revenir lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi à 9h/14h, pour désinfecter à nouveau et mettre un pansement. Il faudra ensuite venir aux rendez-vous suivants pour terminer les soins.

9. Problème parodontal :

Une douleur gingivale peut être aussi douloureuse qu'une douleur dentaire. Elle est due à un bourrage alimentaire entre les dents qui provoque un gonflement gingival. Le traitement est un nettoyage de la zone.

10. Pouvez-vous venir accompagné d'une personne qui parle français ?

Avez-vous un ami qui parle français que l'on pourrait appeler pour vous expliquer les soins à réaliser ?

11. Consentement du patient :

Êtes-vous d'accord avec la solution que je vous propose ?

12. Dent provisoire :

Pour faire une dent provisoire, il faut faire un devis que vous devez régler avant. Cet acte n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

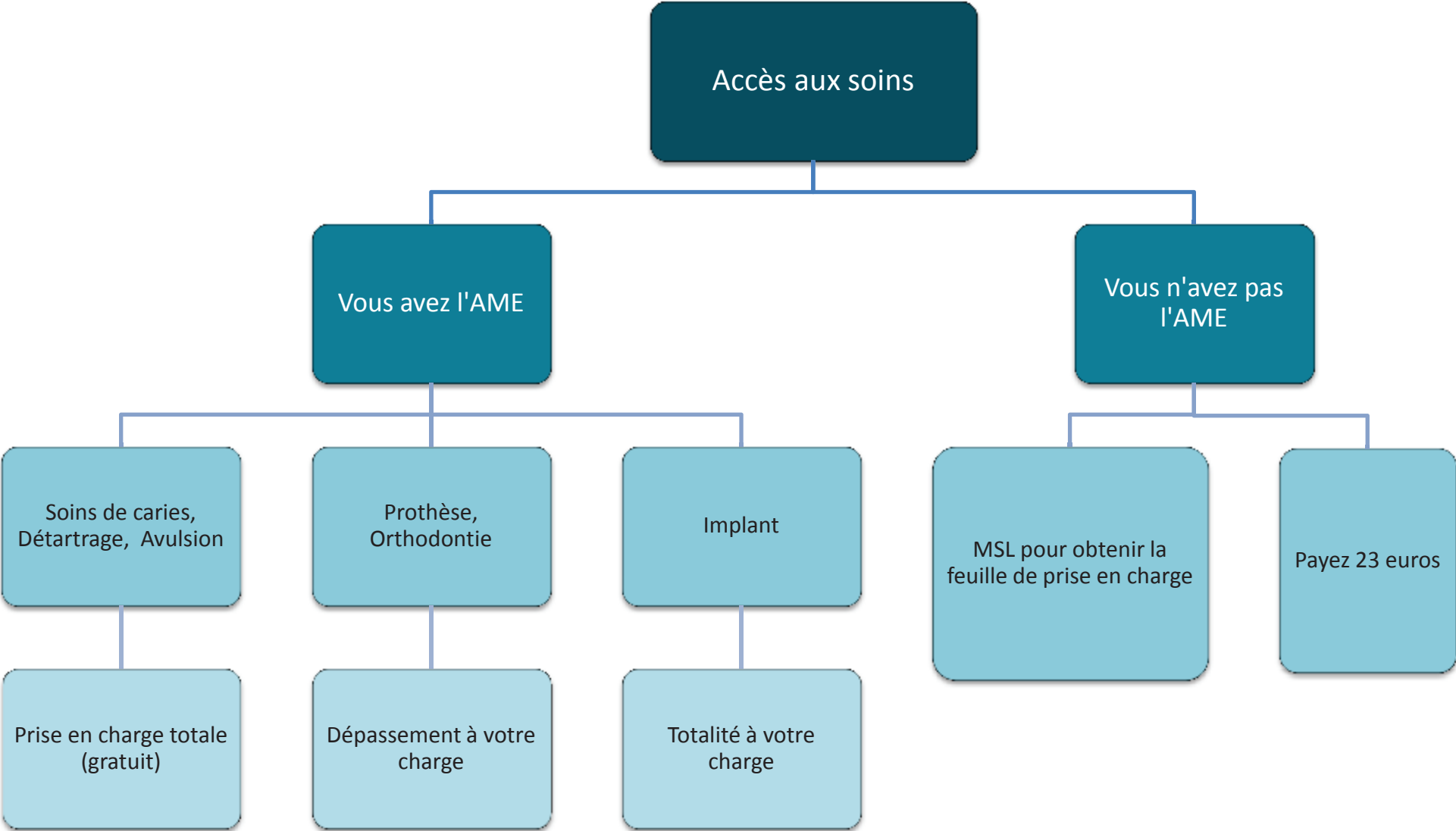
13. Aller à MSL :

Il faut aller chercher les médicaments à MSL, 4 boulevard de Belfort à Lille, Métro porte de Valenciennes.

Il faut aller à MSL pour la réparation de prothèse/rajouter une dent sur la prothèse. Ils vous le feront gratuitement.

Médecins Solidarité Lille
4 Boulevard de Belfort 59000 Lille
03 20 49 04 77





LES PRESCRIPTIONS

Il faut prendre un comprimé le matin, un comprimé le midi et un comprimé le soir pendant les repas, pendant sept jours. Il ne faut surtout pas interrompre le traitement même si vous n'avez plus mal.



Le paracétamol permet de calmer la douleur. Il ne faut pas prendre plus de quatre comprimés par jour, un comprimé toutes les six heures. Et il faut arrêter de les prendre si vous n'avez plus mal.

CONSEILS POST-EXTRACTION

- Il ne faut pas fumer, ni boire d'alcool pendant au moins deux jours.
- Il faut manger tiède, éviter les grains.
- Vous pouvez prendre un comprimé de paracétamol tout de suite pour calmer la douleur au réveil puis un comprimé toutes les six heures si les douleurs persistent. Pas plus de quatre comprimés par jours.
- Attention de ne pas vous mordre jusqu'au réveil.
- Si le saignement ne s'arrête pas, il faut mordre sur une compresse 10 minutes. Ne pas cracher, ne pas faire saigner, compresser.
- Commencer le bain de bouche dans deux jours. Diluer de moitié avec de l'eau. Rincer la bouche trois fois par jour, après chaque brossage. Garder une minute en bouche, ne pas avaler, ne pas rincer. Si prescription de PAROEX il ne faut pas le diluer.



VOCABULAIRE

1. Mini questionnaire médical pour patient analphabète

- Avez-vous des problèmes de santé ?
- Prenez-vous des médicaments ?
- Avez-vous des allergies ?
 - Aux pénicillines
 - Au latex
 - Aux antalgiques

2. Vocabulaire complémentaire

1. Bonjour.
2. Signez ici.
3. Nous allons faire une radio, suivez-moi.
4. Il faut :
 - Enlever la dent.
 - Dévitaliser la dent.
 - Soigner la carie.
5. Est-ce que cela fait mal ?
6. Nous allons faire l'anesthésie.
7. Il faudra revenir, le soin n'est pas terminé.
8. Attendez deux heures avant de manger sur cette dent, mangez plutôt de l'autre côté.
9. Nous allons mettre une résine/un matériau étanche.
10. Nous allons mettre un pansement, c'est temporaire.
11. Il faut se brosser les dents trois fois par jour si possible.
12. Il faut pendre votre Ventoline avec vous à chaque rendez-vous.

Annexe 2

Anglais

MEDICAL QUESTIONNAIRE

Date of consultation:/...../.....
Date de consultation :

Name:
Nom :

Surname:
Prénom :

Date of birth:/...../.....
Date de naissance :

Age:
Age :

Sex: M | F
Sexe :

Weight:
Poids :

Height:
Taille :

Your doctor's name, address, and phone number:
Nom, adresse, téléphone de votre médecin :

.....

1	Are you on medication? <i>Prenez-vous des médicaments ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
---	--	-------------------	------------------

If yes, which one?
Si oui, lesquels ?

Why?
Pourquoi ?

	Do you take any blood thinners? <i>Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
--	---	-------------------	------------------

2	Do you have any allergies? <i>Avez-vous des allergies ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
---	--	-------------------	------------------

What to? - Latex gloves
A quoi ? - Aux gants en latex

- Penicillin
- A la pénicilline

- Other:
- Autre :

3	Have you ever had any surgery? <i>Avez- vous eu une intervention chirurgicale ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
---	--	-------------------	------------------

If yes, which one? - ENT (ear, nose, throat)
Si oui, laquelle ? - ORL (oreille, nez, larynx)

- Ophthalmic
- Ophtalmique

- Other:
- Autre :

4	Do you have any health problems? <i>Avez-vous des problèmes de santé ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
---	---	-------------------	------------------

		<i>Anglais</i>	
a.	Any heart problem? <i>Problème cardiaque ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	If yes, which one? <i>Si oui, lequel ?</i>		
	- Myocardial infarction (heart attack) <i>- Infarctus</i>		
	- Rheumatic fever <i>- Rhumatisme articulaire aigu</i>		
	- Valvular prosthesis <i>- Prothèse valvulaire</i>		
	- History of infective endocarditis <i>- Antécédent d'infection bactérienne des valves cardiaques</i>		
	- Cyanotic congenital heart disease <i>- Cardiopathie congénitale cyanogène</i>		
b.	Any blood pressure problem? <i>Problème de tension ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	If yes, is it balanced? <i>Si oui, est-elle équilibrée ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
c.	Any problem with the kidneys? <i>Problème au niveau des reins ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
d.	Any problem with the liver? <i>Problème au niveau du foie ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	If yes, which one? <i>Si oui, lequel ?</i>		
	- Viral hepatitis <i>- Hépatite virale</i>		
	- Cirrhosis <i>- Cirrhose</i>		
	- Other:		
	<i>- Autre :</i>		
e.	Any nerve problem? <i>Problème nerveux ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	If yes, which one? <i>Si oui, lequel ?</i>		
	- Epilepsy <i>- Epilepsie</i>		
	- Loss of consciousness <i>- Perte de connaissance</i>		
	- Other:		
	<i>- Autre :</i>		
f.	Any lung problem? <i>Problème pulmonaire ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	If yes, which one? <i>Si oui, lequel ?</i>		
	- Asthma <i>- Asthme</i>		
	- Tuberculosis <i>- Tuberculose</i>		
	- Other:		
	<i>- Autre :</i>		

