

Modalités et difficultés de communication rencontrées par les patients syriens non francophones en consultation de Médecine Générale en Seine-Maritime et dans l'Eure

Mathilde Salomon

▶ **To cite this version:**

Mathilde Salomon. Modalités et difficultés de communication rencontrées par les patients syriens non francophones en consultation de Médecine Générale en Seine-Maritime et dans l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01801152

HAL Id: dumas-01801152

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01801152

Submitted on 28 May 2018

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

SALOMON Mathilde

NEE le 06/03/1988 à Rouen (Seine-Maritime)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19/04/2018

Modalités et difficultés de communication rencontrées par les patients syriens non francophones en consultation de Médecine Générale en Seine Maritime et dans l'Eure

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thomas BOUREZ

Membres du Jury : Madame le Professeur Élisabeth MAUVIARD

Monsieur le Docteur Joël LADNER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie

Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile

Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale

Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie

Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie Organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS....13

ABREVIATIONS....15

PARTIE 1 : CONTEXTE....16

1 - La situation en Syrie et dans les pays limitrophes....16

2 - Le parcours du primo-demandeur d'asile....18

2-1 La demande d'asile....18

2-2 L'instruction de la demande d'asile....18

2-3 L'accueil des demandeurs d'asile....19

2-4 Et après ?....19

2-5 Les structures associatives....20

2-6 La situation en Europe....21

2-7 Les demandes d'asile des Syriens en France....22

3 - La situation sanitaire des migrants 23

3-1 En France....23

3-2 En Europe....24

3-3 Motifs de consultation des patients migrants....25

3-4 L'état de santé des patients Syriens....25

4 - Les consultations du point de vue des patients migrants et des médecins généralistes....27

4-1 Le point de vue des patients migrants....27

4-2 Le point de vue des médecins généralistes....29

4-3 Consultations des patients migrants au niveau Européen....31

5 - La communication et ses modalités chez les patients non francophones....32

5-1 La communication non verbale et verbale....32

5-2 L'apprentissage du français par les patients allophones....33

5-3 Les outils de traduction / l'interprétariat....35

5-3-1 Communication médecin-patient 35

5-3-2 Études concernant la communication dans les consultations avec les patients allophones....35

5-3-3 Point de vue des patients allophones....36

5-3-4 Point de vue des médecins....37

5-3-5 Recommandations nationales et internationales concernant l'interprétariat.....39
6 - Pourquoi cette thèse ?.....41
6-1 Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients allophones.....41
6-2 Les patients syriens.....41
PARTIE 2 : L'ENQUETE.....43
1 – MATERIEL ET METHODE.....43
1-1 Description de l'étude.....43
1-2 Élaboration du questionnaire.....43
1-3 Population étudiée.....44
1-4 Lieux de recueil des questionnaires.....44
1-5 Recueil et analyse des données.....44
2 – RESULTATS.....46
2-1 Caractéristiques démographiques des patients inclus.....46
2-2 Moyens de communication utilisés et préférés.....48
2-3 Difficultés de communication.....51
2-4 Propositions pour améliorer la communication.....58
2-5 Facteurs influençant le fait de se faire comprendre.....59
3 – DISCUSSION.....61
3-1 Qualité de la communication avec le médecin traitant.....61
3-2 Moyens de communication utilisés et préférés par les patients.....63
3-2-1 les traducteurs électroniques.....63
3-2-2 l'interprétariat informel.....63
3-2-3 l'utilisation d'une langue commune au médecin généraliste et au patient.....64
3-2-4 l'interprétariat professionnel.....65
3-3 Apprentissage et maîtrise du français.....68
3-4 Refus de soins et renoncement aux soins.....70
3-5 Biais de l'étude et représentativité de l'échantillon.....70
4 – CONCLUSION.....72
ANNEXES.....74
1 - Questionnaire en français.....74
2 - Questionnaire en arabe.....79
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....84

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL, je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté au sujet. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements d'avoir accepté de présider ce jury et de juger mon travail,

A Madame le Professeur Elisabeth Mauviard, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour ces sessions d'Enseignement Dirigé animées permettant l'échange enrichissant de nos expériences lors de l'internat de médecine générale,

A Monsieur le Docteur Joël Ladner, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail et de l'attention que vous y avez porté,

A Monsieur le Docteur Thomas Bourez, merci de m'avoir aidée et soutenue durant l'année passée, merci pour tes remarques toujours pertinentes et de ta grande disponibilité. Merci pour ta passion et ton enthousiasme communicatifs dans la pratique de la médecine générale. La relation que tu entretiens avec tes patients et ta manière d'exercer resteront toujours un exemple à suivre pour moi.

Aux assistantes sociales des associations de demandeurs d'asile, qui ont pris de leur temps pour m'aider à rencontrer des patients syriens, à Isabelle, à l'association Takafol, qui ont aidé à rendre cette thèse possible. Aux patients syriens pour leur gentillesse et leur accueil chaleureux.

A mes parents, merci pour votre générosité, votre soutien indéfectible et votre amour. Merci de m'avoir épaulée dans mes moments de doute. Merci pour l'exemple que vous m'apportez.

A François, pour ton amour, ta patience à toute épreuve, tes conseils avisés. Merci pour tous ces voyages au bout et autour du monde, et merci de me rendre heureuse.

A Mélanie et Adrien, pour leur présence et leur chaleur auprès de leur éternelle étudiante de sœur ! Merci à Benoît et Justine de participer au bonheur de ceux qui me sont chers.

A Margot, Émilie et Jeanne, des plus que cousines, pour leurs encouragements et ces bon moment de week-end familiaux passés et à venir. Sans oublier Adrian !

A Raphaël, Élise, Chloé et son petit frère, pour avoir apporté de la gaîté et de la jeunesse à une famille qui n'en manquait déjà pas !

A Sarah, merci pour ton amitié toujours aussi forte malgré la distance, et pour ces voyages qui nous ont rapprochées à chaque fois un peu plus.

A Anne, Jacques, Florent, Marie, Stéphane et leurs petits pour m'avoir accueillie chaleureusement dans leur famille.

A Maud (pour notre amitié de bac à sable), Hanane et Florence, pour ces soirées qui m'ont un peu sortie de la médecine pour me plonger … dans la pharmacie ! Un grand merci en particulier à Hanane pour avoir usé de ses talents de traductrice ! A Charles et Elisa, Sofya et Rémi, Fred et Fanny, Nico et Salomé pour leur amitié et leur bienveillance.

A mes grand-parents et à Béatrice, qui me manquent et que j'aurais souhaité rendre fiers.

ABREVIATIONS

AME : Aide médicale d'état

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'accueil des demandeurs d'asile

CAI : Contrat d'Accueil et d'Intégration

CAO : Centre d'accueil et d'orientation

Caso : Centre d'accueil, de soins et d'orientation

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des virus de l'immunodéficience humaine

CIR : Contrat d'Intégration Républicaine

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

DILF : Diplôme initial de langue française

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

HAS : Haute Autorité de Santé

HCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

IC : Intervalle de confiance

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

MSL : Médecins Solidarité Lille

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

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : Odds ratio

PASS : Permanence d'accès aux Soins de Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

En 2016, l'Organisation mondiale de la santé a recommandé de « veiller à ce que tous les réfugiés et les migrants de la région européenne jouissent d'une bonne santé » et a encouragé les Etats membres de l'Union Européenne à « adopter des stratégies novatrices, dont des sondages et des méthodes qualitatives, pour recueillir des données sur les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants ».

PARTIE 1 : CONTEXTE

Pour tenter de comprendre les modalités et les difficultés de communication rencontrées par les patients syriens ne parlant pas ou peu français, il semble important de connaître dans un premier temps leur parcours migratoire jusqu'en France, les mécanismes de la demande d'asile et la situation sanitaire des patients migrants en France. Dans un second temps seront évoqués les modes de communication utilisés lors des consultations de médecine générale avec les patients allophones (c'est à dire ayant une langue maternelle distincte de celle du pays où ils se trouvent) et le point de vue des médecins généralistes et des patients concernant ces consultations sera étudié.

1 - La situation en Syrie et dans les pays limitrophes

Selon l'ancien Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, Ban Ki-Moon, la guerre en Syrie constitue l'une des plus grandes crises de réfugiés et de déplacés de notre temps. En septembre 2017, l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés recensait plus de 5 millions de réfugiés syriens dans le monde (22,4 millions d'habitants en Syrie avant 2011), dont plus de 3 millions en Turquie, plus d'un million au Liban et plus de 650 000 en Jordanie. La guerre en Syrie ayant commencé en mars 2011, les capacités d'accueil des pays voisins de la Syrie ont largement été dépassées. Les réfugiés syriens se tournent maintenant notamment vers l'Europe (en 2015 : environ 250 000 Syriens ont traversé la Méditerranée (1), en 2016 : 335 000 primo-demandeurs d'asile syriens dans l'Union Européenne des vingt-huit (2)). Le dispositif des réinstallés syriens permet depuis 2015 d'accueillir sur le territoire français des personnes syriennes en situation de vulnérabilité réfugiées au Liban, en Jordanie et en Turquie, afin d'éviter les flux migratoires périlleux pour ces populations.

En ce qui concerne la santé des Syriens en Syrie, en 2017, selon une enquête des Nations Unies, plus de la moitié des centres de premiers soins et des hôpitaux ont été détruits et environ 2/3

des professionnels de santé ont fui le pays (3). Le taux de pauvreté (proportion de personnes dont les biens et services minimum ne sont pas suffisants pour survivre) est de 82,5% fin 2014 (30% en 2010). L'espérance de vie sexes confondus en 2015 est de 64,1 ans (75,9 en 2010). Cette nette régression s'explique en grand partie par les décès liés au conflit syrien (*Figure 1*). Dans les pays limitrophes de la Syrie, l'aide médicale à destination des Syriens est portée par les services médicaux usuels, parfois payants, et les associations humanitaires.

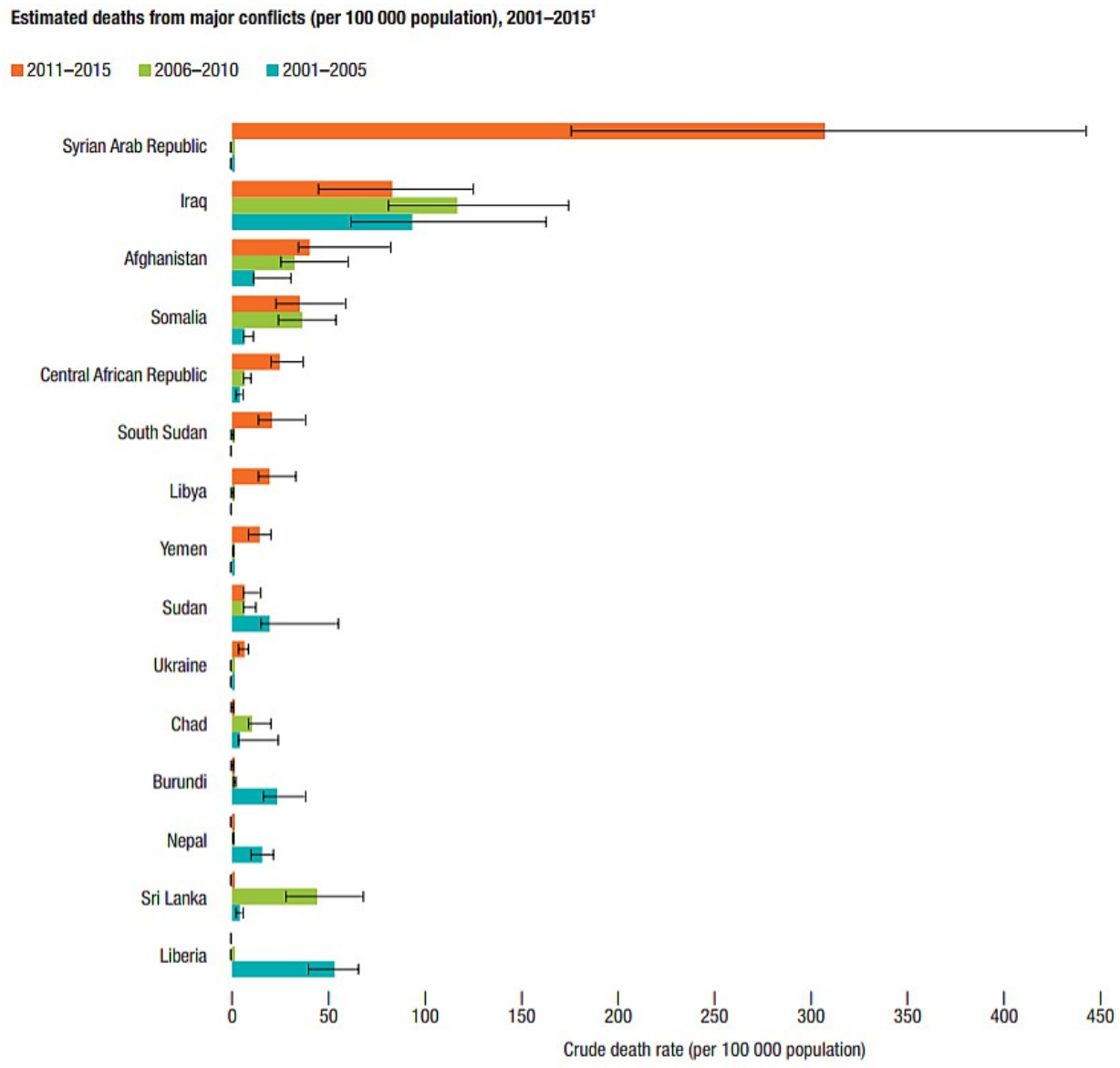


Figure 1 : Taux de décès brut estimé pour 100 000 personnes causés par des conflits de 2001 à 2015.

Source : Organisation Mondiale de la Santé (4)

2 - Le parcours du primo-demandeur d'asile

2-1 La demande d'asile

Le parcours du primo-demandeur d'asile résidant en Seine-Maritime débute auprès de l'association France Terre d'Asile, dont une antenne est à Rouen. Cette structure conventionnée par l'État est chargée du premier accueil, pour un enregistrement de la demande. Les personnes sont ensuite reçues par le guichet unique de la préfecture dans les deux à trois jours pour une vérification de leur situation administrative, délivrance d'une attestation de demande d'asile valable 1 mois, renouvelée pour 6 à 9 mois après le dépôt du formulaire de demande d'asile à l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). En novembre 2016, selon la Préfecture de Seine-Maritime, la durée moyenne de traitement d'une demande d'asile est de 15 mois.

2-2 L'instruction de la demande d'asile

La procédure de demande d'asile peut aboutir à plusieurs statuts :

- le statut de réfugié qui peut être accordé pour 10 ans sur trois fondements :
  - l'asile conventionnel selon le principes de la convention de Genève (28/07/1951) : le statut de réfugié est délivré à « toute personne qui (…) craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut, du fait de cette crainte, ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays » ;
  - l'asile constitutionnel, qui tire son origine de l'alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946. Le statut de réfugié est accordé à « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté » ;
  - le mandat du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) : pour les personnes reconnues réfugiées par le HCR sur la base des articles 6 et 7 de son statut.
- La protection subsidiaire accordée pour un an, renouvelable pour 2 ans, qui protège les personnes qui, ne remplissant pas les conditions inscrites dans la Convention de Genève, sont néanmoins exposées à des « menaces graves » en cas de retour dans leur pays (la peine de mort, la torture, peines ou traitements inhumains ou dégradants, une menace grave directe

et individuelle contre la vie ou la personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international).

- Le rejet de la demande. Dans ce cas, un recours peut être fait auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile

Les autres demandes d'autorisation de séjour en France concernent les étudiants, les travailleurs, les visiteurs, le regroupement familial, le séjour pour soins.

2-3 L'accueil des demandeurs d'asile

L'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) est responsable de la prise en charge des demandeurs d'asile en termes d'accompagnement administratif et d'hébergement. Il coordonne et anime le Dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés en gérant le dispositif d'accueil en Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA). Il existe 3 CADA dans l'Eure et 7 CADA en Seine-Maritime qui assurent l'accueil, l'hébergement ainsi que l'accompagnement social, sanitaire et administratif des demandeurs d'asile (pendant une durée moyenne de 6 à 9 mois selon la préfecture de Seine-Maritime).

Les Centre d'accueil et d'orientation (CAO) sont des structures d'hébergement temporaire, mises en place en 2015, permettant un accompagnement administratif, sanitaire et social aux migrants, qu'ils soient demandeurs d'asile ou non, afin d'offrir « *un temps de répit* aux migrants, loin des réseaux de passeurs et des difficultés humanitaires existant à Calais et en région parisienne, afin de leur permettre de reconsidérer leur projet migratoire. » (5). 301 personnes étaient prises en charge par les CAO en Haute Normandie en décembre 2016 selon l'OFII. A terme, le but est de réorienter les personnes vers les CADA.

2-4 Et après ?

Les demandeurs d'asile peuvent déposer une demande d'autorisation de travail lorsque l'OFPRA n'a pas rendu sa décision dans un délai de 9 mois et bénéficient alors du statut de travailleur étranger. En attendant, il existe une allocation des demandeurs d'asile de 330 euros par

mois en moyenne, revenu modulé par la situation familiale, l'hébergement et les ressources personnelles. Quand la demande d'asile est acceptée par l'OFPRA, le réfugié bénéficie des mêmes droits sociaux que les citoyens français tels que le Revenu de Solidarité Active (RSA) ou l'Aide Personnalisée au Logement (APL) et son statut de travailleur est identique à celui des Français.

2-5 Les structures associatives

Les places en CADA étant limitées et réservées aux demandeurs d'asile, des associations à but non lucratif prennent le relais pour tenter de limiter le nombre de personnes sans logement : par exemple l'association Welcome, proposant aux particuliers de loger des migrants.

2-6 La situation en Europe

A l'échelle européenne, les politiques d'accueil des migrants sont variées (*Figure 2*).

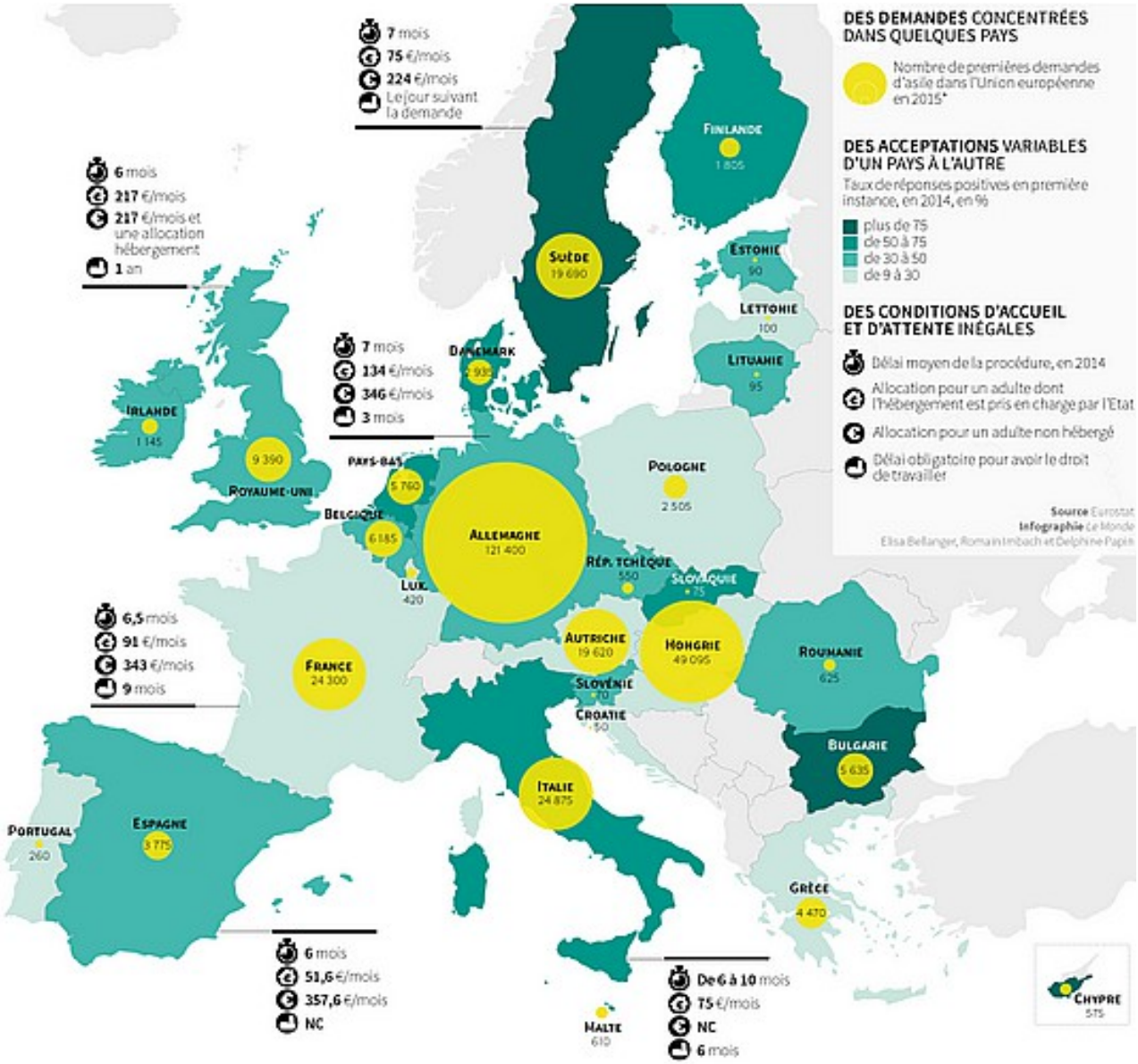


Figure 2 : Politiques d'accueil dans les pays européens en 2014 et 2015.

Issue de : Infographie : Le Monde. (6) Source : Eurostat.

2-7 Les demandes d'asile des Syriens en France

Selon le rapport du Ministère de l'Intérieur du 11/07/2017 (7), les Syriens constituent la 3ème nationalité la plus demandeuse d'asile en France en 2016 (3615 primo-demandeurs d'asile sur 78 371).

En 2012, selon l'OFPRA (8), les premières demandes syriennes ne représentaient que 450 dossiers hors mineurs (soit 1,1% de la demande totale) contre 3 615 à l'issue de l'année 2016 (5,7%). La demande syrienne a été multipliée par huit entre 2012 et 2016 (*Figure 3*).

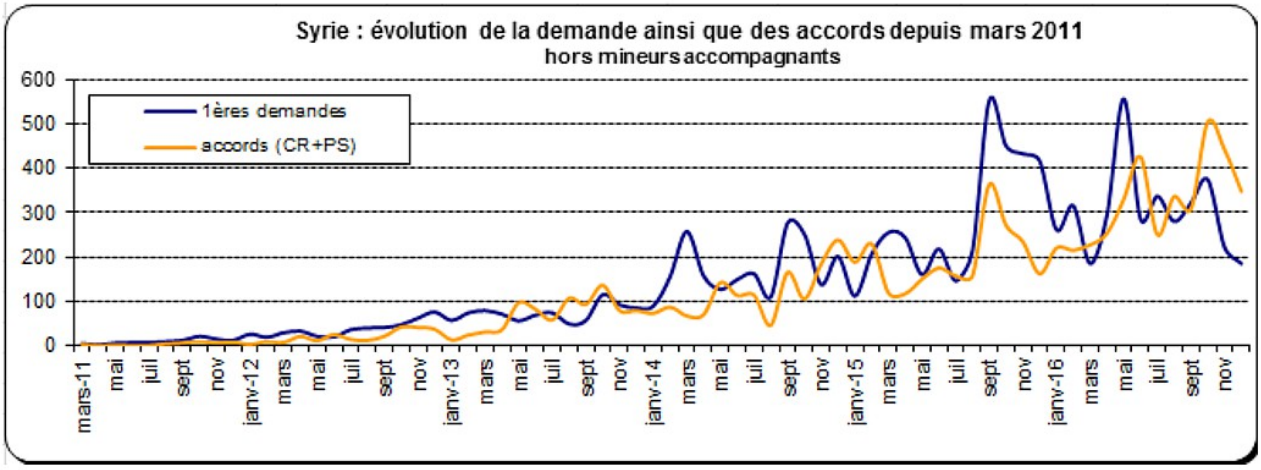


Figure 3

CR : asile conventionnel. PS : protection subsidiaire

Issue de : OFPRA, Focus sur la Syrie (8)

Sur la période considérée (mars 2011 – décembre 2016), 96,4% des dossiers des demandeurs d'asile syriens examinés ont fait l'objet d'une décision d'admission, 55,6% au titre de la convention de Genève et 40,7% au titre de la protection subsidiaire.

Lors des premières consultations médicales en 2016, 79,1% des Syriens sont demandeurs d'asile, viennent ensuite par ordre décroissant l'arrivée en France pour regroupement familial, les études, les autres motifs et les motifs économiques (9).

En Haute-Normandie, selon l'OFII, les demandeurs d'asile syriens étaient 200 en 2017.

3 - La situation sanitaire des migrants

3-1 En France

Concernant la protection maladie selon le statut de séjour, bénéficient de la CMU-c (Couverture Maladie Universelle de base + complémentaire gratuite) ou du régime général d'Assurance Maladie (selon les revenus) : les demandeurs d'asile, les personnes en demande de régularisation (convocation à la préfecture et autorisation provisoire de séjour) et les personnes avec une admission au séjour (autorisation provisoire au travail, carte de séjour temporaire 1 an, titre de séjour pluriannuel de 2 à 4 ans, carte de résident 10 ans). Les patients soumis à l'Aide Médicale d'État (AME) sont les étrangers sans papiers résidant en France depuis plus de 3 mois. Les étrangers sans papiers résidant en France depuis moins de 3 mois n'ont pas de couverture maladie et peuvent bénéficier selon la loi de « *soins urgents mettant en jeu le pronostic vital »* pour des soins gratuits à l'hôpital, ou de consultations de médecine générale par l'accès aux Permanence d'accès aux Soins de Santé (PASS) ou bien de consultations gratuites prodiguées par des médecins issus d'associations ou encore par des Médecins Généralistes de manière gracieuse (donnée non chiffrée à ce jour).

En France, la prise en charge médicale des migrants n'ayant pas encore de droit social ouvert (c'est à dire ceux qui n'ont pas encore demandé l'asile et en situation irrégulière depuis moins de 3 mois ou n'ayant pas fait de demande d'AME) repose d'abord sur les PASS mises en place par les établissements publics de santé dans un but médico-psycho-social pour la prise en charge des personnes en situation de précarité (12 structures dans l'Eure et la Seine-Maritime, plus de 400 en France), ainsi que les associations non gouvernementales (Médecins du Monde, Médecins sans Frontières entre autres en Haute Normandie). Ensuite, à l'ouverture des droits sociaux après la demande d'asile (CMU-c) ou pour les patients bénéficiant de l'AME, elle repose sur les cabinets de Médecine Générale. Parfois, les patients ayant des droits CMU-c ouverts choisissent de ne pas être suivis en Médecine Générale (poursuite de la prise en charge en PASS ou consultations aux urgences). Le *Tableau 1* montre les différences de régime d'assurance maladie selon le lieu de consultation, Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ou médecine générale.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients (N=34 952) selon la structure de consultation en France de décembre 2011 à mars 2012.

Issu de : Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville (10)

	Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde	Médecine générale de ville	p
	N=15 608 %	N=19 344 %	
Sexe (n=15 583)			
Femmes	39,7	57,5	p<0,0001
Hommes	60,3	42,5	
Classe d'âge (n=15 447)			
0-14 ans	9,8	16,4	
15-44 ans	68,0	30,3	
45-74 ans	21,6	40,7	p<0,0001
75 ans ou plus	0,6	12,6	
Régime d'assurance maladie (n=13 799)			
Aucun	94,8	0	
Standard	1,5	95,3	
Couverture maladie universelle	1,4	4,4	p<0,0001
Aide médicale d'État	2,3	0,3	

Des structures gratuites où la couverture sociale n'est pas exigée, ont été mises en place et ont des champs d'action spécifiques : les Protection Maternelle et Infantile (PMI), les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites et des infections sexuellement transmissibles), les Centres de Vaccination, les Centres de Planification et d'Éducation Familiale, les Consultations Dépistage et Orientations, les Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse.

3-2 En Europe

Au niveau européen, en 2010, les pays sont classés en trois grands groupes selon leur politique de prise en charge sanitaire des patients sans-papiers (11) :

- les pays dans lesquels ces patients n'ont aucun droit de prise en charge gratuite y compris pour des situations d'urgence : la Bulgarie, la République Tchèque, la Finlande, l'Irlande, la Lettonie, le Luxembourg, Malte, la Roumanie et la Suède,

- les pays dans lesquels ces patients n'ont pas de droit de prise en charge gratuite pour des soins primaires ou secondaires, mais des soins gratuits pour des situations d'urgence : l'Autriche, la Belgique, Chypre, le Danemark, l'Estonie, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, la Lituanie, la Pologne, la Slovaquie, la Slovénie et le Royaume-Uni,
- les pays dans lesquels ces patients ont accès à des soins gratuits ou à bas coût : la France, l'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne et le Portugal.

3-3 Motifs de consultation des patients migrants

S'agissant des motifs de consultation en France, selon l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS, 2017), les pathologies infectieuses sont très présentes (infections respiratoires aiguës, gale, syndromes grippaux) ainsi que des cas rapportés de violences et d'insécurité alimentaire dans les camps (Calais, Grande-Synthe, Paris) (12). 22% des migrants ayant consulté présentent des syndromes dépressifs. Lors des consultations dans les PASS, les troubles digestifs, les maladies infectieuses, les troubles musculo-squelettiques et les violences subies sont les principaux motifs de consultation rapportés. D'autre part, dans les Centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde, les motifs de consultation ont été comparés avec les motifs de consultation en médecine générale et montraient en médecine générale plus de demandes de renouvellement de prescription ou de suivi, de situations de prévention (11,7% versus 0,1%) et de consultations pour maladie métabolique ou cardiovasculaire (10). Ainsi, un accès facilité à la médecine de ville irait dans le sens d'une continuité des soins et d'une démarche de prévention.

On peut remarquer que pour les patients migrants, la recherche d'un logement, de papiers ou de quoi s'alimenter est ressentie comme prioritaire, de même que les difficultés climatiques et l'envie « d'avancer », notamment la recherche d'un travail (19) même si la première des priorités reste la prise en charge médicale (13).

3-4 L'état de santé des patients Syriens

En ce qui concerne la santé des Syriens, la situation de guerre a entraîné une nette régression de leur situation sanitaire : la couverture vaccinale du DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) des enfants de 1 an est passée d'un peu plus de 95% en 1990 à 41% en 2015 (14), la proportion d'enfants ayant reçu 3 doses du vaccin contre l'hépatite B est de 41% en 2015 (20) (la couverture vaccinale de

la population générale en Syrie était la plus basse de la région Est Méditerranéenne en 2015). Cela a eu pour conséquence d'induire une augmentation des cas de poliomyélite, rougeole, diphtérie. Les trois plus grandes causes de mortalité en 2012 sont : d'abord les décès liés au conflit, puis les infarctus du myocarde, puis les accidents vasculaires cérébraux (*Figure 4*). Les deux dernières décennies ont vu augmenter la morbidité et la mortalité dues aux cancers (vessie, poumons et leucémie chez les hommes ; seins, col de l'utérus et leucémie chez les femmes). D'autre part les cas de typhoïde, d'hépatite A et de leishmaniose sont croissants, ainsi que la malnutrition et les troubles mentaux (15).