		<i>Anglais</i>	
g.	Any problem with blood? <i>Problème au niveau du sang ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	If yes, which one? - Anaemia <i>Si oui, lequel ? - Anémie</i>		
	- Hemophilia <i>- Hémophilie</i>		
	- Other:		
	<i>- Autre :</i>		
h.	Any sinusitis problem? <i>Problème de sinusite ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
i.	Any problem of glaucoma? <i>Problème d'hypertension dans l'œil ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
j.	Any immunodeficiency problem? <i>Problème d'immunodéficience ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	If yes, what? - HIV <i>Si oui, quoi ? - HIV</i>		
	- Transplant <i>- Greffe</i>		
	- Other:		
	<i>- Autre :</i>		
5	Are you diabetic? <i>Etes-vous diabétique ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	Is it balanced? <i>Est-il équilibré ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
6	Do you have osteoporosis? <i>Avez-vous de l'ostéoporose ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
7	Do you take or have you ever taken biphosphonates? <i>Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des biphosphonates ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
8	Have you ever had any chemotherapy? <i>Avez-vous eu de la chimiothérapie ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
9	Have you received any treatment with X-rays? <i>Avez-vous reçu des traitements par rayons X ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
10	Do you have any addiction? <i>Avez-vous des addictions ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>
	If yes, which to : - Alcohol <i>Si oui, lesquelles ? - Alcool</i>		
	- Drug <i>- Drogue</i>		
	- Other:		
	<i>- Autre :</i>		
11	Have you ever had any complication following a local anesthetic? <i>Avez-vous présenté des complications à la suite d'une anesthésie locale ?</i>	YES <i>OUI</i>	NO <i>NON</i>

- If yes, which one? - Rash
Si oui, quoi ? - Eruption cutanée
- Fainting fit
- Malaise
- Swelling of the face
- Gonflement du visage
- Other:
- Autre :*

- | | | | |
|----|--|-------------------|------------------|
| 12 | Are you pregnant?
<i>Êtes-vous enceinte ?</i> | YES
<i>OUI</i> | NO
<i>NON</i> |
| 13 | Do you breastfeed?
<i>Allaitez-vous ?</i> | YES
<i>OUI</i> | NO
<i>NON</i> |
| 14 | Do you smoke?
<i>Fumez-vous ?</i> | YES
<i>OUI</i> | NO
<i>NON</i> |
| 15 | Is there any possibility for you to come with someone who could translate on the next appointment?
<i>Possibilité de venir avec un accompagnant capable de traduire au prochain rendez-vous ?</i> | YES
<i>OUI</i> | NO
<i>NON</i> |
| 16 | Could you bring the last blood work that you made please?
<i>Pourriez-vous ramener le dernier bilan sanguin que vous avez réalisé s'il vous plaît ?</i> | | |

Date :/...../.....
Fait le :

Signature:

L'EXAMEN CLINIQUE

1. Anamnèse

1. Why are you here today?

Pourquoi venez-vous ?

2. Where does it hurt?

Où avez-vous mal ?

3. How long has it been hurting?

Depuis quand avez-vous mal ?

- a. Less than a day

Moins d'un jour

- b. Between one and three days

Entre un et trois jours

- c. Between a week and a month

Entre une semaine et un mois

- d. More than a month

Plus d'un mois

4. Do you suffer from cold? Warm? When you eat?

Votre dent vous fait-elle mal au froid ? Au chaud ? Quand vous mangez sur cette dent ?

5. Does it keep you awake?

Est-ce que ça vous empêche de dormir ?

6. Does the application of something cold (eg water) relieves pain?

Est-ce que l'application de quelque chose de froid (de l'eau par exemple) calme la douleur ?

7. Do you feel that the pain is "throbbing in your tooth"?

Est-ce que vous avez l'impression que la douleur "bat dans votre dent" ?

8. Have you ever swollen?

Est-ce que vous avez l'impression que la joue ou la gencive a enflé ?

9. Are you on medication? Which one? Has it calmed your pain?

Est-ce que vous avez pris des médicaments ? Lesquels ? Est-ce que ça a calmé vos douleurs ?

10. Do you have bleeding gums?

Est-ce que vous saignez des gencives ?

2. Tests

a. Test au froid :

I am going to press cold on the tooth.

Je vais appliquer un produit froid sur la dent.

Can you feel the cold?

Avez-vous la sensation de froid ?

Which one hurts the most?

Laquelle vous fait le plus mal ?

b. Test de percussion :

I am going to tap softly on the tooth.

Je vais taper légèrement sur la dent.

Does it hurt? Which one hurts the most?

Est-ce que ça fait mal ? Quelle dent fait le plus mal ?

c. Palpation des tables osseuses :

Does it hurt when I touch them?

Est-ce que ça fait mal ?

d. Test de morsure :

Bite! Does it hurt?

Mordez ! Est-ce que ça fait mal ?

Open! Does it hurt?

Ouvrez ! Est-ce que ça fait mal ?

PLAN DE TRAITEMENT

1. Avulsion :

You can not keep this tooth, it is too damaged. It must be removed.

On ne peut pas conserver cette dent : elle est trop abimée. Il faut l'enlever.

The root is too short to be kept/the cavity is too deep.

La racine est trop courte pour être conservée/la carie est trop profonde.

2. Abscess, cellulite :

I will not be able to extract the tooth today because it may be too painful, I will let the antibiotics take effect and remove it next week.

On ne va pas pouvoir extraire la dent aujourd'hui car cela risque d'être trop douloureux, on va laisser agir les antibiotiques, et on la retirera la semaine prochaine.

On the other hand, if it continues swelling, you will have to go to the A&E because there is a vital risk.

Par contre, si le gonflement s'étend, il faudra aller aux urgences car il y a un risque vital.

3. Dent fracturée :

The tooth is broken, I will remove the broken fragment.

La dent est fracturée, je vais retirer le fragment cassé.

4. Pulpite :

It is not necessary to remove your tooth: it can be treated and kept. Today I am going to do the emergency care (remove the nerve in part) by cleaning the tooth to relieve you and next time I will finish the treatment. The pain is due to an excess pressure in a cavity because a tooth is inextensible. You must absolutely come back otherwise your tooth is going to be infected again and it will hurt.

Il ne faut pas enlever votre dent : on peut la soigner et la garder. Aujourd'hui, on va faire le soin d'urgence, en nettoyant la dent pour vous soulager et la prochaine fois, on finira le soin. Il faudra revenir terminer le soin sinon votre dent va de nouveau s'infecter et les douleurs reviendront.

5. Curetage carieux :

I will try to keep your teeth but it might not be possible.

I'm going to induce anesthesia / put your tooth to sleep and remove any decay and see if you can keep your tooth. It might need to be removed but I'd rather try to keep it.

Je vais essayer de garder votre dent mais ce n'est pas sûr du tout que ce soit possible.

Je vais donc retirer la carie pour voir si on peut garder votre dent. Il est possible qu'il soit nécessaire de l'enlever mais je préfère essayer de la garder.

6. Drainage abcès :

You have an abscess, I will drain it, that is to say, I will press it like I would for a spot for the pus to drain away.

Vous avez un abcès, on va le drainer, c'est-à-dire le percer pour que le pus s'écoule.

7. Revenez plus tard :

Unfortunately, it is too late to give any treatment, we no longer have access to the equipment. Can you come back on Monday / Tuesday / Wednesday / Thursday / Friday at 9 am or 2 pm?

Malheureusement, il est trop tard pour faire le soin, nous n'avons plus accès au matériel. Pouvez-vous revenir lundi/mardi/mercredi/jeudi/vendredi à 8h30/13h30?

8. Dent laissée ouverte :

I am not going to put any dressing in the tooth today because it is too infected, however it is absolutely necessary to come back on Monday, Tuesday, Wednesday, Thursday, Friday at 9 am or 2 pm to disinfect it again and put a bandage. You will then have to keep on coming to the following appointments to complete the treatment.

Aujourd'hui, on ne met pas de pansement dans la dent car elle est trop infectée. Il faut absolument revenir lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi à 9h/14h, pour désinfecter à nouveau et mettre un pansement. Il faudra ensuite venir aux rendez-vous suivants pour terminer les soins.

9. Problème parodontal :

A gingival pain can be as bad as a toothache, it is often due to a food jam between the teeth that causes gingival swelling, scaling treatment is followed by the establishment of a rigorous hygiene.

Une douleur gingivale peut être aussi douloureuse qu'une douleur dentaire. Elle est due à un bourrage alimentaire entre les dents qui provoque un gonflement gingival. Le traitement est un nettoyage de la zone.

10. Pouvez-vous venir accompagné d'une personne qui parle français ?

Do you have any French speaking friend who could be called to explain the treatment to give?
Avez-vous un ami qui parle français que l'on pourrait appeler pour vous expliquer les soins à réaliser ?

11. Consentement du patient :

Do you agree with the solution I propose?
Êtes-vous d'accord avec la solution que je vous propose ?