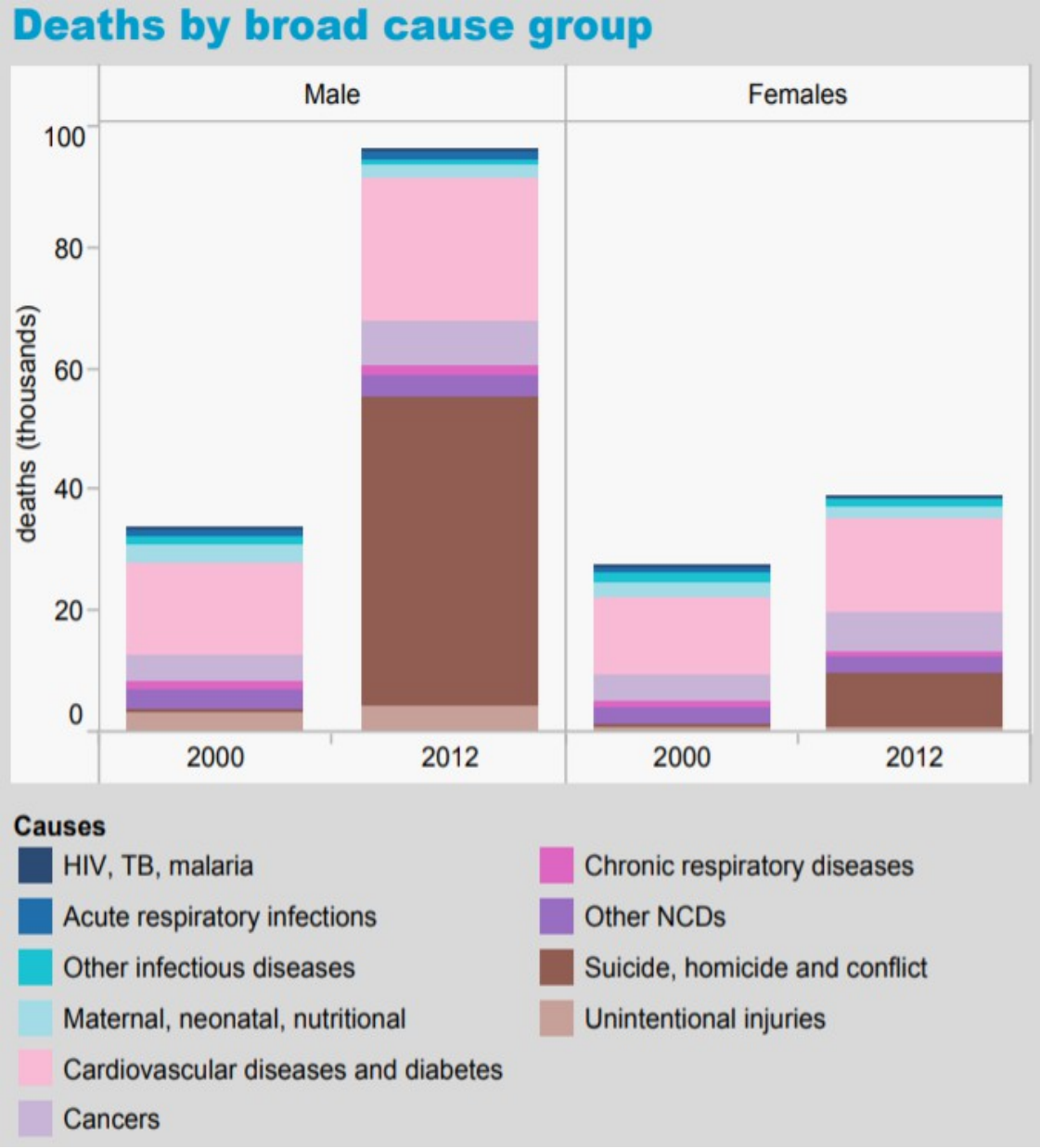


Figure 4 : Causes de mortalité des Syriens en 2000 et 2012.

TB : Tuberculosis – NCD : Non communicable diseases

Source : Organisation Mondiale de la Santé (14)

4 - Les consultations du point de vue des patients migrants et des médecins généralistes

4-1 Le point de vue des patients migrants

Les motifs de consultation rapportés par les patients migrants dans 30 PASS en 2016 (16), concernent surtout les pathologies digestives, puis infectieuses, musculo-squelettiques et enfin les maladies psychiatriques.

Concernant les freins à la consultation vécus par les patients migrants, une thèse de Médecine Générale (Federici, 2013), réalisée aux urgences de l'hôpital Bichat et interrogeant 189 patients migrants, montre que le suivi par un médecin généraliste concerne 80% des patients non migrants contre 60% des patients migrants en situation régulière et 30% des personnes en situation irrégulière (17). Les patients migrants suivis par un médecin généraliste déclaraient plus souvent un meilleur état de santé que les patients non suivis. L'ancienneté de résidence sur le territoire français favorisait le suivi par le médecin généraliste. La consultation directe aux urgences sans consulter un médecin généraliste était justifiée par les patients migrants par (par ordre de fréquence) : l'absence du médecin généraliste ou une méconnaissance du système de soins, un problème financier ou administratif (7% des patients déclaraient avoir été refusés par un médecin en ville du fait de leur couverture sociale par CMU ou AME), l'absence physique du médecin généraliste, le caractère urgent du problème de santé, les conseils d'une tierce personne, l'horaire des consultations qui ne convenaient pas, le souhait de réaliser une radiographie ou la contrainte de la prise de rendez-vous.

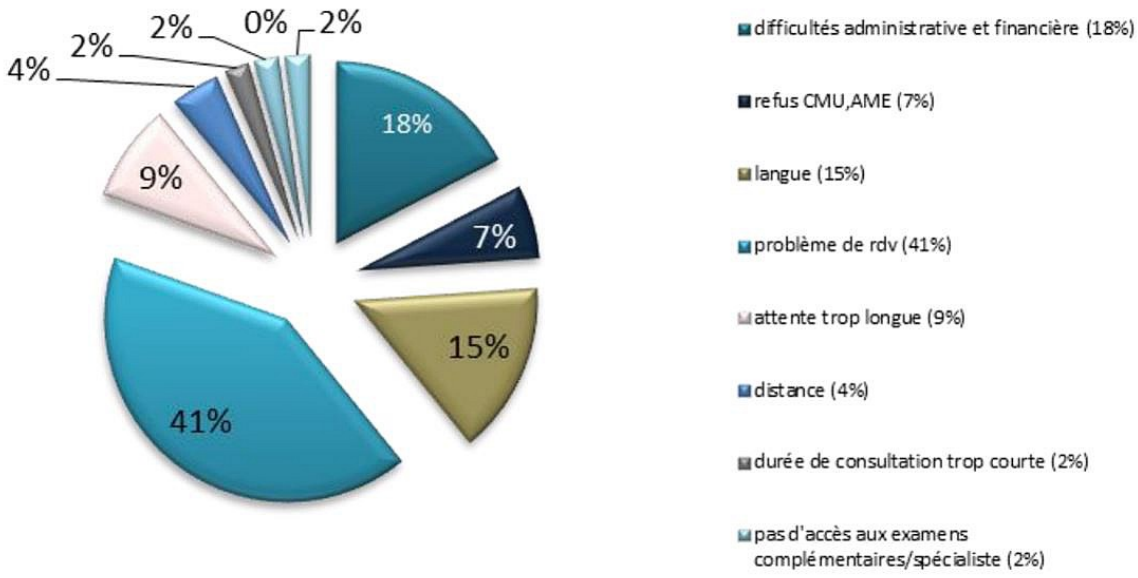


Figure 5 : Contraintes ressenties lors des consultations de médecine générale par les patients migrants

Issue de : La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. Federici, 2013 (17)

En médecine générale, l'une des problématiques ressenties par les patients était le problème de la langue (15%) (*Figure 5*), l'auteure de l'étude note que la communication ne semblait pas être meilleure aux urgences (aucun des patients ne le note dans les avantages donnés par le Service d'accueil des Urgences).

Dans l'étude qualitative de Mathieu (2011) sur les consultations des migrants en médecine générale, ceux-ci évoquaient les obstacles à la consultation : d'abord la barrière de la langue (avec parfois le refus de signaler leurs difficultés de compréhension au médecin), l'utilisation d'un interprète informel dont la traduction n'est pas « objective », les divergences de priorités et d'attentes entre le patient et le médecin, une crainte que le médecin ne puisse pas proposer une réponse à sa souffrance ou ne connaisse pas sa pathologie acquise dans son pays d'origine, la différence de sexe entre le médecin et son patient (18). Le sentiment après la consultation différait selon les patients : le soulagement, la satisfaction, le mécontentement du fait d'une durée de consultation trop courte, de la réponse non adaptée du médecin à la problématique annoncée. Concernant leur vision de la médecine de ville, les patients interrogés ont constaté une prise en charge comparable avec la médecine des PASS ou de Médecins Solidarité Lille (MSL), quelques-uns pensaient que la prise en charge devait être meilleure en ville, mais semblait être plus « commerciale ».

4-2 Le point de vue des médecins généralistes

Du point de vue du médecin généraliste, selon une étude qualitative sur la perception des médecins généralistes rennais concernant les patients immigrés (définis dans l'étude comme étrangers et arrivés en France après leurs 18 ans, Guillou, 2007), les médecins évoquaient une fréquence de consultation plus importante que pour la population française active (mais comparable à la fréquence de consultation des personnes sans emploi) (19). Les médecins reconnaissaient qu'ils parlaient peu ou pas des conditions d'arrivée de leurs patients sur le territoire français, soit par discrétion, soit par peur de ne pas pouvoir gérer la réponse, soit parce qu'ils ressentaient une méfiance des patients. Concernant les pathologies de ces patients, les médecins citaient d'abord les troubles psychologiques, puis les pathologies ostéo-articulaires et ensuite le diabète et l'obésité. Ils ne se sentaient pas démunis face à ces pathologies, qu'elles fussent usuelles ou tropicales, à l'exception des plaintes fonctionnelles qu'ils estimaient difficiles à traiter, d'autant plus lorsque la barrière de la langue intervenait. S'agissant de la prévention comme celle du tabagisme et de l'obésité, les médecins interrogés se sentaient en majorité très impuissants et incapables de jouer un rôle, par contre ils déclaraient effectuer les dépistages des cancers dans les mêmes proportions que dans la population générale.

D'autre part l'enquête notait que l'accès aux soins est un des modes d'intégration dans la société les plus faciles (en comparaison avec l'accès au logement, à un emploi, à une situation administrative stable).

Une étude a listé les barrières d'accès aux soins pour les patients migrants (*Tableau 2*).

Tableau 2 : Barrières d'accès à des soins de qualité pour les patients migrants ou d'origine étrangère

Issu de : Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : Quels besoins, quels outils, quel impact? (20)

Au niveau du patient
Manque de connaissances linguistiques
Manque de connaissances du système de santé et référence basée sur un autre système
Difficultés financières (franchise, absence d'assurance maladie)
Pression de l'employeur (horaire de consultation)
Manque de connaissances en santé
Manque de confiance dans le soignant
Crainte de la dénonciation (illégalité du statut)
Au niveau du soignant
Manque de compétences cliniques transculturelles
Manque de connaissances médicales théoriques (pathologies et traitements spécifiques)
Non-conscience de son propre contexte (personnel, professionnel)
Tendance aux stéréotypies et à la stigmatisation
Au niveau du système
Manque de données statistiques à propos de la patientèle migrante ou d'origine étrangère
Absence ou manque de services de traduction/médiation socioculturelle
Manque d'information adaptée (signalétique, documentation)
Personnel soignant peu diversifié sur le plan socioculturel
Augmentation de la technicité des actes médicaux au détriment de la communication
Pression pour l'efficience des soins en général
Contexte légal contraignant

4-3 Consultations des patients migrants au niveau Européen

Au niveau européen, une étude interrogeant 16 pays sur leurs pratiques (Priebe et al., 2011), a souligné différents points posant des difficultés lors de la prise en charge des patients migrants : la barrière de la langue d'abord (induisant un examen clinique et des examens complémentaires plus poussés, un accès à l'interprétariat souvent compliqué et l'intervention des enfants pour la traduction, vécus comme problématiques), puis les difficultés pour garantir des soins aux migrants sans-papiers, la précarité et les expériences traumatiques, la mauvaise connaissance du système de soins par les migrants, une compréhension diverse de la maladie et des traitements, les différences culturelles, la méfiance envers le personnel de santé et enfin les problèmes d'accès aux antécédents des patients (21). Tous ces obstacles à une bonne prise en charge étaient soulevés dans les 16 pays interrogés (sauf la méfiance envers le personnel de santé et les problèmes d'accès aux antécédents qui étaient mentionnés dans 15/16 pays). Il n'y a donc pas de spécificité française à ces problématiques.

Cette étude se concluait par des pistes (voir tableau ci-dessous) pouvant permettre d'améliorer les pratiques, dont la flexibilité de l'emploi du temps du médecin et suffisamment de temps et d'organisation pour la consultation (avec parfois des professionnels réservant 2 créneaux de consultation pour les patients migrants), un bon service d'interprétariat de préférence professionnel.

Tableau 3 : Fréquence de composantes dans la bonne pratique reportées dans chaque service (soins primaires, santé mentale, Urgences) (21)

Themes		Service Type (%)		Totals (%)
Components of Good Practice	**Primary Care**	**Mental Health**	**A&E**	**All Services**
Organisational flexibility with sufficient time and resources	138 (96)	48 (100)	48 (100)	234 (98)
Good interpreting services	142 (99)	38 (79)	38 (79)	218 (91)
Working with families and social services	67 (47)	48 (100)	18 (38)	133 (55)
Cultural awareness of staff	58 (40)	32 (67)	22 (46)	112 (51)
Education programmes and information material for migrants	66 (46)	15 (31)	23 (48)	104 (43)
Positive and stable relationships with staff	62 (43)	13 (27)	16 (33)	91 (38)
Clear guidelines on care entitlements of different groups of migrants	15 (10)	8 (17)	4 (1)	27 (11)

Ainsi, les difficultés de communication ressortent comme une des principales problématiques dans la bonne prise en charge des patients migrants, que ce soit au niveau français ou européen.

5 - La communication et ses modalités chez les patients non francophones

5-1 La communication non verbale et verbale

Une personne allophone utilisera lors des consultations la communication verbale et non verbale.

La communication non verbale comprend les gestes et actions, le langage du corps, l'utilisation d'onomatopées, le ton ou la durée de la voix, le toucher, et influence l'interprétation de la pensée ou du ressenti que l'on a de son interlocuteur. Elle peut renforcer ou contredire ce que la communication verbale nous transmet et représente un apport important mais non suffisant dans la communication notamment avec les patients parlant peu ou pas français.

Dans le milieu médical, les moyens de communication entre patient allophone et professionnel de santé sont :

- la communication non verbale,
- les pictogrammes (ex : MediPicto, élaboré par l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, disponible sur internet gratuitement) ou les dessins,
- les sites de traduction en ligne dont certains sont spécialisés dans les soins (ex : Traducmed) ou applications de traduction sur smartphone,
- le recours à une langue tierce parlée par le professionnel de santé et le patient,

la traduction informelle (par une connaissance, un membre de la famille), la traduction par un professionnel de santé parlant la langue du patient, la traduction par un interprète professionnel ; ces différents traducteurs pouvant être présents lors de la consultation, par téléphone ou par vidéo.

5-2 L'apprentissage du français par les patients allophones

Le cadre européen commun de référence pour les langues (22) définit plusieurs niveaux de maîtrise des langues (*Figure 6*).

	ÉTENDUE LINGUISTIQUE GÉNÉRALE
C2	Peut exploiter la maîtrise exhaustive et fiable d'une gamme très étendue de discours pour formuler précisément sa pensée, insister, discriminer et lever l'ambiguïté. Ne montre aucun signe de devoir réduire ce qu'il/elle veut dire.
C1	Peut choisir la formulation appropriée dans un large répertoire de discours pour exprimer sans restriction ce qu'il/elle veut dire.
B2	Peut s'exprimer clairement et sans donner l'impression d'avoir à restreindre ce qu'il/elle souhaite dire.
	Possède une gamme assez étendue de langue pour pouvoir faire des descriptions claires, exprimer son point de vue et développer une argumentation sans chercher ses mots de manière évidente et en utilisant des phrases complexes.
B1	Possède une gamme assez étendue de langue pour décrire des situations imprévisibles, expliquer le point principal d'un problème ou d'une idée avec assez de précision et exprimer sa pensée sur des sujets abstraits ou culturels tels que la musique ou le cinéma.
	Possède suffisamment de moyens linguistiques pour s'en sortir avec quelques hésitations et quelques périphrases sur des sujets tels que la famille, les loisirs et centres d'intérêt, le travail, les voyages et l'actualité mais le vocabulaire limité conduit à des répétitions et même parfois à des difficultés de formulation.
A2	Possède un répertoire de langue élémentaire qui lui permet de se débrouiller dans des situations courantes au contenu prévisible, bien qu'il lui faille généralement chercher ses mots et trouver un compromis par rapport à ses intentions de communication.
	Peut produire de brèves expressions courantes afin de répondre à des besoins simples de type concret : détails personnels, routines quotidiennes, désirs et besoins, demandes d'information. Peut utiliser des modèles de phrases élémentaires et communiquer à l'aide de phrases mémorisées, de groupes de quelques mots et d'expressions toutes faites, sur soi, les gens, ce qu'ils font, leurs biens, etc. Possède un répertoire limité de courtes expressions mémorisées couvrant les premières nécessités vitales des situations prévisibles ; des ruptures fréquentes et des malentendus surviennent dans les situations imprévues.
A1	Possède un choix élémentaire d'expressions simples pour les informations sur soi et les besoins de type courant.