12. Dent provisoire :

To make a temporary tooth, a quote has to be done and you have to pay it beforehand, this act is not reimbursed by social security.
Pour faire une dent provisoire il faut faire un devis que vous devez régler avant. Cet acte n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

13. Aller à MSL :

You have to get the drugs at MSL, 4 boulevard de Belfort in Lille, Valenciennes subway gateway.

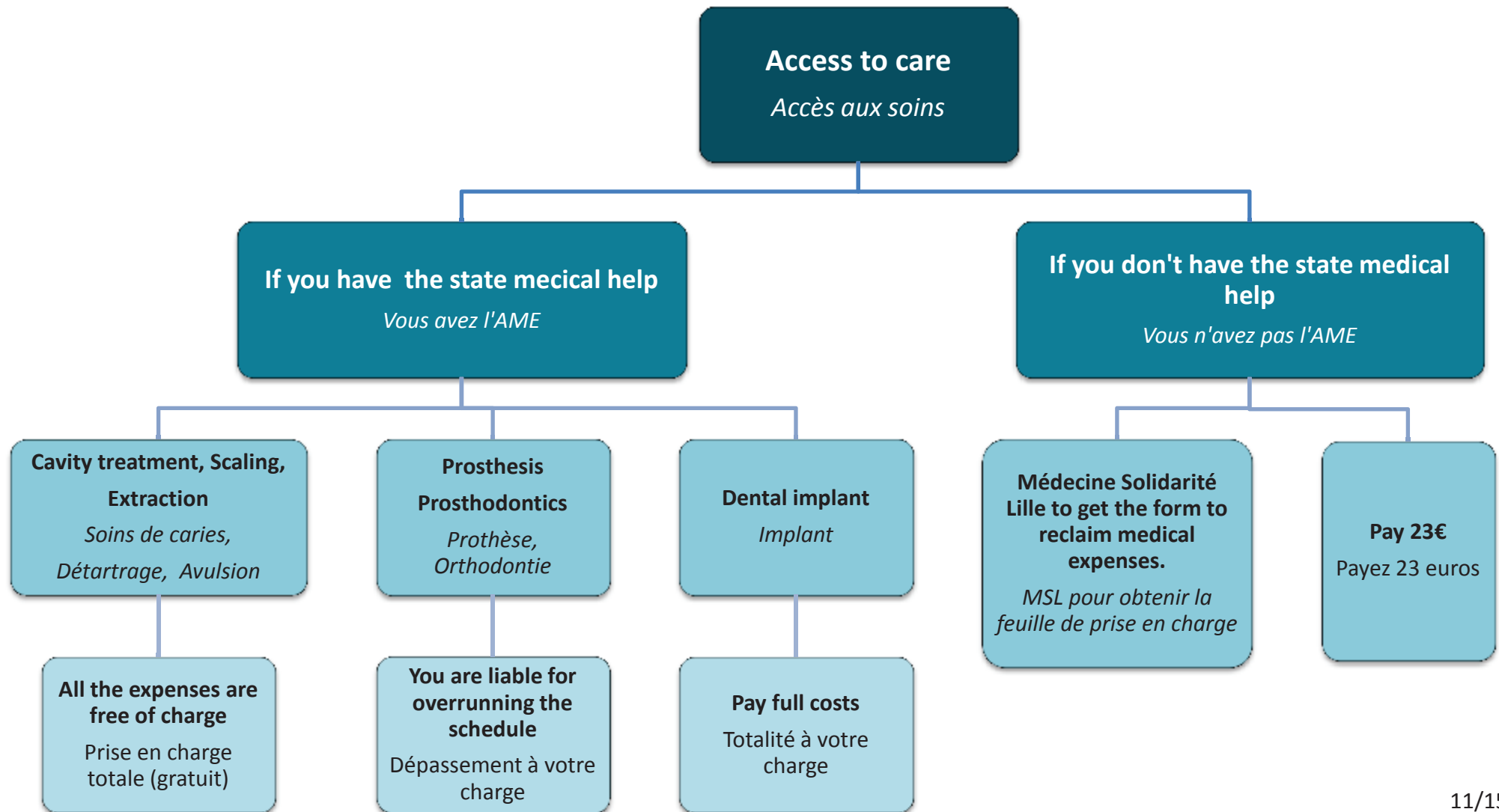
Il faut aller chercher les médicaments à MSL (Médecins Solidarité Lille), 4 boulevard de Belfort à Lille, Métro porte de Valenciennes.

You must go to MSL for the prosthesis repairing/the addition will not be charged.

Il faut aller à MSL pour la réparation de prothèse/rajouter une dent sur la prothèse. Ils vous le feront gratuitement.

Médecins Solidarité Lille
4 Boulevard de Belfort 59000 Lille
03 20 49 04 77





LES PRESCRIPTIONS

You have to take one tablet in the morning, one at lunch and a tablet in the evening with meals for seven days. Swallow the tablets with a glass of water during meals. It is important not to stop treatment even if the pain has gone.

Il faut prendre un comprimé le matin, un comprimé le midi et un comprimé le soir pendant les repas, pendant sept jours. Il ne faut surtout pas interrompre le traitement même si vous n'avez plus mal.



Paracetamol is to relieve pain. You must not take more than four tablets daily and one tablet every six hours.

Stop taking it if the pain has gone.

Le paracétamol permet de calmer la douleur. Il ne faut pas prendre plus de quatre comprimés par jour, un comprimé toutes les six heures. Et il faut arrêter de les prendre si vous n'avez plus mal.

CONSEILS POST-EXTRACTION

- Do not smoke or drink alcohol for at least two days.
Il ne faut pas fumer, ni boire d'alcool pendant au moins deux jours.



- You should eat warm, neither too cold nor too hot, avoid grains.
Il faut manger tiède, éviter les grains.

- You can take a paracetamol tablet immediately to relieve pain in the morning and one tablet every six hours if pain persists. No more than four tablets per day.
Vous pouvez prendre un comprimé de paracétamol tout de suite pour calmer la douleur au réveil puis un comprimé toutes les six heures si les douleurs persistent. Pas plus de quatre comprimés par jours.

- Be careful not to bite your cheek.
Attention de ne pas vous mordre jusqu'au réveil.
- If the bleeding does not stop, bite a compress for 10 minutes, do not spit, do not make it bleed, compress it.
Si le saignement ne s'arrête pas, il faut mordre sur une compresse 10 minutes. Ne pas cracher, ne pas faire saigner, compresser.
- Start mouthwash in two days. Dilute by half with water, rinse the mouth three times a day, after each brushing, keep a minute in mouth, do not swallow, do not rinse. If you have been subscribed PAROEX, do not dilute.
Commencer le bain de bouche dans deux jours. Diluer de moitié avec de l'eau. Rincer la bouche trois fois par jours, après chaque brossage. Garder une minute en bouche, ne pas avaler, ne pas rincer. Si prescription de PAROEX il ne faut pas le diluer.

VOCABULAIRE

1. Mini questionnaire médical pour patient analphabète

- Do you have any health problems?
Avez-vous des problèmes de santé ?
- Do you take drugs?
Prenez-vous des médicaments ?
- Do you have any allergies?
Avez-vous des allergies ?
 - To penicillins
Aux pénicillines
 - To latex
Au latex
 - To analgesics
Aux antalgiques

2. Vocabulaire complémentaire

1. Hello.
Bonjour.
2. Sign up here.
Signez ici.
3. I will give you an X-ray, follow me.
Nous allons faire une radio, suivez-moi.
4. I have to :
Il faut :
 - Remove the tooth
Enlever la dent
 - Devitalized the tooth
Dévitaliser la dent
 - Treat the tooth decay
Soigner la carie
5. Does it hurt?
Est-ce que cela fait mal ?
6. I will give you anesthesia.
Nous allons faire l'anesthésie.

7. You will have to come back, the treatment is not finished.
Il faudra revenir, le soin n'est pas terminé.
8. Wait two hours before eating, rather eat with the other side.
Attendez deux heures avant de manger sur cette dent, mangez plutôt de l'autre côté.
9. I will put a resin/waterproof material.
Nous allons mettre une résine/ un matériau étanche.
10. I will put a temporary bandage.
Nous allons mettre un pansement, c'est temporaire.
11. You should brush your teeth three times a day if possible.
Il faut se brosser les dents trois fois par jour si possible.
12. You should take your Ventolin with you to every appointment.
Il faut pendre votre Ventoline avec vous à chaque rendez-vous.

Annexe 3

Arabe

waktach tqalebt :/...../.....

Date de consultation :

qeneytak :

Nom :

ismek :

Prénom :

woktach zedt :/...../.....

Date de naissance :

Ômrek : rajel wela mra: M | F

Age :

Sexe :

weznek :

Poids :

toulek :

Taille :

ism, ônwen, haatef ntâa tabibek :

Nom, adresse, téléphone de votre médecin :

.....
.....
.....

1	achnou homa ? <i>Prenez-vous des médicaments ?</i>	Naâm <i>OUI</i>	Lala <i>NON</i>
---	---	--------------------	--------------------

ila naâm , wech ?
Si oui, lesquels ?

aâlech ?
Pourquoi ?

	tehrab douaa dahd eddem ? <i>Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang ?</i>	Naâm <i>OUI</i>	Lala <i>NON</i>
--	---	--------------------	--------------------

2	âandek hassassiya ? <i>Avez-vous des allergies ?</i>	Naâm <i>OUI</i>	Lala <i>NON</i>
---	---	--------------------	--------------------

idha nâam ? - ataâ kouffaz latex
Si oui, à quoi ? - Aux gants en latex

- biniciline
- A la pénicilline

- oukhra:
- Autre :

3	âandek âmaliya djirahiya (barassione) ? <i>Avez-vous eu une intervention chirurgicale ?</i>	Naâm <i>OUI</i>	Lala <i>NON</i>
---	--	--------------------	--------------------

idha nâam ? - ouedhnin, ennif, lhalq
Si oui, laquelle ? - ORL (oreille, nez, larynx)

- âaynine
- Ophtalmique

- oukhra:
- Autre :

4	âandek machakel sehiya ? <i>Avez-vous des problèmes de santé ?</i>	Naâm <i>OUI</i>	Lala <i>NON</i>
---	---	--------------------	--------------------

		Naâm	Arabe
a.	âandek maradh ataâ lkalb ? <i>Problème cardiaque ?</i>	OUI	Lala NON
	idha nââm ? <i>Si oui, lequel ?</i>		
	- Infarctus iza nââm – waaka qalbiya <i>- Infarctus</i>		
	- âandek rhumatism fel qalb <i>- Rhumatisme articulaire aigu</i>		
	- âandek pila fel qalb, sammam qalb istinaa “ei <i>- Prothèse valvulaire</i>		
	- sawabeq qalbiya <i>- Antécédent d'infection bactérienne des valves cardiaques</i>		
	- maradh qalbiy zayd bih <i>- Cardiopathie congénitale cyanogène</i>		
b.	âandek dhaght damawi (mouchkil atâa la tension) ? <i>Problème de tension ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
	idha nââm, tension mliha ? <i>Si oui, est-elle équilibrée ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
c.	maradh fel klawi ? <i>Problème au niveau des reins ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
d.	maradh lkeabda ? <i>Problème au niveau du foie ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
	idha nââm ? <i>Si oui, lequel ?</i>		
	- iltihab fel keabda <i>- Hépatite virale</i>		
	- lkeabda tseffi mlih <i>- Cirrhose</i>		
	- oukhra :		
	- Autre :		
e.	maradh âasabbiy ? <i>Problème nerveux ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
	idha nââm ? <i>Si oui, lequel ?</i>		
	- âandek maradh lipilisie <i>- Epilepsie</i>		
	- ddoukh oua ttih <i>- Perte de connaissance</i>		
	- oukhra :		
	- Autre :		
f.	maradh Iriyya (sadrek) ? <i>Problème pulmonaire ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
	idha nââm ? <i>Si oui, lequel ?</i>		
	- âandek maradh dhiqa <i>- Asthme</i>		
	- âandek maradh soull <i>- Tuberculose</i>		
	- oukhra :		
	- Autre :		

		Naâm	Arabe
g.	maradh fi eddem ? <i>Problème au niveau du sang ?</i>	OUI	Lala NON
	idha naâm ? - foqr eddem <i>Si oui, lequel ? - Anémie</i>		
	- himofiliya <i>- Hémophilie</i>		
	- oukhra :		
	- Autre :		
h.	Maradh fi enif ? <i>Problème de sinusite ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
i.	maradh eddaght fil âayn ? <i>Problème d'hypertension dans l'œil ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
J.	maradh el manaâa ? <i>Problème d'immunodéficience ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
	idha nâam ? - HIV, sida (maradh al-AIDS) <i>Si oui, quoi ? - HIV</i>		
	- zirâa <i>- Greffe</i>		
	- oukhra :		
	- Autre :		
5	maradh as-sukkar ? <i>Etes- vous diabétique ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
	essouker mlih ? <i>Est-il équilibré ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
6	âandek maradh fel îdam ? <i>Avez-vous de l'ostéoporose ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
7	techreb wella charabt byisfosfonate ? <i>Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des biphosphonates ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
8	derrt eddoua kimiya-i ? <i>Avez-vous eu de la chimiothérapie ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
9	ddawit bel achiâa ? <i>Avez-vous reçu des traitements par rayons X ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
10	âandek idman ? <i>Avez-vous des addictions ?</i>	Naâm OUI	Lala NON
	idha nâam : - techreb lkouhoul ? <i>Si oui, lesquelles ? - Alcool</i>		
	- techreb moukhadirat <i>- Drogue</i>		
	- oukhra :		
	- Autre :		
11	âandek machakel mabaad takhdir jozii ? <i>Avez-vous présenté des complications à la suite d'une anesthésie locale?</i>	Naâm OUI	Lala NON

idha nâam : - âandek maradh eldjeld
Si oui, quoi ? - *Eruption cutanée*
 - doukha
 - *Malaise*
 - yenfekh wedjhek
 - *Gonflement du visage*
 - oukhra :
 - *Autre :*

- | | | | |
|----|---|--------------------|--------------------|
| 12 | raki hamel ?
<i>Etes-vous enceinte ?</i> | Naâm
<i>OUI</i> | Lala
<i>NON</i> |
| 13 | tradhâ-i ?
<i>Allaitez-vous ?</i> | Naâm
<i>OUI</i> | Lala
<i>NON</i> |
| 14 | tda khan ?
<i>Fumez-vous ?</i> | Naâm
<i>OUI</i> | Lala
<i>NON</i> |
| 15 | taqderr t-dji mâa wahed yi tardjemlek ?
<i>Possibilité de venir avec un accompagnant capable de traduire au prochain rendez-vous ?</i> | Naâm
<i>OUI</i> | Lala
<i>NON</i> |
| 16 | taqderr t-djib tahalil eddamamouiya ?
<i>Merci de ramener le dernier bilan sanguin que vous avez réalisé.</i> | | |

Fi yewm :/...../.....
 Fait le:/...../.....

imdha :
 Signature:

L'EXAMEN CLINIQUE

1. Anamnèse

1. aâlah djit ?

Pourquoi venez-vous ?

2. win wadjâak ?

Où avez-vous mal ?

3. mel waqtech ?

Depuis quand avez-vous mal ?

a. *qel men nahar*

Moins d'un jour

b. *bin wahed ou tlet ayam*

Entre un et trois jours

c. *bin tlet ayam oua ousboue*

Entre une semaine et un mois

d. *aktar min chahr*

Plus d'un mois

4. âandek wedjâ maâ skhoun ? wela lberd ? ki takel ?

Votre dent vous fait-elle mal au froid ? Au chaud ? Quand vous mangez sur cette dent ?

5. matkhelikch tanaasse ?

Est-ce que ça vous empêche de dormir ?

6. Ki dir hadja barda, yehbess lewdjaâ ?

Est-ce que l'application de quelque chose de froid (de l'eau par exemple) calme la douleur ?

7. lewdjaâ irrouh ouydji wela lala ?

Est-ce que vous avez l'impression que la douleur "bat dans votre dent" ?

8. wash tenefekht ?

Est-ce que vous avez l'impression que la joue ou la gencive a enflé ?

9. idha chrabt eddoua ? achno howa ? yehbess lewdjaâ ?

Est-ce que vous avez pris des médicaments ? Lesquels ? Est-ce que ça a calmé vos douleurs ?

10. sahlek eddem fi latha ?

Est-ce que vous saignez des gencives ?

2. Les Tests

a. Test au froid :

ndirlek hadja barda a la senna.

Je vais appliquer un produit froid sur la dent.

t-hess bil berd ?

Avez-vous la sensation de froid ?

twedjâak senna hadi wela loukhra ?

Laquelle vous fait le plus mal ?

b. Test de percussion :

Douk nedreb chouiya fi senna taâek.

Je vais taper légèrement sur la dent.

twedjâak senna hadi wela loukhra ?

Est-ce que ça fait mal ? Quelle dent fait le plus mal ?

c. Palpation des tables osseuses :

ki nmess sentek twedjâak ?

Est-ce que ça fait mal ?

d. Test de morsure :

âadh ! twedjâak ?

Mordez ! Est-ce que ça fait mal ?

hell foumek ! twedjâak ?

Ouvrez ! Est-ce que ça fait mal ?

PLAN DE TRAITEMENT

1. Avulsion :

Ma neqedrouch nkhalw senna hadi, lazem nhiydouha.

On ne peut pas conserver cette dent : elle est trop abimée. Il faut l'enlever.

Essenna sghira âandha soussa kbira bezzaf.

La racine est trop courte pour être conservée/la carie est trop profonde.

2. Abcès, cellulite :

Lazem nddawiw qbel essenna, ou nhiydouha smana ldjaya. Bessah koun tebqa tenfekh foumek, rouh lesbitar. Essenna mkasra, lazem nhiydou ljouzee Imkassar.

On ne va pas pouvoir extraire la dent aujourd'hui car cela risque d'être trop douloureux, on va laisser agir les antibiotiques, et on la retirera la semaine prochaine.

Par contre, si le gonflement s'étend, il faudra aller aux urgences car il y a un risque vital.

3. Dent fracturée :

Essenna mkasra, lazem nhiydou ljouzee Imkassar.

La dent est fracturée, je vais retirer le fragment cassé.

4. Pulpite :

Mathaydch sena dyalk : ghadi ndawiwha wa nkhalw. Lyoum nhaydo laârk wnadfoha bach mayabkach lewjee, wlousboue jaye nsalewha. Khassek tarjaâ wla senna radia tssawess.

Il ne faut pas enlever votre dent : on peut la soigner et la garder. Aujourd'hui, on va faire le soin d'urgence, en nettoyant la dent pour vous soulager et la prochaine fois, on finira le soin. Il faudra revenir terminer le soin sinon votre dent va de nouveau s'infecter et les douleurs reviendront.

5. Curettage carieux :

Radi nhawel nkhalw senna walakin machi akide. Radi nhayed soussa bach nakdo senna dyalk. Moumkine khasna nhiydouda walakine kan fadel nkhalwouha.

Je vais essayer de garder votre dent mais ce n'est pas sûr du tout que ce soit possible.

Je vais donc retirer la carie pour voir si on peut garder votre dent. Il est possible qu'il soit nécessaire de l'enlever mais je préfère essayer de la garder.