Figure 6 : Niveaux de maîtrise des langues selon le cadre européen commun de référence pour les langues

Issue du cadre européen commune de référence pour les langues (22)

Les personnes étrangères non européennes souhaitant s'installer durablement en France, signataires du Contrat d'Intégration Républicaine (CIR), bénéficient prioritairement des formations linguistiques de l'OFII, pendant un an, renouvelables un an. Celles-ci passent d'abord un test de connaissances orales et écrites en langue française, pour obtenir le Diplôme initial de langue française (DILF), équivalent au niveau A1. En cas d'échec à ce test, elles se voient proposer une

formation obligatoire et gratuite de 50, 100 ou 200 heures (*Figure 7*). En cas de nouvel échec après la formation, une seconde formation est proposée au cas par cas.

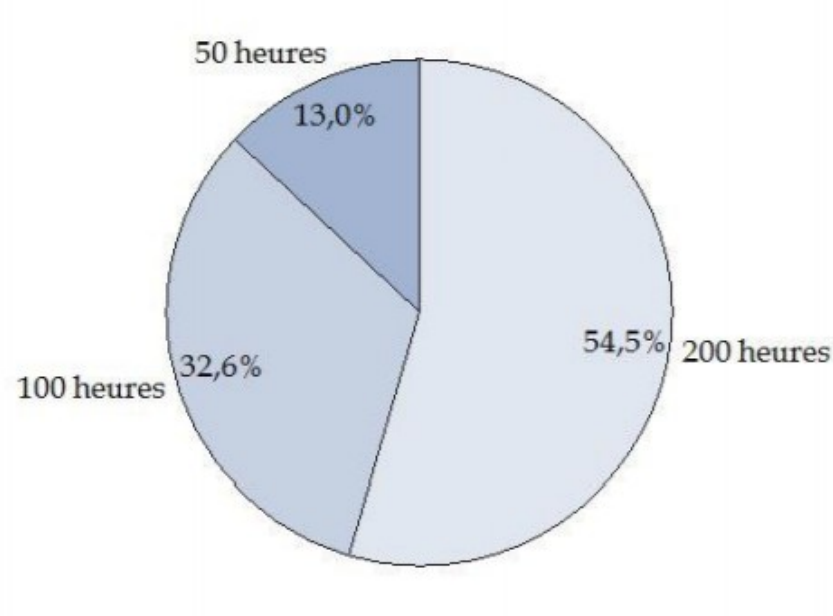


Figure 7 : Répartition en 2016 des bénéficiaires d'une formation linguistique par durée du parcours de formation (en %)

Issue de : commission des finances du Sénat (42)

En 2016, l'OFII recense 106 282 Contrat d'Accueil et d'Intégration signés (CAI, nouvellement CIR) (9), (dont 18,5% sont des demandeurs d'asile et 2,9% sont des personnes syriennes). 40,7% des signataires sont orientés vers une formation linguistique. En Normandie, en 2016, 38,2% des signataires du CAI ont bénéficié d'une formation linguistique.

La progression vers le niveau A1 (et non sa validation) est nécessaire pour l'obtention d'une carte de séjour temporaire ou pluriannuelle, l'obtention du niveau A2 est nécessaire pour obtenir la carte de résident de 10 ans, le niveau B1 oral est nécessaire pour obtenir la naturalisation.

5-3 Les outils de traduction / l'interprétariat

5-3-1 Communication médecin-patient

Avant d'aborder les difficultés de communication entre patients allophones et médecins généralistes, on peut d'abord noter que les difficultés liées à la communication médecin-patient ne sont pas spécifiques aux patients parlant peu ou ne parlant pas français. En effet, selon une enquête par la sociologue Fainzang en 2009 (23), le médecin surestime parfois la quantité et la qualité d'informations données au patient, et adapte celle-ci au niveau socio-culturel supposé du patient, il préjuge de la demande du patient en se fiant à sa capacité à « sentir » le besoin d'information, et à « observer » des signes, comme par exemple son regard. Elle souligne que « les questions et les préoccupations des malades sont souvent mal-entendues, mal-comprises et font alors l'objet d'une réponse inappropriée ». Enfin, le sens des mots n'est pas toujours exactement le même pour les différents interlocuteurs.

5-3-2 Études concernant la communication dans les consultations avec les patients allophones

Plusieurs études ont montré que l'interprétariat professionnel est celui qui permet d'assurer un respect de la confidentialité, une traduction la plus fidèle et objective possible des propos de chaque partie. Notamment dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de Virus de l'immunodéficience humaine, tuberculose, diabète et les hépatites virales, la Direction Générale de la Santé a fait réaliser une enquête menée par Schwarzinger en 2012 sur les pratiques d'interprétariat (24). Celle-ci soulignait qu'une amélioration significative de l'observance était corrélée au recours à l'interprétariat professionnel, vis-à-vis de l'interprétariat par un membre bilingue du personnel non-soignant ou par un accompagnant du patient. Toutefois dans le détail de chaque pathologie présentée (à l'exception de la tuberculose latente), les médecins ne jugeaient pas de façon significative que les services d'interprétariat professionnel étaient meilleurs que les autres modalités d'interprétariat (personnel bilingue soignant ou non-soignant, accompagnant du patient). Les patients allophones étaient 13,3% seulement à déclarer connaître l'interprétariat professionnel. Une fois que tous étaient informés de cette possibilité, la moitié environ des patients allophones disaient qu'ils auraient préféré l'intervention d'un interprète professionnel lors de leur consultation si cela leur avait été proposé. Dans le cas d'un interprétariat informel, les patients allophones et leurs

médecins notaient une compréhension de la consultation nettement moins bonne si l'interprète avait été une autre personne que le conjoint.

De plus, selon Flores et al. (2003), les erreurs médicales avec des répercussions potentielles sur l'état de santé (omission de la question sur les allergies médicamenteuses, des antécédents, des posologies et de la durée des traitements) étaient plus importantes lors de l'utilisation d'un interprète informel (famille, ami, étranger non formé) que lors de l'utilisation d'un interprète professionnel (25). On constatait d'autre part une moyenne de 31 erreurs de traduction par consultation (omission, interprétation erronée, substitution, addition de données), qu'elles aient été faites par un interprète informel ou professionnel.

Concernant la prévention, diverses études ont montré que l'utilisation de services d'interprétariat a augmenté la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein, et que les médecins abordaient moins le sujet des mammographies avec les patientes allophones qu'avec les autres patientes, de même que le sujet de la réalisation de la recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage du cancer colorectal (26 ; 27).

On remarque dans l'étude états-unienne de Jacobs et al. (2001), que les prescriptions et les délivrances de médicaments, ainsi que le nombre de consultations médicales étaient augmentées chez les patients non anglophones ayant un interprète professionnel, comparé aux patients anglophones (27). D'autre part, il n'y avait pas de différence dans le nombre d'appels de patients au global, d'appels d'urgence, ou de demandes de visite en urgence.

Cependant, les résultats des études divergent à propos de la durée de consultation en fonction de l'utilisation ou non d'interprètes, qu'ils soient professionnels ou non.

5-3-3 Point de vue des patients allophones

Concernant le ressenti des patients allophones lors des consultations, une étude qualitative (Gallon, 2017) a été réalisée auprès de patients désormais francophones, dans laquelle ils

soulignaient que la langue française est difficile à apprendre (28). Un patient évoquait des cours de français inadaptés. Ils rapportaient l'utilisation de l'anglais avec le soignant, de l'ordinateur et du téléphone portable comme outils de traduction ainsi que l'importance de la communication non verbale. Les difficultés ressenties étaient : l'impossibilité d'exprimer ses symptômes, la confrontation au vocabulaire médical, des erreurs de diagnostic dues au fait que le patient n'arrivait pas à exprimer ses symptômes, des erreurs dans la posologie, la multiplication des examens complémentaires, les difficultés d'accès aux soins de psychiatrie. Certains patients ont ressenti une gêne due à la présence d'un interprète informel ou professionnel. L'inquiétude concernant la fidélité de la traduction a été soulignée. D'autres ont exprimé un sentiment de honte, d'infantilisation, d'isolement et de souffrance morale associé à la méconnaissance du français. Le manque de formation des professionnels de santé français en anglais a été souligné.

Une revue de la littérature (Flores, 2005) a montré une meilleure satisfaction chez les patients ayant eu un interprète téléphonique ou une consultation avec un professionnel bilingue, une moins bonne satisfaction avec des interprètes informels, les patients n'ayant pas eu d'interprète et qui en auraient eu besoin étant ceux ayant un degré moindre de satisfaction (26). Le mode d'interprétariat préféré est aussi influencé par l'origine démographique des patients, comme souligné par une étude (29) sur la pertinence et le coût de l'interprétariat dans les soins qui note que les patients asio-américains préféraient plutôt les interprètes professionnels aux interprètes informels, et que les patients d'origine hispanique préféraient plutôt les médecins bilingues ou les interprètes informels.

5-3-4 Point de vue des médecins

Dans une thèse en médecine (Chaaban, 2014), les médecins généralistes étaient 92% (n=96) à déclarer maîtriser l'anglais, 38% à parler espagnol et 9% à parler arabe. 74% étaient amenés dans leur pratique à rencontrer des patients parlant anglais, et 63% avaient des patients arabophones (30). 49% des médecins se trouvaient confrontés à 3 à 5 langues différentes lors de leurs consultations. Chez les médecins déclarant avoir eu recours à un interprète, 11% ont eu recours à un interprète professionnel, ceux ci étant sollicités par les CADA, et 33% d'entre eux ont sollicité un interprète par téléphone. 69% avait recours à un interprète informel, dans 81% des cas un mineur. Les moyens de traduction en l'absence d'interprète sont ceux listés par la *Figure 8*.

Moyens de communications en l'absence d'interprète pour les médecins généralistes inclus.	Nombre de médecins généralistes
Gestes, regards	**93 (71%)**
Emploi d'une langue commune	65 (50%)
Dessin, schéma	39 (30%)
Internet	28 (21%)

Internet	Nombre de médecins généralistes
« Google traduction »[29]	**13 (62%)**
«Google images »[30]	3 (15%)
« Reverso »[31]	2 (9%)
« Traducmed »[32]	2 (9%)
« Lexilogos »[33]	1 (5%)

Langue commune	Nombre de médecins généralistes
anglais	**62 (94%)**
arabe	1 (2%)
espagnol	1 (2%)
vietnamien	1 (2%)

Figure 8 : Moyens de communication utilisés par les médecins généralistes en l'absence d'interprète professionnel. (30)

Concernant les préférences des médecins en matière de communication, les études sont contradictoires : ceux-ci préféraient avoir recours à un interprète non professionnel plutôt qu'à un professionnel (24), mais étaient moins satisfaits des interprètes informels que leurs patients (29). Dans une étude quantitative réalisée auprès de 153 médecins en pratique privée (Graz et al., 2002), le moyen de communication préféré des médecins généralistes, pédiatres et gynécologues avec les patients allophones était l'interprète professionnel, même s'ils reconnaissaient que lors de certaines consultations de motif simple leur présence n'était pas nécessaire (31). Ceci est confirmé par les patients interrogés par Mathieu qui déclaraient « se débrouiller » pour les motifs simples mais ne pas réussir à communiquer pour les problèmes plus profonds (18).

Selon Ribeira et al. (2008), malgré une évaluation favorable de l'interprétariat professionnel par les médecins, ceux-ci faisaient peu appel à ce service, les raisons énoncées étant : le temps perdu à rechercher un service d'interprétariat, l'utilisation gênante et difficile de l'interprétariat

téléphonique, l'augmentation de la durée de la consultation du fait de la présence d'un interprète (29). Il a été observé que les professionnels de santé qui avaient reçu une formation pour l'utilisation des services d'interprétariat y faisaient appel plus souvent et étaient davantage satisfaits par les résultats.

Concernant les difficultés de communication ressenties par les médecins, selon l'étude qualitative de Guillou (2007), pour environ la moitié des médecins généralistes interrogés, la barrière de la langue était un problème majeur et indépassable, d'autres soulignaient le problème du patient « croyant bien savoir parler français » et qui finalement donnait la fausse impression d'avoir compris (19). Ils évoquaient une frustration lorsque la demande concernait un traumatisme psychologique et/ou physique et que la barrière de la langue ne leur permettait pas de communiquer. Ils soulevaient le problème de l'accompagnement par les enfants qui jouent le rôle d'interprète dans la consultation, d'autant plus lorsque celle-ci concerne un trouble gynécologique ou psychologique. Ils évoquaient un plus grand nombre de prescriptions d'examens complémentaires qu'ils n'auraient pas prescrits à la population non immigrée.

Selon une étude de 2016 faite dans les PASS (16), après 5 ans de séjour en France, 45,1% des patients avaient un Médecin Traitant (contre 19,6% après un séjour d'un an). C'est pourquoi la communication entre ces patients avec les Médecins Généralistes paraît importante à évaluer, sachant que la médecine de ville ne dispose pas des mêmes facilités de traduction que les PASS (interprètes professionnels et téléphoniques payants, personnel de l'hôpital non accessible).

5-3-5 Recommandations nationales et internationales concernant l'interprétariat

L'article D. 1110-6 du Code de la Santé Publique, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017, donne une définition réglementaire de l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé :

- « L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, reposant sur des techniques de traduction orale, assurée entre les personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, en vue de garantir à ces personnes les moyens de communication leur permettant d'accéder de manière autonome aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins.

- « L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit aux professionnels de santé les moyens d'assurer la prise en charge des personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française dans le respect de leurs droits prévus au présent titre, notamment du droit à l'information, du droit au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant. »

Selon les recommandations du bureau régional de l'Europe de l'OMS de 2016 : « Les systèmes de santé tendront à proposer des soins de santé tenant compte de la culture, en triomphant des obstacles tels que la langue, les problèmes d'accès à des interprètes, les entraves administratives, l'absence d'aide pour la prise en charge des frais à supporter par le patient ou pour l'information concernant les droits en matière de santé ».

En octobre 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un référentiel de bonnes pratiques basé sur une revue de la littérature, sur « l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé » (32). Elle rappelle que l'encadrement de l'interprétariat dans le domaine de la santé repose notamment sur la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adopté à Strasbourg en 2012. La HAS considère que « seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome ». Elle reconnaît que dans l'idéal, toutes les consultations avec des patients allophones nécessiteraient la présence d'un interprète professionnel, mais que dans la pratique courante cela paraît difficile, et préconise donc leur présence en priorité dans les consultations de début de prise en charge, les consultations complexes et les consultations d'annonce (liste non exhaustive).

Elle souligne notamment le recours difficile à un interprétariat professionnel en médecine de ville.

6 - Pourquoi cette thèse ?

6-1 Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients allophones

Le Médecin Généraliste est le premier acteur qui doit garantir l'équité d'accès aux soins. Les patients qui le consultent doivent bénéficier d'une proposition de soins adaptée et personnalisée du point de vue psycho-socio-culturelle.

Pour cela, il est indispensable de bien connaître nos patients, leurs besoins et leurs attentes. Dans le cas des patients ne parlant pas français, allophones, il nous semblait important de savoir quel était leur point de vue sur les moyens de communication utilisés ainsi que les potentielles difficultés en résultant. En effet, l'enjeu d'une bonne communication avec nos patients est l'adhésion à un projet thérapeutique qui inclut la réalisation des examens complémentaires, l'observance d'une prescription quelle que soit sa nature ou encore la transmission de messages de prévention.

D'autre part d'après l'article 35 (article R.4127-35 du Code de la Santé Publique) du code de Déontologie médicale, « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. ». Le serment d'Hippocrate lui, rappelle « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. » Il paraît indispensable pour prodiguer nos soins aux patients allophones de savoir si cette information a été effectivement transmise de manière adéquate au patient et comprise.

6-2 Les patients syriens

Les flux migratoires, qu'ils soient dus à des causes politiques, socio-économiques, religieuses, culturelles, ou plusieurs de ces causes, sont en constante évolution. Ils entraînent un renouvellement considérable des études sur le sujet. Dans le cas des migrations d'une partie de la population syrienne, massive depuis 2011, il existe de nombreux articles sur la prise en charge notamment médico-sociale, des Syriens au Liban, en Turquie, au Canada, en Jordanie, et en

Allemagne. A notre connaissance il n'y a pas d'étude réalisée sur la prise en charge médicale des patients syriens en France.

Après avoir pris en charge plusieurs patients allophones et notamment majoritairement des patients syriens en Médecine Générale, nous nous sommes demandés sur quels points de la consultation et notamment de l'entretien, la communication n'avait pas été efficace, et quelles en ont été les conséquences sur le respect des prescriptions et des conseils donnés et sur le vécu de la consultation par les patients syriens.

Le but de cette thèse n'est pas de proposer une prise en charge spéciale pour les patients allophones mais bien de connaître leur vision concernant nos consultations, notamment l'interrogatoire et l'explication des prescriptions, et ce que nous pourrions améliorer dans ce domaine.

PARTIE 2 : L'ENQUETE

1 – MATERIEL ET METHODE

1-1 Description de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive transversale déclarative par un questionnaire adressé aux patients syriens consultant en médecine générale dans l'Eure et la Seine-Maritime. Son objectif principal était d'étudier les difficultés de communication rencontrées par les patients syriens lors des consultations de médecine générale dans la Seine Maritime et l'Eure.

Les objectifs secondaires étaient de connaître :

- les outils de communication utilisés par les patients syriens,
- leurs outils de communication préférés
- leurs propositions pour améliorer la communication médecin/patient

1-2 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été rédigé en arabe standard moderne, traduit à partir du français par une pharmacienne franco-marocaine, une deuxième lecture a été réalisée par un médecin franco-syrien. Il était constitué de 5 pages, avec 3 parties : caractéristiques personnelles démographiques, outils de communication, difficultés rencontrées lors de la communication avec les médecins généralistes. Il était composé pour la grande majorité de questions fermées dont certaines étaient à choix multiples.

L'anonymat était signalé en début de questionnaire ainsi que l'intitulé de l'étude :

ما هي طرق وصعوبات التواصل التي يواجهها المرضى السوريون الذين لا يتحدثون الفرنسية خلال مشاورات الطب العام؟

Le temps de passation était de 15 à 20 minutes.

1-3 Population étudiée

Critères d'inclusion :

- patients syriens
- âge > 18 ans
- ayant déjà consulté en médecine générale
- sachant lire
- ne maîtrisant pas la langue française (cela était laissé à l'appréciation des patients remplissant le questionnaire, l'intitulé du questionnaire étant à destination « des patients syriens ne parlant pas le français »).

Critères d'exclusion :

- mineurs
- n'ayant jamais consulté en médecine générale
- illettrés
- maîtrisant la langue française

1-4 Lieux de recueil des questionnaires

Ont été contactés pour transmettre les questionnaires aux patients syriens : les CADA de Seine-Maritime et d'Eure, différentes associations d'accueil des migrants, les médecins généralistes par démarchage téléphonique et par courrier électronique par le biais de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) et des maîtres de stage en médecine générale de l'Université de Rouen.

1-5 Recueil et analyse des données

Le recueil des questionnaires a été finalement réalisé dans différents lieux :

- à Val-de-Reuil et dans les Hauts de Rouen, par le biais d'association d'accueil des migrants au domicile des patients ou dans les locaux des associations
- à Rouen, par le biais de l'association Takafol, fondée par des réfugiés syriens pour favoriser l'intégration des réfugiés syriens à la vie locale

- à Val-de-Reuil, en cabinet de Médecine Générale
- aux Urgences pédiatriques du CHU de Rouen.

La période de recueil des données s'est étendue d'avril 2017 à janvier 2018.

Les analyses statistiques univariées ont été réalisées par le test de Fisher en bilatéral avec un seuil de significativité de 0,05.

L'autorisation du recueil et de l'exploitation des données a été demandée à plusieurs reprises auprès du Correspondant Informatique et Libertés de l'Université de Rouen. Ces demandes n'ont conduit à aucune observation.

2 – RESULTATS

2-1 Caractéristiques démographiques des patients inclus

Sur 48 patients syriens contactés, 4 ont été exclus de l'étude : deux patients illettrés, un mineur, un n'ayant jamais consulté en médecine générale. Du fait des différentes méthodes de recueil, 11 questionnaires ont été remplis en présence de l'enquêteur, 10 ont été auto-administrés en cabinet de médecine générale (gestion par le secrétariat) et les autres questionnaires ont été auto-administrés en l'absence de l'enquêteur.

Tableau 4 : Lieu et mode de recueil des questionnaires

	Patients inclus (N=44)
Lieu de recueil du questionnaire	
Rouen – Saint Sever	22 (50%)
Val-de-Reuil	18 (40,9%)
Quartier les Hauts de Rouen	3 (6,8%)
CHU Rouen	1 (2,3%)
Intermédiaire utilisé pour le recueil	
Association Takafol	22 (50%)
Médecine générale	10 (22,7%)
Association Coallia	8 (18,2%)
Dispositif des réinstallés syriens	3 (6,8%)
Urgences pédiatriques CHU de Rouen	1 (2,3%)

Les patients inclus étaient au nombre de 44, 50% (n=22) l'ont été à Rouen-Saint Sever, correspondant aux patients ayant répondu par l'intermédiaire de l'association Takafol.

Tableau 5: Caractéristiques démographiques des patients inclus

	Patients inclus (N=44)
Sexe	
Hommes	27 (61,4%)
Femmes	16 (36,4%)
Non réponse	1 (2,3%)
Age	
18 à 34 ans	23 (52,3%)
35 à 64 ans	21 (47,7%)
plus de 65 ans	0
Année d'arrivée en France	
2012 ou avant 2012	1 (2,3%)
2013	3 (6,3%)
2014	2 (4,5%)
2015	2 (4,5%)
2016	28 (63,6%)
2017	8 (18,2%)
Désir d'installation en France	
Oui	42 (95,4%)
Non	1 (2,3%)
Non réponse	1 (2,3%)
Couverture sociale	
CMU	41 (93,2%)
AME	0
Pas de droit ouvert	0
Non communiqué/Ne sait pas	3 (6,8%)
Suivi par un médecin généraliste en Syrie	
Oui	33 (75%)
Non	11 (25%)
Nombre d'années d'étude	
≤ 10 années	18 (40,9%)
> 10 années	11 (25%)
Moyenne (années)	9,9
Non réponse	15 (34,1%)

Il y avait plus d'hommes inclus que de femmes (61,4%, n=27), la tranche d'âge majoritairement représentée était les 18-34 ans (52,3%, n=23), puis les 35-64 ans (47,7%, n=21). Il n'y a eu aucun patient de plus de 65 ans inclus.

La majorité des patients interrogés était arrivée en France en 2016 (63,6%, n=28), et une proportion importante en 2017 (18,2%, n=8). Ils désiraient pour la plupart s'installer en France (95,4%, n=42). Ils étaient suivis pour 75% (n=33) d'entre eux par un médecin généraliste en Syrie. Concernant le nombre d'années d'étude, 29 patients ont répondu, dont 18 (40,9%) ont étudié moins de 10 ans.

Tableau 6 : Langues parlées et apprentissage du français

	Patients inclus (N=44)
Langues parlées (choix multiple)	
Arabe	44 (100%)
Circassien	1 (2,3%)
Araméen	0
Kurde	0
Anglais	12 (27,3%)
Autre	0
Nombre d'heures d'enseignement du français	
<200h	1 (2,3%)
=200h	17 (38,6%)
>200h	4 (9,1%)
Non réponse	22 (50%)

S'agissant des langues parlées (questionnaire à choix multiple), la totalité des patients était arabophone, 27,3% (n=12) parlaient anglais.

2-2 Moyens de communication utilisés et préférés

La première partie de l'enquête visait à connaître les moyens de communication utilisés par les patients et ceux qu'ils préféraient utiliser, sous forme de question à choix multiple.

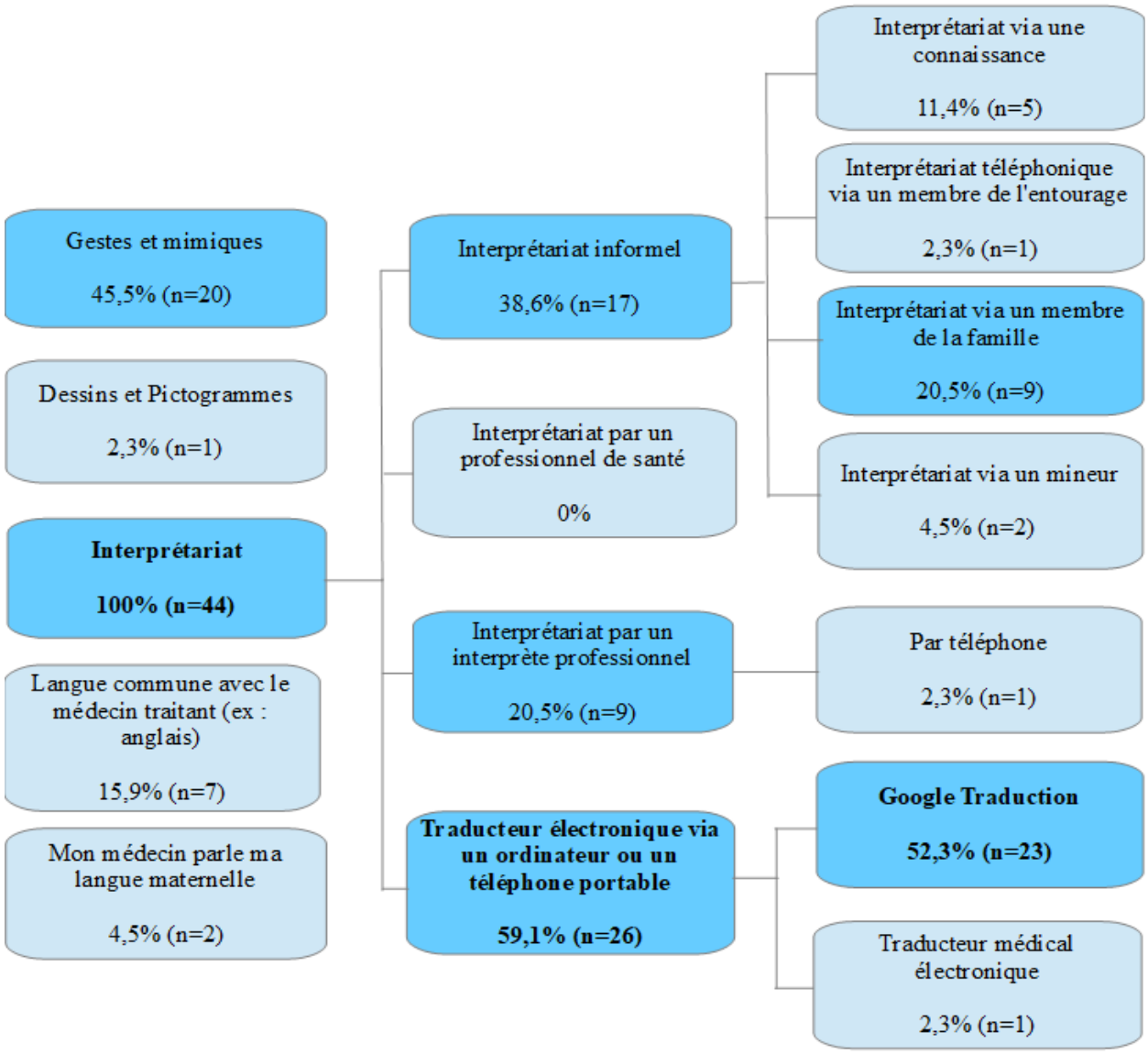


Figure 9 : Moyens de communication utilisés par les patients syriens (question à choix multiple) N = 44

Les moyens de communication les plus utilisés par les patients syriens et leurs médecins généralistes étaient : l'interprétariat pour la totalité des patients interrogés, les gestes et mimiques pour 45,5% (n=20) d'entre eux. Concernant l'interprétariat, la majorité des patients (59,1%, n=26) déclarait utiliser un traducteur électronique et dont 52,3% (n=23) utilisait Google Traduction. L'interprétariat professionnel et l'interprétariat informel, que ce soit par une personne présente lors de la consultation ou par téléphone, ne représentaient respectivement que 20,5% (n=9) et 38,6% (n=17) des patients. L'interprétariat via un professionnel de santé n'avait jamais été utilisé par les patients interrogés, et ceux-ci, lorsqu'ils utilisaient un traducteur électronique n'ont pas précisé s'il était oral ou écrit, et s'il était fourni par le médecin ou par eux-mêmes.

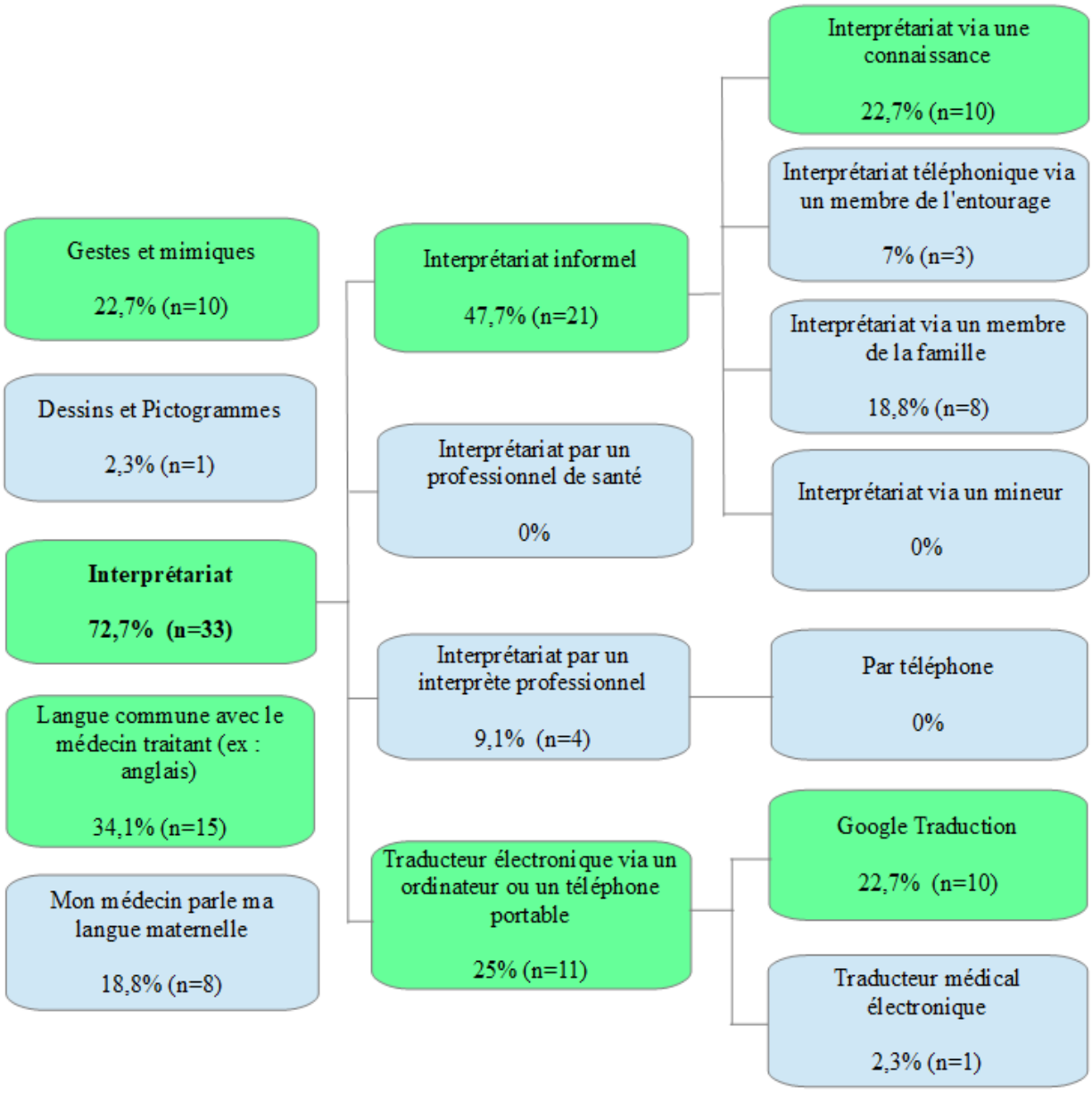


Figure 10 : Moyens de communication préférés des patients syriens (question à choix multiple) N=44

Pour répondre à la question des moyens de communication préférés, les patients pouvaient choisir plusieurs propositions. Ainsi ils préféraient en majorité l'interprétariat, d'abord par un interprète informel (47,7%, n=21), puis par un traducteur électronique (25%, n=11). La langue commune avec le médecin généraliste comme l'anglais venait ensuite. Les gestes et les mimiques étaient un moyen de communication apprécié par 22,7% des patients (n=10).