6. Drainage abcès :

Aandek takayoh, ghadi nakhwiwah bhal chi hbouba kbira bach lqih yakhroj.

Vous avez un abcès, on va le drainer, c'est-à-dire le percer pour que le pus s'écoule.

7. Revenez plus tard :

Lissoui lhade, mcha lwaqt bach ndawiwe, maândnach lmoiidate. Ymkenlek tarjaâ itnine/toulatae/arbîâ/khamisse/jomoaâ mine 8h30 hta 13h30 ?

Malheureusement, il est trop tard pour faire le soin, nous n'avons plus accès au matériel. Pouvez-vous revenir lundi/mardi/mercredi/jeudi/vendredi à 8h30/13h30 ?

8. Dent laissée ouverte :

Lyoum, maghan diroch jbirâ lsenâ lahqach mrida, walaqine khass terjaâ itnine/toulatae/arbîâ/khamisse/jomoaâ mine 9h hta 14h, bach nakwiwha wnjbrouha. Menbaâde, khassek terjeê lmawaide.

Aujourd'hui, on ne met pas de pansement dans la dent car elle est trop infectée. Il faut absolument revenir lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi à 9h/14h, pour désinfecter à nouveau et mettre un pansement. Il faudra ensuite venir aux rendez-vous suivants pour terminer les soins.

9. Problème parodontal :

Lwjeâ dlatha yaâti hriq ktar mine lwjea dssname, howa keyji mine lmakla likatbka mabine snane wkatenfekh latha liilaj howa nakiwe.

Une douleur gingivale peut être aussi douloureuse qu'une douleur dentaire. Elle est due à un bourrage alimentaire entre les dents qui provoque un gonflement gingival. Le traitement est un nettoyage de la zone.

10. Pouvez-vous venir accompagné d'une personne qui parle français ?

Minefadlik, rattibi hudhoor mutarjim maak.

Avez-vous un ami qui parle français que l'on pourrait appeler pour vous expliquer les soins à réaliser ?

11. Consentement du patient :

Wash nta mwafek ala lhale li goltlak ?

Êtes-vous d'accord avec la solution que je vous propose ?

12. Dent provisoire :

Bach ndiro senna moakata khasse ngoulek tamane bach tkhaless kbel, hadchi makayrejouech damane ljtimaii.

Pour faire une dent provisoire il faut faire un devis que vous devez régler avant. Cet acte n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

13. Aller à MSL :

Khassek tjob dwa aând TTL, 4 charii dyal Belfort fi Lille, métro Bab dyal Valenciennes.

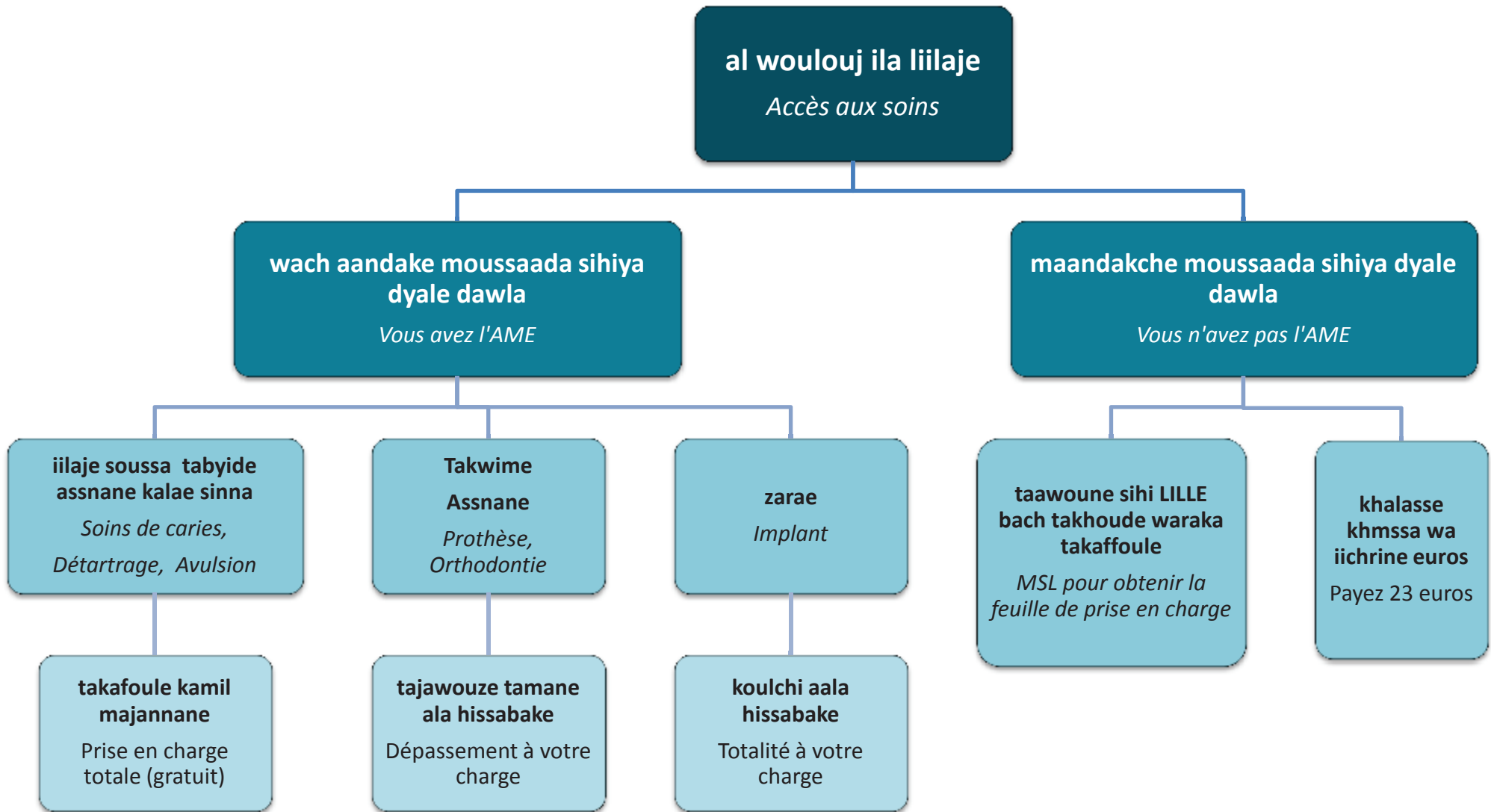
Il faut aller chercher les médicaments à MSL (Médecins Solidarité Lille), 4 boulevard de Belfort à Lille, Métro porte de Valenciennes.

Khassek tamchi aând TTL bach tesslah assnane istinaiiya bach tzide senna fi assnane istinaiiya, ghaydirohalek majanane.

Il faut aller à MSL pour la réparation de prothèse/rajouter une dent sur la prothèse. Ils vous le feront gratuitement.

Médecins Solidarité Lille
4 Boulevard de Belfort 59000 Lille
03 20 49 04 77





LES PRESCRIPTIONS

Khassek takhoude korss sbahe, korss fi zawale wkorss laâchia fwasst Imakla Imoudate sabaâ ayame. Makhassekche tahbess dwa wakha maybkach aândak lwjeê.

Il faut prendre un comprimé le matin, un comprimé le midi et un comprimé le soir pendant les repas pendant sept jours. Il ne faut surtout pas interrompre le traitement même si vous n'avez plus mal.



L paracétamol, bach thadene lwjeê. Makhassekche takhoude aktare mine arbaâte akresse flyawme, korss fkoule sta dssaâte. Wmatbkach takhoudhome ila mabkache lwjeê.

Le paracétamol permet de calmer la douleur. Il ne faut pas prendre plus de quatre comprimés par jour, un comprimé toutes les six heures. Et il faut arrêter de les prendre si vous n'avez plus mal.

CONSEILS POST-EXTRACTION

- Makhassekch tkmi, wla tchrabe khamre Imoudate youmayene aâla lakele.

Il ne faut pas fumer, ni boire d'alcool pendant au moins deux jours.



- Khassek takoule makla dafya, tjaneb hoboub.

Il faut manger tiède, éviter les grains.

- Yamkenelek takhoude korss dyale paracétamol daba bach thadene lwjeê fssbah, wmbaâde korss koule sta dssaâte yla bka lwjeê. Matfoutche arbaâte akresse flyawme.

Vous pouvez prendre un comprimé de paracétamol tout de suite pour calmer la douleur au réveil puis un comprimé toutes les six heures si les douleurs persistent. Pas plus de quatre comprimés par jours.

- Aândak taâde rassek.

Attention de ne pas vous mordre jusqu'au réveil.

- Yla mahbassch deme, khassek taâde tawbe moâkam lmodate aâcha dkayke, matabzekch, matssayelch deme, idghate.

Si le saignement ne s'arrête pas, il faut mordre sur une compresse 10 minutes. Ne pas cracher, ne pas faire saigner, compresser.

- Bdaw tchlale lfourme mndaba youmayne. Khalette nasse dyal lma maâ nasse dyale mahoule dyal tchlale, challele foumek tlata mrâte flyawme baâde mataghssel foumek, khali dkika matablaâche wmatchalelche. Yla aâdawke PAROEX makhassekch tkhalette maâ lma.

Commencer le bain de bouche dans deux jours. Diluer de moitié avec de l'eau. Rincer la bouche trois fois par jour, après chaque brossage. Garder une minute en bouche, ne pas avaler, ne pas rincer. Si prescription de PAROEX il ne faut pas le diluer.

VOCABULAIRE

1. Mini questionnaire médical pour patient analphabète

- âandek machakel sehiya ?
Avez-vous des problèmes de santé ?
- Tachreb dawa ?
Prenez-vous des médicaments ?
- Aândek hassassiya ?
Avez-vous des allergies ?
 - l pénéicillines
A la pénicilline
 - L mawade dyal latex (kouffaze)
Au latex
 - mohadiate
Aux antalgiques

2. Vocabulaire complémentaire

1. marhaban.
Bonjour.
2. wakkaeê hna.
Signez ici.
3. alaan sana khudh soorah ashiaah.
Nous allons faire une radio, suivez-moi.
4. khass :
Il faut :
 - nhaydou senna
Enlever la dent
 - nkatlou laârke
Dévitalliser la dent
 - nhaydou soussa
Soigner la carie
5. wach katharkek ?
Est-ce que cela fait mal ?
6. radi ndirou lbenj bach nkhadrou senna.
Nous allons faire l'anesthésie.

7. khassek tarjaâ, mazal makmelnach liilaje.
Il faudra revenir, le soin n'est pas terminé.
8. tssna saâtayne kbele matakole aâliha, koule ala jiha loukhra.
Attendez deux heures avant de manger sur cette dent, mangez plutôt de l'autre côté.
9. randiro laâmara, mada moutamassika.
Nous allons mettre une résine/un matériau étanche.
10. randiro tajbire moakate.
Nous allons mettre un pansement, c'est temporaire.
11. khassek taghssel senanek tlata dlmarate flyawme.
Il faut se brosser les dents trois fois par jour si possible.
12. khassek takhoud l'Ventoline dyalek fkoul mawiide.
Il faut pendre votre Ventoline avec vous à chaque rendez-vous.

Annexe 4

Roumain

CHESTIONAR MEDICAL

(Toate raspunsurile sunt confidențiale)

DATA CONSULTAȚIEI:/...../.....

Date de consultation :

Nume:

Nom :

Prenume:

Prénom :

Data nașterii:/...../.....

Date de naissance :

Vârsta:

Age :

Sex: M | F

Sexe :

Greutate:

Poids :

Înălțime:

Taille :

Numele, adresa, telefonul medicului:

Nom, adresse, téléphone de votre médecin :

.....

.....

.....

1	Luați medicamente?	DA	NU
	<i>Prenez-vous des médicaments ?</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>

Dacă da, care sunt
acestea?

Si oui, lesquels ?

Pentru ce?

Pourquoi ?

	Luați medicamente care subțiază (impiedica coagularea) sângele?	DA	NU
	<i>Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang ?</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>

2	Aveți alergii?	DA	NU
	<i>Avez-vous des allergies ?</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>

La ce? - la mănuși și plastic/latex

A quoi ? - Aux gants en latex

- la penicilină

- A la pénicilline

- altele:

- Autre :

3	Ați suferit deja o intervenție chirurgicală?	DA	NU
	<i>Avez-vous eu une intervention chirurgicale ?</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>

Dacă da, care? - ORL (urechi, nas, laringe)

Si oui, laquelle ? - ORL (oreille, nez, larynx)

- oftalmologie

- Ophtalmique

- alta:

- Autre :

4	Aveți probleme de sănătate?	DA	NU
	<i>Avez-vous des problèmes de santé ?</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>

- | | | | | |
|----|---|--|------------------|------------------|
| a. | Afecțiuni cardiace?
<i>Problème cardiaque ?</i>

Dacă da, care?
<i>Si oui, lequel ?</i> | - Infarct
<i>- Infarctus</i>

- Febră reumatică
<i>- Rhumatisme articulaire aigu</i>

- Proteză valvulară
<i>- Prothèse valvulaire</i>

- Antecedente de infecții bacteriene a valvelor cardiace
<i>- Antécédent d'infection bactérienne des valves cardiaques</i>

- Cardiopatie congenitală cianotică
<i>- Cardiopathie congénitale cyanogène</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| b. | Probleme de tensiune?
<i>Problème de tension ?</i>

Dacă da, este echilibrată?
<i>Si oui, est-elle équilibrée ?</i> | | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| c. | Probleme la nivelul rinichilor?
<i>Problème au niveau des reins ?</i> | | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| d. | Probleme cu ficatul?
<i>Problème au niveau du foie ?</i>

Dacă da, care?
<i>Si oui, lequel ?</i> | - Hepatită virală
<i>- Hépatite virale</i>

- Ciroză
<i>- Cirrhose</i>

- Alta:
<i>- Autre :</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| e. | Probleme cu nervii?
<i>Problème nerveux ?</i>

Dacă da, care?
<i>Si oui, lequel ?</i> | - Epilepsie
<i>- Epilepsie</i>

- Pierderi de cunoștință
<i>- Perte de connaissance</i>

- Alta:
<i>- Autre :</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| f. | Probleme pulmonare?
<i>Problème pulmonaire ?</i>

Dacă da, care?
<i>Si oui, lequel ?</i> | - Astm
<i>- Asthme</i>

- Tuberculoză
<i>- Tuberculose</i>

- Alta:
<i>- Autre :</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |

- | | | | |
|----|---|------------------|------------------|
| g. | Probleme sanguine?
<i>Problème au niveau du sang ?</i>

Dacă da, care? - Anemie
<i>Si oui, lequel ? - Anémie</i>

- Hemofilie
<i>- Hémophilie</i>

- Alta:
<i>- Autre :</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| h. | Probleme la nivelul sinusurilor?
<i>Problème de sinusite ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| i. | Probleme de tensiune la nivelul ochilor?
<i>Problème d'hypertension dans l'œil ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| J. | Probleme de imunodeficiență?
<i>Problème d'immunodéficience ?</i>

Dacă da, care? - HIV
<i>Si oui, quoi ? - HIV</i>

- Transplant
<i>- Greffe</i>

- Alta:
<i>- Autre :</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 5 | Sunteți diabetic/ă?
<i>Etes- vous diabétique ?</i>

Este echilibrat?
<i>Est-il équilibré ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 6 | Suferiți de osteoporoză?
<i>Avez-vous de l'ostéoporose ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 7 | Luați sau ați luat deja bifosfanați?
<i>Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des biphosphonates ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 8 | Ați facut chimioterapie?
<i>Avez-vous eu de la chimiothérapie ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 9 | Ați facut tratamente cu raze X?
<i>Avez-vous reçu des traitements par rayon X ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 10 | Aveți dependențe?
<i>Avez-vous des addictions ?</i>

Dacă da, care? - Alcool
<i>Si oui, lesquelles? - Alcool</i>

- Droguri
<i>- Drogue</i>

- Altele:
<i>- Autre :</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |

- | | | | |
|----|--|------------------|------------------|
| 11 | Ați avut complicații în urma unei anestezii locale?
<i>Avez-vous présenté des complications à la suite d'une anesthésie locale?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| | Dacă da, care?
<i>Si oui, quoi ?</i> | | |
| | - erupție cutanată
<i>- Eruption cutanée</i> | | |
| | - stare generală de rău
<i>- Malaise</i> | | |
| | - umflări ale feței
<i>- Gonflement du visage</i> | | |
| | - Alta: | | |
| | - Autre : | | |
| 12 | Sunteți însărcinată?
<i>Etes-vous enceinte ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 13 | Alăptați?
<i>Allaitez-vous ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 14 | Fumați?
<i>Fumez-vous ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 15 | Aveți posibilitatea de a veni însoțit de cineva care poate traduce/interpreta la următorul consult?
<i>Avez-vous la possibilité de venir avec un accompagnant capable de traduire au prochain rendez-vous ?</i> | DA
<i>OUI</i> | NU
<i>NON</i> |
| 16 | Ați putea aduce cele mai recente analize de sânge le-ați făcut, vă rog?
<i>Merci de ramener le dernier bilan sanguin que vous avez réalisé.</i> | | |

Data :/...../.....
Fait le :

Semnatura :
Signature :

Annexe : Comment lire le roumain ?

Prononciation :

ă = eu

â / î = eu

ci = tchi

e = é

ș = ch

ț = tse

țin = ti

u = ou

Particularités :

Le mot dent français indiquant n'importe quelle dent de la bouche n'existe pas en roumain.

Le mot dinte signifie les dents haut et bas antérieurs de canine à canine.

Tandis que les dents postérieures (pré-molaires et molaires) se traduisent par molar ou măsea.

L'EXAMEN CLINIQUE

1. Anamnèse

1. Care este motivul pentru care v-ați prezentat?

Pourquoi venez-vous ?

2. Unde vă doare?

Où avez-vous mal ?

3. De când aveți dureri?

Depuis quand avez-vous mal ?

a. Mai puțin de o zi

Moins d'un jour

b. Intre una și trei zile

Entre un et trois jours

c. Intre o săptămână și o lună

Entre une semaine et un mois

d. Mai mult de o lună

Plus d'un mois

4. Vă doare la rece? La cald? Cand mâncați pe parte respectivă?

Votre dent vous fait-elle mal au froid ? Au chaud ? Quand vous mangez sur cette dent ?

5. Durerea vă împiedică să dormiți?

Est-ce que ça vous empêche de dormir ?

6. Dacă puneți ceva rece (apă de exemplu) durerea cedează?

Est-ce que l'application de quelque chose de froid (de l'eau par exemple) calme la douleur ?

7. Aveți senzația că durerea pulsează (ca o inimă) in dinte?

Est-ce que vous avez l'impression que la douleur "bat dans votre dent" ?

8. S-a umflat déjà?

Est-ce que vous avez déjà gonflé ?

9. Ați luat medicamente? Ce anume? Acestea au calmat durerea?

Est-ce que vous avez pris des médicaments ? Lesquels ? Est-ce que ça a calmé vos douleurs ?

10. Vă sângerează gingiile?

Est-ce que vous saignez des gencives ?

2. Tests

a. Test au froid :

O să pun ceva rece pe dinte.