2-3 Difficultés de communication

L'objectif principal était de connaître la qualité de communication entre patients syriens et médecins généralistes, du point de vue des patients :

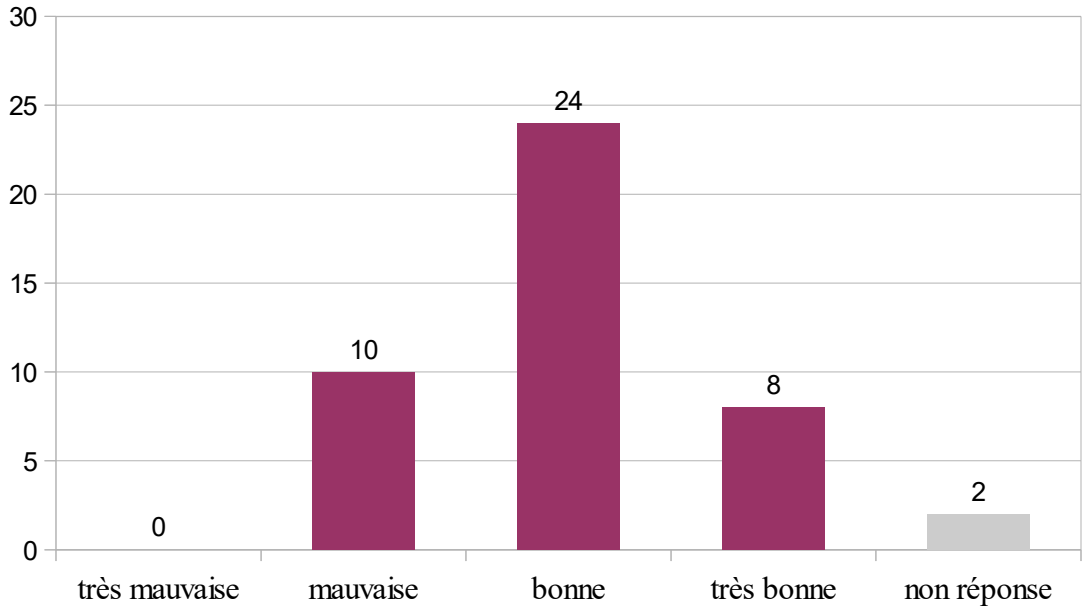


Figure 11 : Qualité de la communication avec le médecin traitant (N=44)

54,5% (n=24) des patients estimaient que la communication avec leur médecin traitant était bonne, voire très bonne pour 18,2% (n=8). En revanche, 22,7% (n=10) des patients considéraient que la communication était mauvaise.

La troisième partie de notre questionnaire avait pour but de connaître les difficultés de communication rencontrées par les patients syriens lors des consultations de médecine générale :

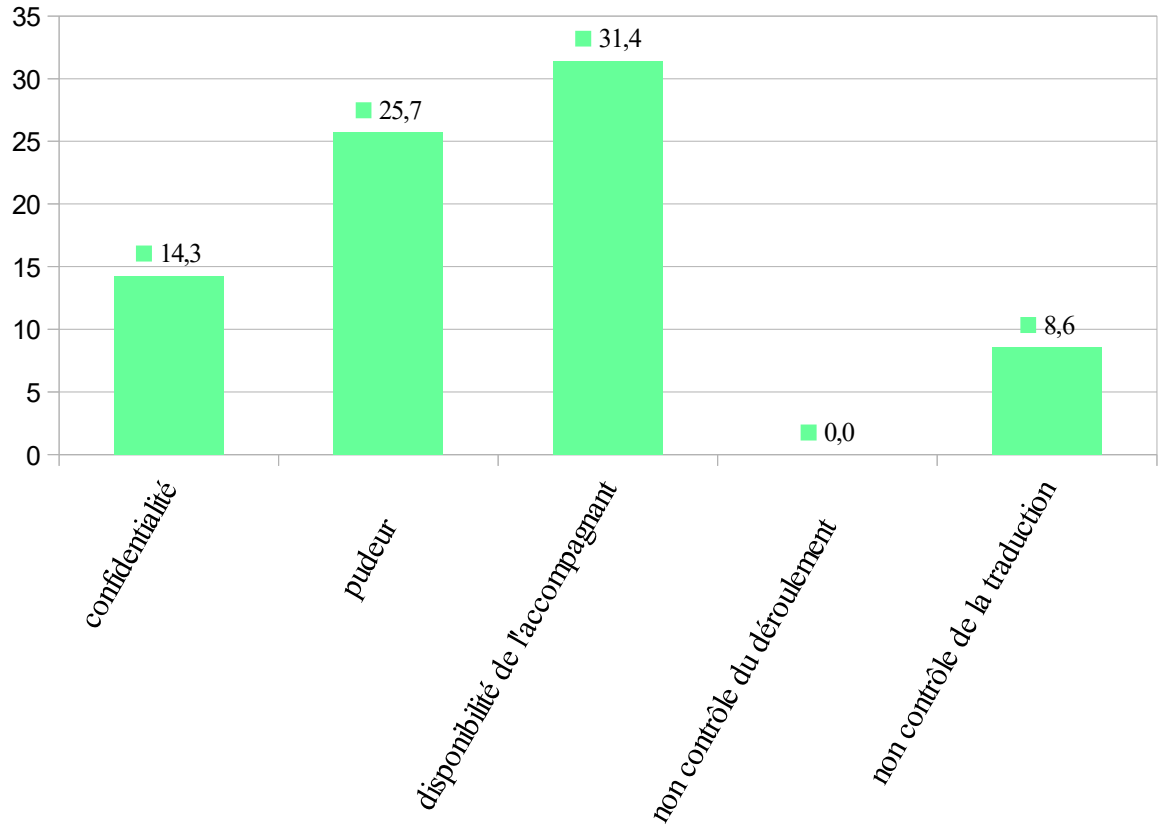


Figure 12 : Problématique de l'accompagnement par une tierce personne lors des consultations de médecine générale - en pourcentages – question à choix multiple (N=35)

Les patients estimaient à 79,5% (n=35/44) que l'accompagnement par une personne extérieure lors de la consultation de médecine générale était problématique, d'abord à cause de l'accompagnant qui n'était pas toujours disponible (n=11/35, 31,4%), ensuite du fait d'un problème de pudeur (n=9/35, 25,7%). La confidentialité et le non contrôle de la fidélité de la traduction étaient aussi des difficultés soulevées.

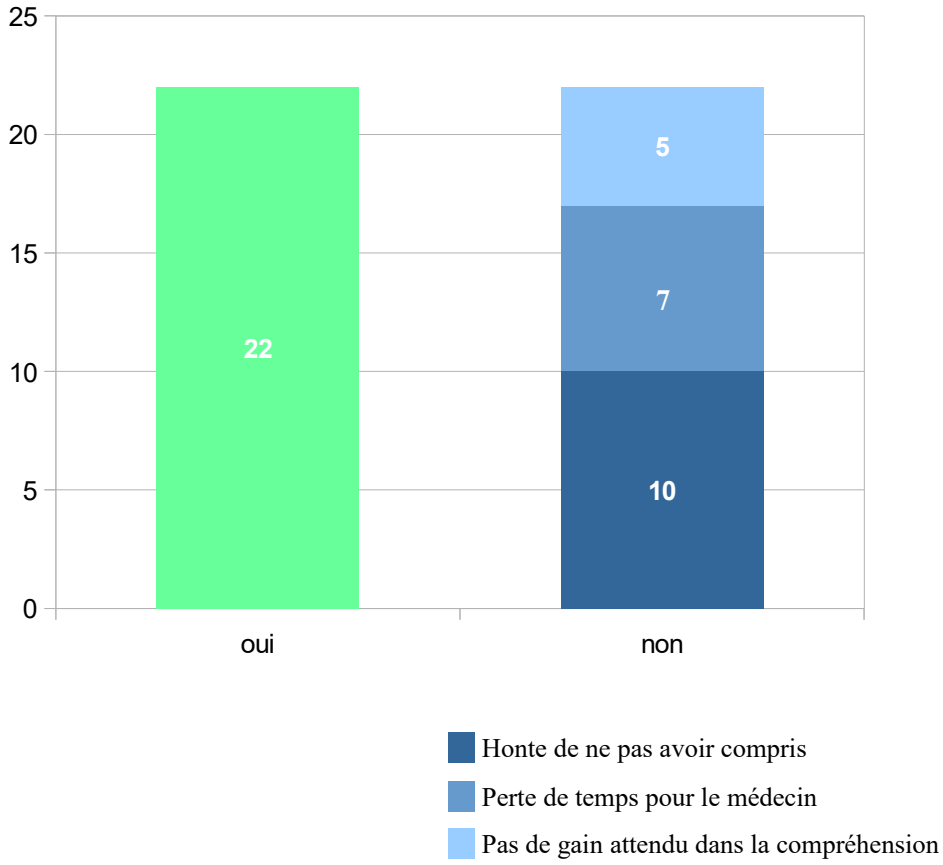


Figure 13 : Réponse à la question : L'avez vous dit si vous n'avez pas été compris, si non, pourquoi? (N=44)

Les patients étaient la moitié à ne pas le dire quand ils n'avaient pas été compris, majoritairement par honte de ne pas avoir compris (45,4%, n=10/22), ensuite pour ne pas faire perdre son temps au médecin généraliste (31,8%, n=7/22), et enfin car ils ne pensaient pas comprendre plus en demandant (22,7%, n=5/22).

On retrouvait autant de patients (n=17, 38,6%) ayant « parfois » ou « souvent » eu l'impression de se faire comprendre lors des consultations. Un patient rapportait n'avoir jamais été compris. Les patients ayant toujours eu l'impression de se faire comprendre étaient au nombre de 9, soit 20,5%.

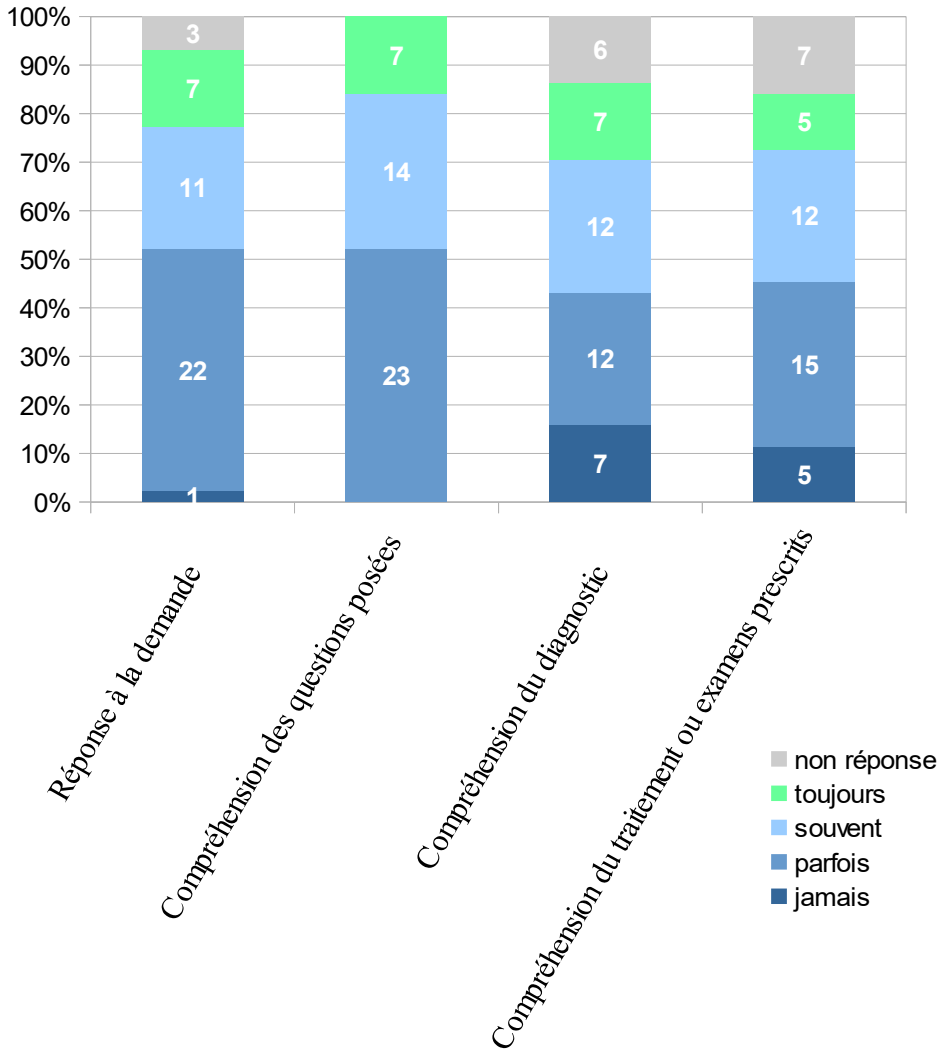


Figure 14 : Compréhension entre patient et médecin lors des consultations (N=44)

Un patient sur deux a eu parfois la réponse à sa demande, contre un quart qui a souvent eu réponse à sa demande, et 15,9% (n=7) toujours. Un patient déclarait n'avoir jamais eu la réponse à sa demande.

52,3% (n=23) des patients rapportaient comprendre parfois les questions posées, contre 31,8% (n=14) qui déclaraient les comprendre souvent et 15,9% (n=7) toujours. Aucun patient n'affirmait ne jamais avoir compris les questions posées.

On retrouvait autant de patient n'ayant jamais ou ayant toujours compris le diagnostic, et autant de patients l'ayant compris parfois ou souvent.

34,1% (n=15) des patients ont parfois compris le traitement ou les examens prescrits, 27,3% (n=12) les ont souvent compris. Ici encore, les patients déclarant n'avoir jamais ou avoir toujours compris le traitement ou les examens prescrits étaient en nombre égal.

Malgré des difficultés dans la compréhension précédemment exposées, sur les 41 patients ayant répondu, 65,9% (n=27) déclarait que les traitements et examens prescrits étaient toujours pris ou réalisés. Parmi les 14 patients qui ne suivaient jamais les prescriptions ou parfois, 58,3% (n=7/12) l'expliquait par un défaut de compréhension des modalités ou de l'intérêt des traitements ou examens prescrits.

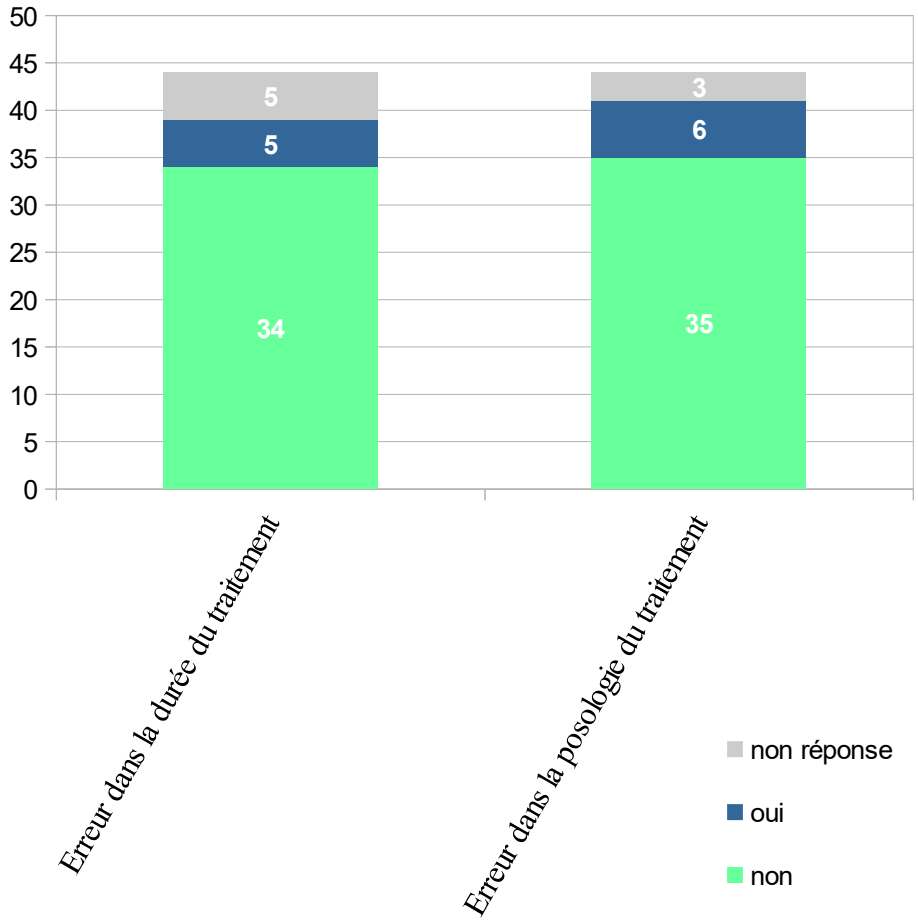


Figure 15 : Erreurs dans l'observance du fait d'un défaut de compréhension (N=44)

Certains patients ayant répondu au questionnaire faisaient des erreurs dans la durée ou dans la posologie du traitement prescrit du fait d'un défaut de compréhension (respectivement 11,4%, n=5 ; et 13,6%, n=6).