Je vais appliquer un produit froid sur la dent.

Simțiți senzația de rece?

Avez-vous la sensation de froid ?

Care senzație este mai dureroasă?

Laquelle vous fait le plus mal ?

b. Test de percussion :

O să lovesc/bat ușor in dinte.

Je vais taper légèrement sur la dent.

Vă doare? Care vă doare mai tare?

Est-ce que ça fait mal ? Quelle dent fait le plus mal ?

c. Palpation des tables osseuses :

Vă doare?

Est-ce que ça fait mal ?

d. Test de morsure :

Mușcați! Vă doare?

Mordez ! Est-ce que ça fait mal ?

Deschideți ! Vă doare ?

Ouvrez ! Est-ce que ça fait mal ?

PLAN DE TRAITEMENT

1. Avulsion :

Nu putem păstra acest dinte: este prea afectat. Trebuie scos.

On ne peut pas conserver cette dent : elle est trop abimée. Il faut l'enlever.

Rădacina este prea mică pentru a putea fi pastrată/caria este prea profundă.

La racine est trop courte pour être conservée/la carie est trop profonde.

2. Absces, cellulite :

Nu vom putea face extracția dintelui astăzi pentru că poate fi prea dureroasă, o să lăsam antibioticele să acționeze, și îl vom scoate săptămâna viitoare. În cazul în care continuă să se umfle va trebui să mergeți la urgență, pentru că prezintă un risc vital.

On ne va pas pouvoir extraire la dent aujourd'hui car cela risque d'être trop douloureux, on va laisser agir les antibiotiques, et on la retirera la semaine prochaine. Par contre, si le gonflement s'étend, il faudra aller aux urgences car il y a un risque vital.

3. Dent fracturée :

Dintele este spart/fisurat, o să îndepărtăm fragmentul stricat.

La dent est fracturée, je vais retirer le fragment cassé.

4. Pulpite :

Dintele nu trebuie scos, îl putem trata și păstra. Astăzi vom face un tratament de urgență, curățând dintele pentru a calma durerea și data viitoare, vom termina tratamentul. Trebuie să reveniți altfel dintele se va infecta din nou și veți avea dureri.

Il ne faut pas enlever votre dent : on peut la soigner et la garder. Aujourd'hui, on va faire le soin d'urgence, en nettoyant la dent pour vous soulager et la prochaine fois, on finira le soin. Il faudra revenir terminer le soin sinon votre dent va de nouveau s'infecter et les douleurs reviendront.

5. Curetage carieux :

O să încercăm să păstrăm dintele dar nu sunt foarte siguri că acest lucru va fi posibil.

O să încercăm deci să înlăturăm caria pentru a vedea dacă putem păstra dintele. Probabil va trebui scos, dar preferăm să încercăm să-l păstrăm.

Je vais essayer de garder votre dent mais ce n'est pas sûr du tout que ce soit possible.

Je vais donc retirer la carie pour voir si on peut garder votre dent. Il est possible qu'il soit nécessaire de l'enlever mais je préfère essayer de la garder.

6. Drainage abcès :

Aveți un abces, o să-l drenăm, adică să-l înțepam ca pe un coș (acnee) pentru a scoate puroiul (infecția).

Vous avez un abcès, on va le drainer, c'est-à-dire le percer pour que le pus s'écoule.

7. Revenez plus tard :

Din păcate este prea tarziu pentru a face tratamente, nu mai avem acces la instrumente. Puteți reveni luni/marți/miercuri/joi/vineri, la ora 8 :30 / 13 :30?

Malheureusement, il est trop tard pour faire le soin, nous n'avons plus accès au matériel. Pouvez-vous revenir lundi/mardi/mercredi/jeudi/vendredi à 8h30/13h30 ?

8. Dent laissée ouverte :

Astăzi nu vom pune pansament în dinte pentru că este prea infectat, dar trebuie să reveniți absolut luni/marți/miercuri/joi/vineri la ora 9/14 pentru a dezinfecța din nou și pentru a aplica un pansament. Va trebui apoi să continuați să veniți la ședinte pentru a termina tratamentele.

Aujourd'hui, on ne met pas de pansement dans la dent car elle est trop infectée. Il faudra absolument revenir lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi à 9h/14h, pour désinfecter à nouveau et mettre un pansement. Il faudra ensuite venir aux rendez-vous suivants pour terminer les soins.

9. Problème parodontal :

Durerea gingivală poate fi la fel de dureroasă ca o durere de dinți, este cauzată de un blocaj de mâncare între dinți care provoacă umflarea gingiei, tratamentul este curățarea zonei.

Une douleur gingivale peut être aussi douloureuse qu'une douleur dentaire. Elle est due à un bouchage alimentaire entre les dents qui provoque un gonflement gingival. Le traitement est un nettoyage de la zone.

10. Pouvez-vous venir accompagné d'une personne qui parle français ? :

Aveți o cunoștință care vorbește limba franceză pe care s-o putem suna pentru a-i explica ce tratamente trebuie facute?

Avez-vous un ami qui parle français que l'on pourrait appeler pour vous expliquer les soins à réaliser ?

11. Consentement du patient:

Sunteți de acord cu soluția pe care v-o propun?

Êtes-vous d'accord avec la solution que je vous propose ?

12. Dent provisoire :

Pentru a face un dinte provizoriu trebuie facut un devis care trebuie achitat înainte, pentru că acesta nu este rambursat de către asigurarea socială.

Pour faire une dent provisoire il faut faire un devis que vous devez régler avant. Cet acte n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

13. Aller à MSL :

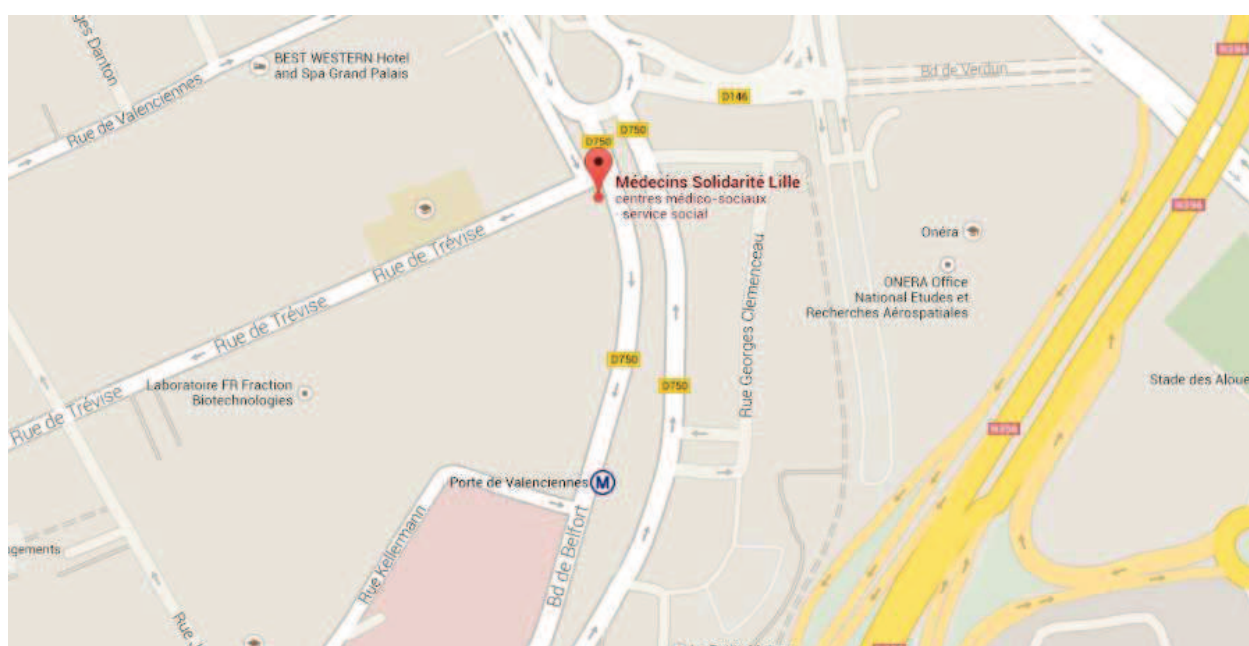
Trebuie să mergeți să căutați medicamentele la MSL (Médecins solidarité Lille), bulevardul Belfort numărul 4, in Lille, stația de metrou Valenciennes.

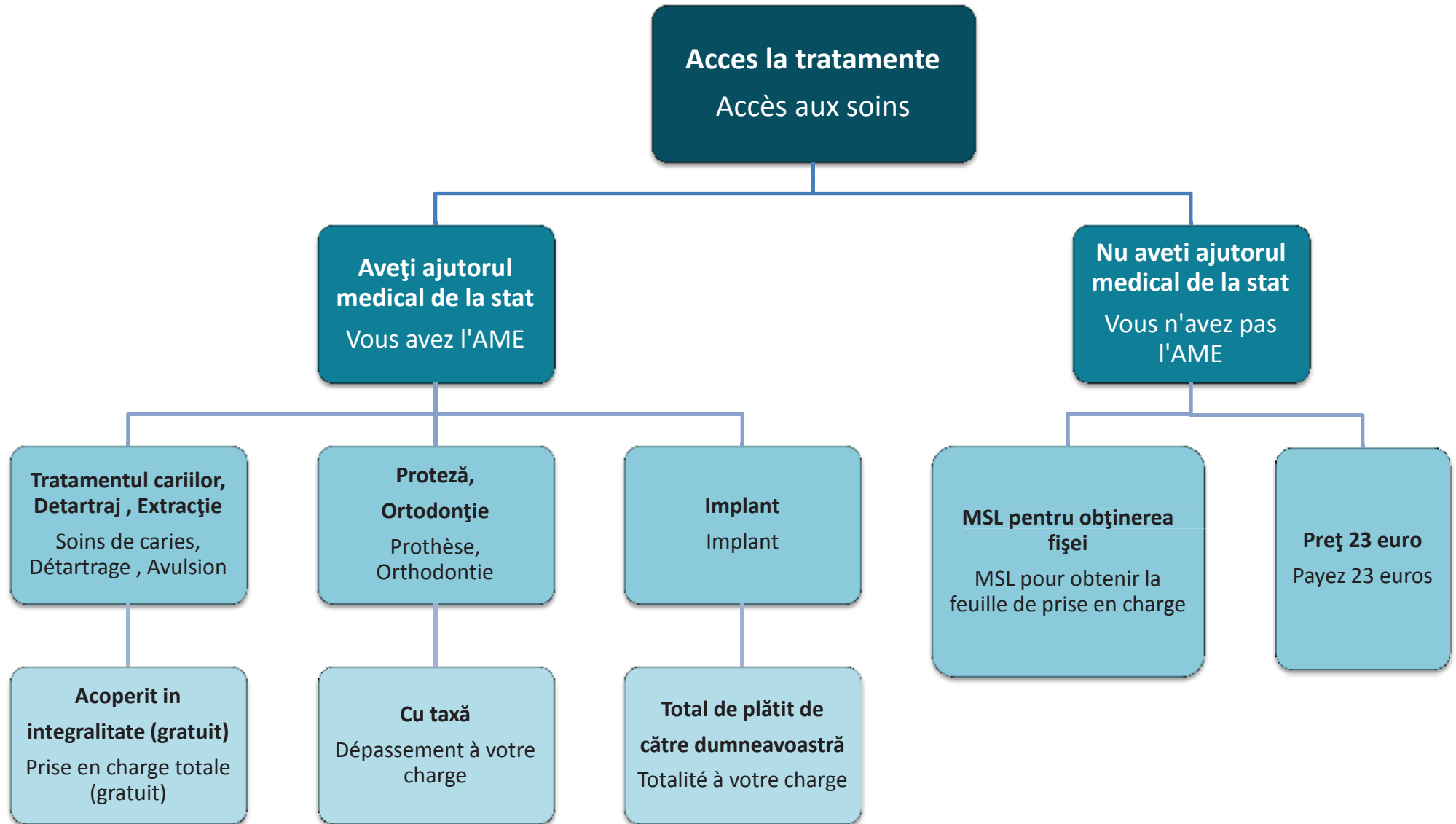
Il faut aller chercher les médicaments à MSL (Médecins Solidarité Lille), 4 boulevard de Belfort à Lille, Métro porte de Valenciennes.

Trebuie să mergeți la MSL pentru repararea protezei, adăugarea unui dinte la proteză. Vor face asta gratuit.

Il faut aller à MSL pour la réparation de prothèse/rajouter une dent sur la prothèse. Ils vous le feront gratuitement.

Médecins Solidarité Lille
4 Boulevard de Belfort 59000 Lille
03 20 49 04 77





LES PRESCRIPTIONS

- 1) Trebuie luat un comprimat dimineața, unul la prânz și un comprimat seara, în timpul mesei, timp de șapte zile. Nu trebuie sub nicio formă întrerupt tratamentul chiar dacă nu mai aveți dureri.

Il faut prendre un comprimé le matin, un comprimé le midi et un comprimé le soir pendant les repas, pendant sept jours. Il ne faut surtout pas interrompre le traitement même si vous n'avez plus mal.



- 2) Paracetamolul este pentru a calma durerea. Nu trebuie să luați mai mult de patru comprimate pe zi, un comprimat la fiecare șase ore. Și trebuie să încetați administrarea dacă nu mai aveți dureri.

Le paracétamol permet de calmer la douleur. Il ne faut pas prendre plus de quatre comprimés par jour, un comprimé toutes les six heures. Et il faut arrêter de les prendre si vous n'avez plus mal.

CONSEILS POST-EXTRACTION

- Nu trebuie să fumați sau să consumați alcool timp de cel puțin două zile.

Il ne faut pas fumer, ni boire d'alcool pendant au moins deux jours.



- Trebuie să mâncați cald, și să evitați alimentele cu semințe.

Il faut manger tiède, éviter les grains.

- Puteți lua un comprimat de paracetamol imediat pentru a calma durerea și apoi un comprimat la șase ore dacă durerea persistă. Nu mai mult de patru comprimate pe zi.
Vous pouvez prendre un comprimé de paracétamol tout de suite pour calmer la douleur au réveil, puis un comprimé toutes les six heures si les douleurs persistent. Pas plus de quatre comprimés par jours.
- Atenție să nu vă mușcați.
Attention de ne pas vous mordre jusqu'au réveil.
- Dacă sangerarea nu se oprește, trebuie să mușcați o compresă timp de 10 minute, nu scuipați, nu sângerați, compresați.
Si le saignement ne s'arrête pas, il faut mordre sur une compresse 10 minutes. Ne pas cracher, ne pas faire saigner, compresser.
- Incepeți spălăturile în două zile. Diluați jumătate cu apă, clătiți gura de trei ori pe zi, după fiecare periaj păstrați un minut apa în gură, nu înghițiți, nu clătiți. Dacă aveți prescris PAROEX nu trebuie să-l diluați.
Commencer le bain de bouche dans deux jours. Diluer de moitié avec de l'eau. Rincer la bouche trois fois par jour, après chaque brossage. Garder une minute en bouche, ne pas avaler, ne pas rincer. Si prescription de PAROEX il ne faut pas le diluer.

VOCABULAIRE

1. Mini questionnaire médical pour patient analphabète.

- Aveți probleme de sănătate?
Avez-vous des problèmes de santé ?

- Luați medicamente?
Prenez-vous des médicaments ?

- Aveți alergii?
Avez-vous des allergies ?
 - La antibiotice
Aux pénicillines
 - La latex
Au latex
 - La analgezice
Aux antalgiques

2. Vocabulaire complémentaire.

1. Bună ziua.
Bonjour.

2. Semnați aici.
Signez ici.

3. O să facem o radiografie, vă rog să mă urmați.
Nous allons faire une radio, suivez-moi.

4. Trebuie :
Il faut :
 - Scos dintele
Enlever la dent
 - Scos nervul
Dévitaliser la dent
 - Tratată caria
Soigner la carie

5. Vă doare?
Est ce que ça fait mal ?

6. O să facem anestezie, o să amorțim (adormim) dintele.
Nous allons faire l'anesthésie.
7. Trebuie să reveniți, tratamentul nu este terminat.
Il faudra revenir, le soin n'est pas terminé.
8. Așteptați doua ore înainte să mâncați, mâncați mai degrabă pe cealaltă parte.
Attendez deux heures avant de manger sur cette dent, mangez plutôt de l'autre côté.
9. O să punem o rășină/material impermeabil (etans).
Nous allons mettre une résine/un matériau étanche.
10. O să punem un pansament, este temporar.
Nous allons mettre un pansement, c'est temporaire.
11. Trebuie să vă spălați pe dinți de trei ori pe zi dacă se poate.
Il faut se brosser les dents trois fois par jour si possible.
12. Trebuie să luați Ventoline-ul cu dumneavoastră la fiecare intalnire.
Il faut pendre votre Ventoline avec vous à chaque rendez-vous.

Annexe 5

Questions aux enseignants

Voici le questionnaire adressé aux enseignants :

1. Que pensez-vous de la prise en charge des patients de langue étrangère au CHR ? Et au cabinet libéral ?
2. Que souhaiteriez-vous améliorer ?
3. Que pensez-vous du questionnaire médical ? Que souhaiteriez-vous voir apparaître dans le questionnaire médical ?
4. Quels moyens proposez-vous pour améliorer leur prise en charge ?
5. Que souhaiteriez-vous expliquer à ces patients :
 - Concernant les soins ?
 - En termes de prévention ?
6. D'après vous, quelles langues doivent être traduites en priorité ?
7. La méthode à adopter pour traduire ? Pour communiquer avec eux ?
8. Savez-vous vers quelle institution orienter les patients ? Quels sont leurs droits sociaux ? Qu'est-ce que l'AME ? Quels soins dentaires sont pris en charge intégralement par cette couverture sociale ?
9. Avez-vous des demandes particulières ?

Contribution à la prise en charge de patients allophones par la création de fiches de traduction en chirurgie dentaire / **CAROUX Annie**.
88 pages. 5 illustrations. 74 Références.

Domaines : Déontologie et législation. Thérapeutique.

Mots clés Rameau: Relations dentiste-patient ; Immigrés - Soins médicaux ; Allophones - Soins médicaux

Mots clés FMeSH: Relations dentiste- patient ; Barrières de communication

La barrière linguistique complique la prise en charge des patients allophones et compromet le respect des obligations légales du chirurgien dentiste. En effet, le praticien est dans l'obligation de délivrer une information claire, compréhensible et adaptée au patient en vue d'obtenir son consentement éclairé, ce qui est impossible sans support de traduction. Par ailleurs, des incompréhensions peuvent susciter des erreurs diagnostiques et thérapeutiques préjudiciables au patient. Il apparaît donc nécessaire de mettre en place un outil pratique permettant d'intervenir dans l'urgence. Pour tenter de pallier ces difficultés, le choix s'est porté sur des fiches de traduction en anglais, en arabe et en roumain.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur P.H. DUPAS

Assesseurs : Madame le Docteur Céline CATTEAU

Madame le Docteur Pauline DEWEERDT

Madame le Docteur Marie-Anne ELSERMANS

Membre invité : Madame le Docteur Malika OULD AKLOUCHE