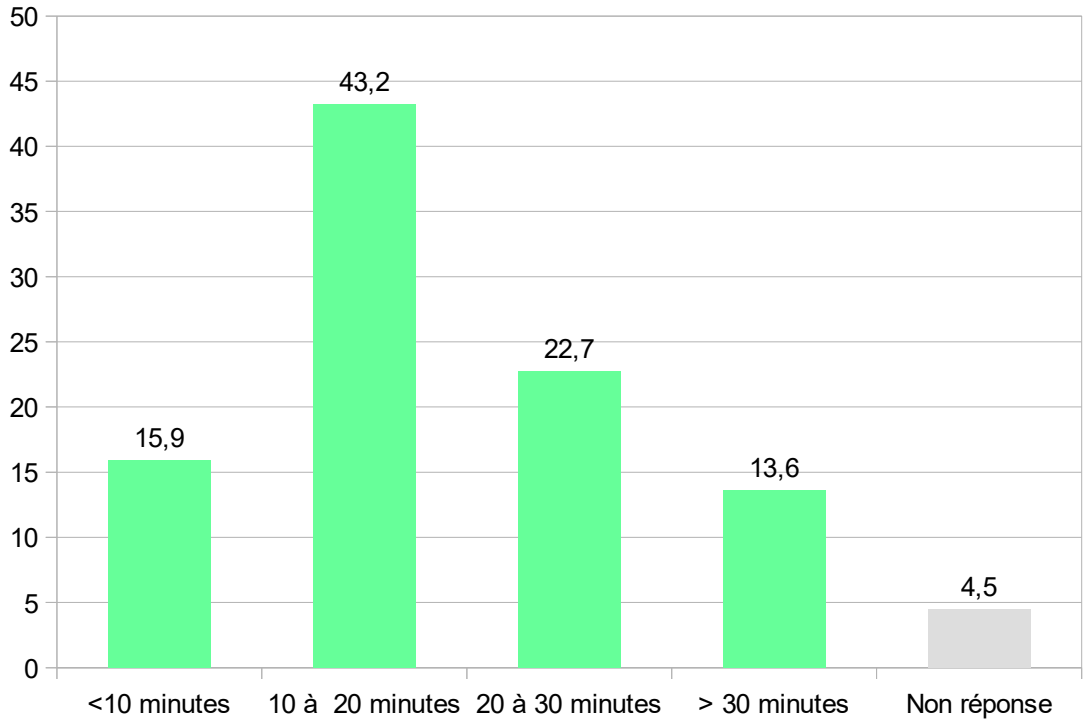


Figure 16 : Durée d'une consultation avec un médecin généraliste (N=44)

En pourcentages

Une consultation avec leur médecin généraliste durait pour 43,2% (n=19) des patients 10 à 20 minutes et pour 22,7% (n=10) d'entre eux 20 à 30 minutes.

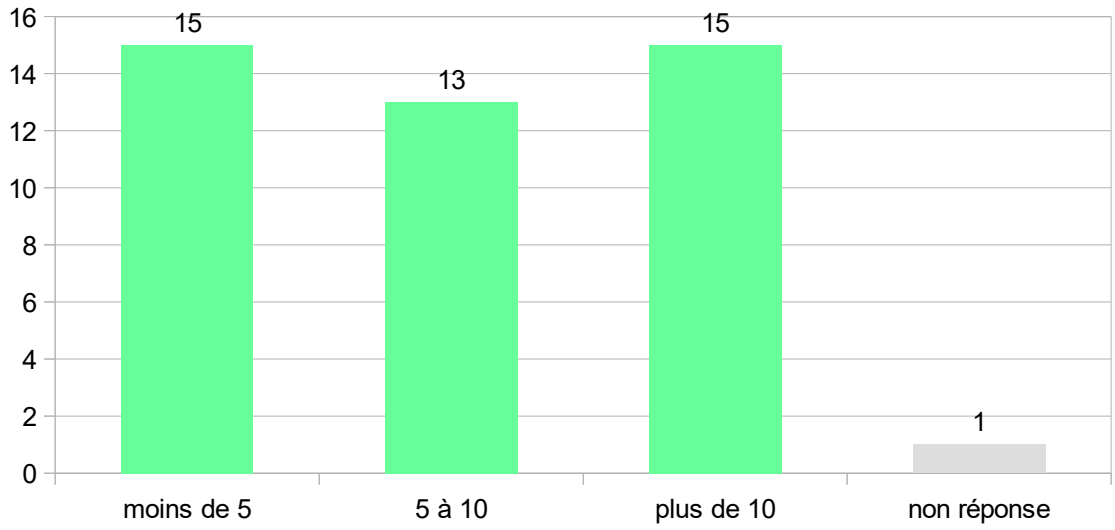


Figure 17 : Nombre estimé de consultations en médecine générale durant l'année passée (N=44)

34,1% (n=15) des patients syriens ont eu soit moins de 5 consultations, et autant ont eu plus de 10 consultations avec leur médecin traitant pendant l'année passée, contre 29,5% (n=13) qui ont consulté de 5 à 10 fois.

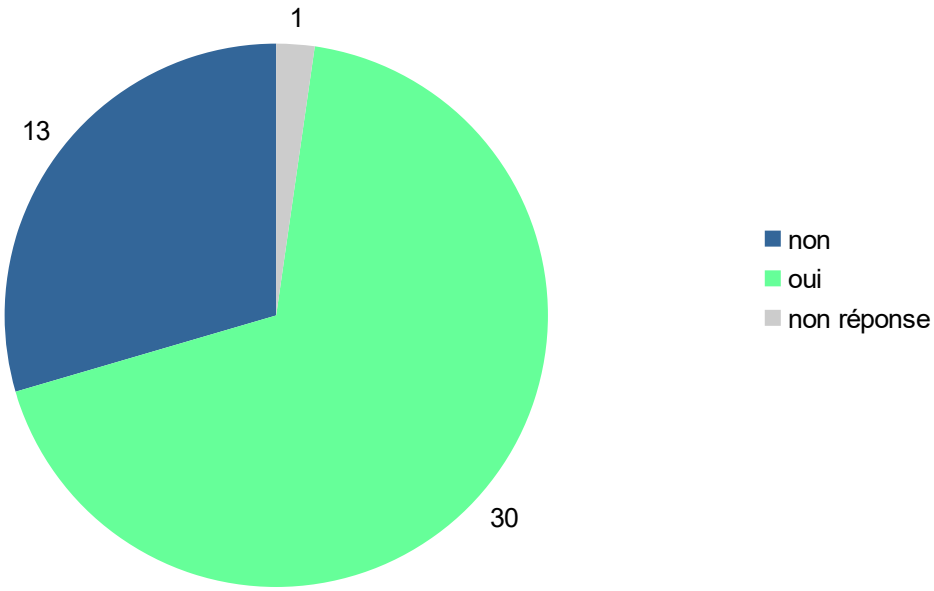


Figure 18 : La barrière de la langue vous décourage-t-elle parfois de consulter? (N=44)

Pour 68,2% (n=30) des patients, la barrière de la langue était un frein à la consultation.

Quatre patients (9,1%) se sont vus refuser des soins du fait de la barrière de la langue, 2 par un médecin spécialiste, 1 par un hôpital privé, et 1 par un médecin généraliste. Deux de ces patients ont parlé de ce refus de soins à une association, un n'en a pas parlé.

2-4 Propositions pour améliorer la communication

Enfin, la dernière partie de notre enquête visait à connaître les propositions des patients pour améliorer la communication entre patients non francophones et médecins généralistes.

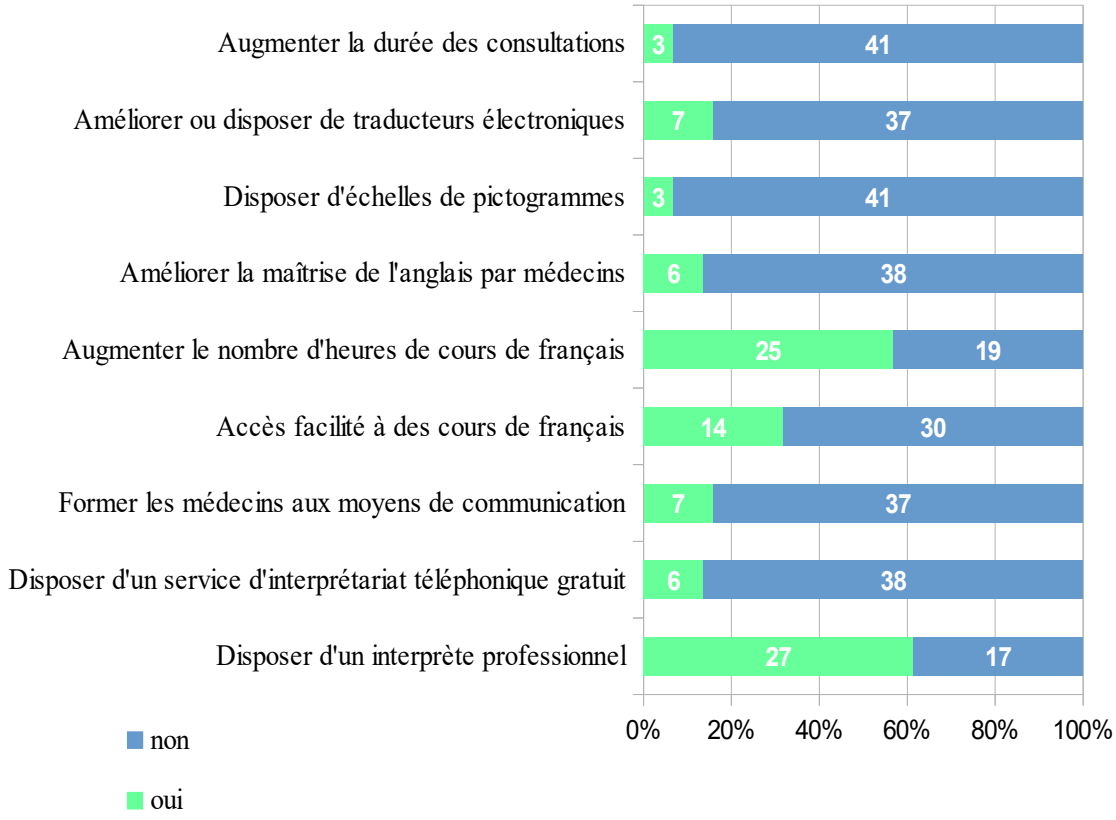


Figure 19 : Propositions pour améliorer la communication entre patients et médecins généralistes (question à choix multiple, N=44)

Afin d'améliorer la communication entre patients et médecins généralistes, 56,8% (n=25) des patients proposaient d'augmenter le nombre d'heures d'enseignement du français, et 31,8% (n=14) aurait aimé que l'accès aux cours de français soit facilité. 13,6% (n=6) des patients pensaient que la maîtrise de l'anglais par les médecins généralistes devrait être améliorée.

61,4% (n=27) des patients estimaient que la mise à disposition d'interprètes professionnels améliorerait la communication. 15,9% (n=7) des patients auraient aimé avoir accès aux traducteurs électroniques ou qu'ils soient améliorés, et 13,6% (n=6) aurait souhaité avoir accès à un interprétariat téléphonique gratuit, 6,8 % (n=3) à des échelles de pictogrammes.

15,9% (n=7) pensait que leur médecin généraliste devrait se former aux moyens de communication existants.

Enfin, 6,8% (n=3) des patients pensaient qu'une augmentation de la durée de la consultation faciliterait la communication avec leur médecin.

2-5 Facteurs influençant le fait de se faire comprendre

Nous avons recherché les facteurs influençant une bonne communication entre patients et médecins.

Dans notre étude, on observe que l'impression de « bien se faire comprendre » en consultation était corrélée avec le fait d'avoir étudié plus de 10 ans (proportion de patients ayant l'impression de se faire comprendre souvent ou toujours ; parmi ceux ayant étudié plus de 10 ans : 10/11 soit 90,9% ; parmi ceux ayant étudié moins de 10 ans : 9/18 soit 50% de patients, OR=10, p=0,04, IC95%=[0,95 ; 479,77]).

Les patients de plus de 35 ans avaient moins l'impression de se faire comprendre, même si ce résultat n'est pas significatif (proportion de patients ayant l'impression de se faire comprendre souvent ou toujours ; parmi ceux ayant plus de 35 ans : 9/21 soit 42,9% ; parmi ceux ayant moins de 35 ans : 17/23 soit 73,9%, OR=0,26, p=0,06, IC95%=[0,06 ; 1,11]). De même, il existait une tendance à avoir l'impression de mieux se faire comprendre chez les patients anglophones (proportion de patients ayant l'impression de se faire comprendre souvent ou toujours ; parmi ceux parlant anglais : 10/12 soit 83,3% ; parmi ceux ne parlant pas anglais : 16/32 patients soit 50%, OR=5, p=0,08, IC95%=[0,83 ; 52,26]).

La durée de consultation et l'année d'arrivée en France n'étaient pas significativement associées au fait d'avoir l'impression de se faire comprendre.

Concernant les outils de traduction, il existait une tendance à avoir l'impression de mieux se faire comprendre si la famille était utilisée comme moyen de traduction (proportion de patients ayant l'impression de se faire comprendre souvent ou toujours ; parmi ceux utilisant la famille pour l'interprétariat : 8/9 soit 88,9% ; parmi ceux n'utilisant pas leur famille pour l'interprétariat : 18/35 soit 51,4%, OR=7,56, p=0,06, IC95%=[0,82 ; 353,9]). Cependant, l'utilisation d'une langue commune avec le médecin (par exemple : l'anglais), l'interprétariat professionnel, l'utilisation d'un traducteur électronique, l'interprétariat par téléphone n'étaient pas significativement liés au fait de mieux se faire comprendre.

3 – DISCUSSION

3-1 Qualité de la communication avec le médecin traitant

Dans notre étude, 72,7% des patients syriens estimaient avoir une bonne ou très bonne communication avec leur médecin traitant. Pourtant, l'analyse détaillée de différents aspects de la consultation montre que 52,3% des patients comprenaient mal les questions posées, 43,1% comprenait mal le diagnostic posé, 52,3% avait parfois ou jamais la réponse à leur demande, 45,5% comprenait avec difficulté les examens ou le traitement prescrits. De plus, cinq d'entre eux (11,4%) déclaraient avoir fait une erreur dans la durée du traitement et six (13,6%) une erreur dans sa posologie. De même, le fait que les patients aient été globalement satisfaits de la communication avec leur médecin traitant est en contradiction avec le fait que pour 68,2% des patients, la barrière de la langue était un frein à la consultation. L'impression globale de compréhension de la consultation n'est pas la résultante de l'impression ressentie lors des différents points abordés avec le médecin. Probablement l'implication relationnelle entre le patient et le médecin permet au final un ressenti positif.

Concernant l'observance dans la population générale, dans l'enquête de Roffé (2013), 30% des patients déclaraient avoir fait une erreur dans la posologie médicamenteuse du fait d'un défaut de compréhension (33), soit une proportion plus importante que dans notre étude. D'autre part, d'après une étude qualitative (Vignon, 2015), les patients francophones évoquaient des erreurs de compréhension du fait du jargon médical ou parce que le médecin n'avait pas compris ou pris le temps d'écouter la plainte du patient (34). Ainsi, il faut souligner que dans notre enquête, les difficultés de compréhension ou les erreurs dans l'observance des prescriptions peuvent aussi être rapprochées aux causes retrouvées dans la population générale francophone.

D'autre part, la moitié des patients ne le disait pas s'ils n'avaient pas été compris, d'abord par honte de ne pas avoir compris puis pour ne pas faire perdre son temps au médecin et enfin parce qu'il ne pensaient pas pouvoir comprendre davantage. Les médecins généralistes doivent donc porter une grande attention dans l'intelligibilité de leurs propos, en reformulant constamment et en s'informant de la bonne compréhension. Ceci implique entre autres une durée de consultation plus longue. Ainsi, dans notre étude, 36,3% des patients déclaraient que les consultations avec leur médecin généraliste duraient plus de 20 minutes, contre 27,1% dans la population générale selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (35). On peut se réjouir que la perception du temps passé

soit supérieur à celle de la population générale, les médecins prenant plus de temps pour communiquer avec les patients non ou peu francophones. Les médecins généralistes ont probablement besoin de plus de temps pour prendre en charge les patients non francophones, le suivi de ces patients tirerait un bénéfice à une majoration financière du tarif de la consultation.

Plus le nombre d'années d'études était élevé, plus les patients avaient l'impression de se faire comprendre, ceci étant en accord avec le rapport du Département des statistiques, des études et de la documentation du Ministère de l'Intérieur (36) qui rapportait que seuls 34% des réfugiés sans diplôme étaient à l'aise en français contre 64% des titulaires du baccalauréat. Notre critère « plus de 10 années d'études » correspond à un niveau d'études supérieur à celui du collège en France.

Le nombre de patients inclus dans notre étude ne nous permettait pas de conclure à d'autres facteurs explicatifs mais les résultats laissaient suggérer que l'âge inférieur à 35 ans et le fait de parler anglais influenceraient le fait de bien se faire comprendre.

La durée de séjour en France n'était pas liée significativement au fait de se faire comprendre dans notre étude, cependant, selon le même rapport du Ministère de l'Intérieur, elle influençait la maîtrise de la langue : seul un réfugié sur deux arrivé en France depuis moins de 10 ans était à l'aise en français.

Lorsque l'on compare la satisfaction des patients (dans notre étude la majorité estime avoir une bonne ou très bonne communication avec leur médecin) et celle des médecins, on constate que les points de vue des médecins et des patients diffèrent. Selon la thèse de Chaaban (2014), 57% des médecins n'étaient pas satisfaits de leurs consultations avec les patients non ou peu francophones, et 4% pensait que cela peut avoir un retentissement sur la prise en charge des patients. Pour 8% des médecins, le défaut de communication lors des consultations médicales était vécu difficilement par les patients (30). Ceci est confirmé par l'enquête de Guillou (2007), qui montrait que les patients non francophones ressentaient une bonne communication avec leur médecin généraliste malgré une mauvaise maîtrise de la langue française, alors que les médecins pour la moitié d'entre eux ressentaient la barrière de la langue comme un problème majeur dans la communication (19). Ainsi, les médecins et les patients semblent avoir un vécu différent de la consultation. Ces résultats suggèrent que les médecins sont exigeants envers eux-mêmes, sentiment renforcé par le fait que lors de ces consultations, ils quittent leur zone de confort. Il serait intéressant, pour une même consultation de connaître le ressenti du médecin et du patient.

Certaines études montraient un nombre élevé de re-consultations lorsque la communication entre médecin et patient était mauvaise (29). En effet, dans notre étude, parmi les patients ayant des difficultés pour comprendre, la catégorie « plus de 10 consultations par an » était celle qui était la plus souvent cochée, alors que parmi les patients ayant plus de facilités pour comprendre, la catégorie « moins de 5 consultations par an » était celle qui était la plus cochée. Dans la population générale, le nombre moyen de consultations sur une année est de 6,7 consultations par habitant en 2012 selon la Sécurité Sociale (29,5% des patients de notre étude ont consulté de « 5 à 10 fois »).

3-2 Moyens de communication utilisés et préférés par les patients

3-2-1 les traducteurs électroniques

La forte utilisation des traducteurs électroniques dans notre enquête pourrait s'expliquer par le jeune âge des patients ayant répondu à l'enquête (tous ont moins de 65 ans et 52,3% ont moins de 35 ans) et par des difficultés pour les patients de trouver un interprète disponible (évoqué par 11 patients). C'est aussi l'outil de traduction présentant une grande proximité et praticité évidente pour le patient et pour le médecin. 52,3% des patients déclaraient utiliser Google Traduction, malgré sa fiabilité incertaine : selon l'étude de Davies (2014), comparant les traductions de 10 phrases médicales dans 26 langues différentes, 42,3% des traductions étaient erronées, avec des erreurs considérées comme sérieuses (37).

3-2-2 l'interprétariat informel

Dans notre étude, l'interprétariat informel était le deuxième mode de communication le plus utilisé, et celui qui était préféré (notamment l'interprétariat par une connaissance). Comme nous l'avons évoqué précédemment, cette préférence dépend parfois de l'origine géographique et culturelle des patients. Cependant, il est source de plus d'erreurs de traduction avec des répercussions sur l'état de santé, entraîne des problèmes de confidentialité ou de pudeur et parfois implique l'intervention d'un mineur (4,5% des patients dans notre étude). L'emploi d'un membre de la famille comme interprète est aussi source d'omissions, parfois volontaires, de certaines plaintes du patient, lorsque l'interprète informel estime que ce symptôme n'a pas de lien avec la plainte initiale ou lorsqu'il veut écourter la consultation (38). Selon la même étude qualitative (Roux,

2010), l'utilisation d'un mineur comme interprète était problématique pour plusieurs raisons : le problème de la pudeur était souvent soulevé, soit parce que les parents n'abordaient pas certains sujets intimes devant leurs enfants, soit parce que les enfants ont été gênés d'aborder les sujets intimes évoqués par les adultes. De plus, le degré de compétence en français et dans la langue maternelle de l'enfant n'était pas connue par le médecin. La question de l'enfant parentalisé était soulevée, les enfants bilingues étant parfois utilisés comme interprètes par plusieurs membres d'une communauté qui n'étaient pas nécessairement de la famille. Les enfants interrogés ressentaient le besoin d'utiliser un interprète professionnel lors des consultations complexes.

D'autre part, nous avons remarqué lors d'échanges informels dans notre enquête, que les assistantes sociales des structures d'accueil des demandeurs d'asile, qui assurent par défaut le rôle d'interprète médical, ressentaient des difficultés à assurer ce rôle pour lequel elles n'ont pas eu de formation ni forcément de désir d'assumer (soulevant entre autres le problème de pudeur et de confidentialité). Le sentiment était le même pour des patients devenus interprètes non professionnels pour lesquels la charge émotionnelle et l'anxiété de traduire correctement étaient importantes (28) (même si pour aider, ceux-ci étaient prêt a recommencer).

L'interprétariat qu'il soit professionnel, informel ou électronique, était cité comme un moyen de communication préféré par 72,7% des patients, et seulement 9,1% préférait l'interprétariat professionnel. Les patients méconnaissent probablement l'interprétariat professionnel et le nommaient ainsi moins dans leurs moyens de communication préférés. Dans l'étude de Chaaban (2014), la présence d‘un interprète était indispensable pour 22% des médecins, au point de refuser de recevoir le patient en consultation (30).

3-2-3 l'utilisation d'une langue commune au médecin généraliste et au patient

Certains patients syriens communiquaient avec leur médecin traitant au moyen d'une langue commune, par exemple l'anglais (15,9%). En effet, ils étaient 27,3% à savoir parler anglais. Quelques-uns (15,9%) ont souligné que l'apprentissage de l'anglais devrait être améliorée chez les médecins généralistes. Ceci est concordant avec l'opinion des médecins généralistes (30), qui estimaient qu'une formation médicale pour apprendre notamment l'anglais leur serait nécessaire (8%), et 92% des médecins déclaraient maîtriser la langue anglaise. Il n'existe pas à ma

connaissance d'étude objective sur le niveau de compétence en anglais des médecins généralistes français, elle serait intéressante à connaître.

3-2-4 l'interprétariat professionnel

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'interprétariat professionnel est celui qui est recommandé (par la HAS, l'OMS) et le plus fiable dans le domaine médical. Cependant, il n'était utilisé que par 20,5% des patients et préféré par seulement 9,1% d'entre eux. Plusieurs raisons pourraient expliquer ce défaut d'utilisation : la peur du caractère intrusif d'un étranger, le manque de fiabilité supposée de la traduction par un inconnu, le caractère payant des services proposés, les difficultés pour trouver un interprète disponible que ce soit en urgence ou pour une consultation programmée, la méconnaissance de l'interprétariat et de la procédure pour y avoir accès. D'autre part, on peut remarquer que 61,4% des patients syriens aimeraient avoir accès à un interprète professionnel, favorisant plutôt l'hypothèse des difficultés d'accès à l'interprétariat professionnel. Concernant la connaissance des services d'interprétariat par les médecins, une étude (Chaaban, 2014) a montré que 91% des médecins n'avait jamais reçu de formation sur l'utilisation des services d'interprétariat professionnel et que 71% d'entre eux pensait qu'une formation leur serait utile. 70% évoquait la méconnaissance des services en place (30).

Par ailleurs, il est possible que pour certaines consultations la traduction informelle par une connaissance suffise, mais que pour d'autres consultations (complexes telles l'annonce de maladie grave ou prise en charge d'une pathologie chronique, ou intimes telles les pathologies psychiatriques, gynécologiques ou urologiques) la possibilité d'avoir recours à un professionnel soit importante pour les patients. Encore faudrait-il connaître à l'avance le motif de consultation des patients ce qui n'est pas toujours aisé, notamment pour notre discipline de premier recours. Cela suppose par exemple une bonne communication avec les secrétariats médicaux, ce qui serait intéressant à évaluer.

Depuis 2007, l'Union Régionale des Professionnels de santé regroupant les Médecins Libéraux d'Alsace (URML-Alsace), en partenariat avec l'Association Migrations Santé Alsace, propose aux médecins libéraux de bénéficier des services d’interprètes professionnels dans plus de 35 langues lors de leurs consultations avec des patients migrants (*Figure 20*). La facturation de la prestation est remise à l'URML-Alsace, qui bénéficie pour cela d'une subvention de l'Agence

Régionale de Santé (ARS). Les conditions d'utilisation ont mis les médecins généralistes et les pédiatres au centre du dispositif, les laissant juges des situations (consultation chez un confrère spécialiste..,) nécessitant la présence d'un interprète professionnel. De plus, des quotas de volume horaire sont attribués aux psychiatres, qui en font la demande. Des dispositions supplémentaires sont prises telles que : le rappel du rendez-vous au patient 3 jours avant celui-ci par SMS par le médecin, la prise en charge des seuls actes remboursés par la Sécurité Sociale, la durée d'intervention de l'interprète de 1h par patient maximum et si possible regrouper les rendez-vous pour plusieurs patients parlant la même langue, la durée d'attente de 30 minutes maximum, le remplissage d'une fiche d'évaluation par le médecin, l'interprète et le patient à chaque consultation. Peut être pourrions-nous nous inspirer et adapter à notre région ce dispositif de mise à disposition d'un interprétariat gratuit pour le médecin et le patient?



Figure 20 : Évolution des demandes d'interprétariat médical en médecine générale en Alsace
Issue de : URML Alsace (39)

Faire appel gratuitement à un interprète professionnel, comme cela est fait en Alsace, majorerait les frais de l'Assurance Maladie (*Figure 21*) mais sûrement éviterait les surcoûts dus à la barrière de la langue : la répétition d'examens complémentaires ou des re-consultations, le risque d'erreurs médicales, le retard de diagnostic pouvant entraîner des complications de la maladie, la diminution des actions de prévention. Une évaluation médico-économique de faisabilité de mise en place d'un tel dispositif paraît nécessaire.

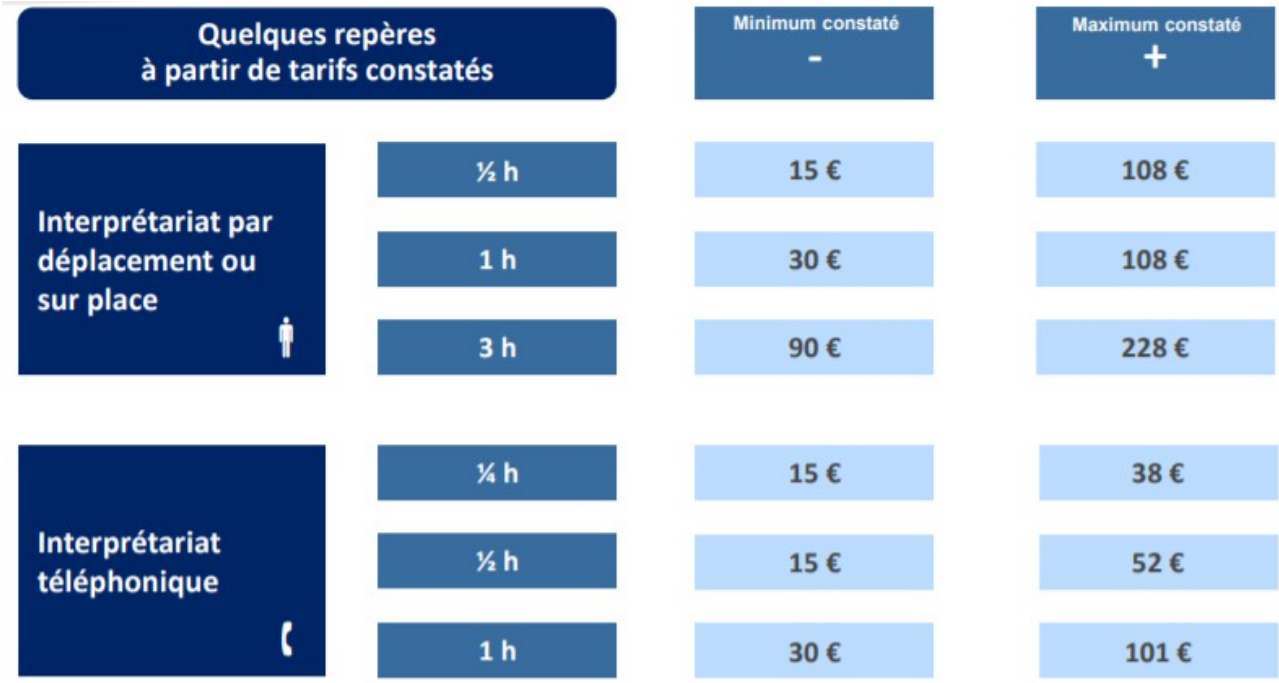


Figure 21 : Coût de l'interprétariat social

Issue de : Ministère de l'intérieur, Direction générale des étrangers en France (40)

Dans diverses études, les professionnels de santé reconnaissaient leur méconnaissance des structures d'interprétariat existantes. Dans une enquête réalisée auprès des centres de psychiatrie de Seine-Maritime (Lebrun et al., 2015), 40% des professionnels interrogés déclaraient avoir eu recours à un interprète, pour mieux comprendre les souffrances du patient ou bien établir un diagnostic, et 60% d'entre eux admettait ne pas connaître la démarche pour y avoir accès. Certains professionnels interrogés évoquaient les listes hospitalières de « soignants-interprètes », d'autres utilisent l'intermédiaire des intervenant sociaux, une personne citait l'association Femmes Inter-Association et une autre l'Association Havraise pour l'Accueil des Migrants (41). Le financement de l'interprétariat était inconnu pour 88% des professionnels interrogés et pouvait les faire hésiter dans leurs demandes. On voit ici les difficultés rencontrées par des institutions pour avoir accès à un interprète professionnel, et renforce les difficultés que peuvent rencontrer les médecins traitants.

En Normandie, il existe diverses associations dont Femmes Inter-Association Normandie, avec des interprètes qui se déplacent, et Inter-Services Migrants Interprétariat, interprétariat par téléphone payant.

3-3 Apprentissage et maîtrise du français

La volonté des patients d'améliorer leur niveau de français est soulignée dans notre enquête : 56,8% des patients aurait souhaité une augmentation des heures de cours de français ou un accès plus facile à ces cours (31,8%). Cela peut être en rapport avec leur désir d'installation en France, exprimé par 97,7% des patients syriens interrogés.

Les patients syriens déclarent pour 38,6% d'entre eux avoir bénéficié de 200 heures de cours de français, 2,3% ont eu moins de 200 heures et 9,1% plus de 200 heures de français. Ils n'étaient pas interrogés sur la structure enseignante. Le nouveau CIR (Contrat d'Intégration Républicaine) instauré en 2016, anciennement CAI, a réduit le nombre maximal et moyen d'heures de français enseignées (*Figure 22*, 42).

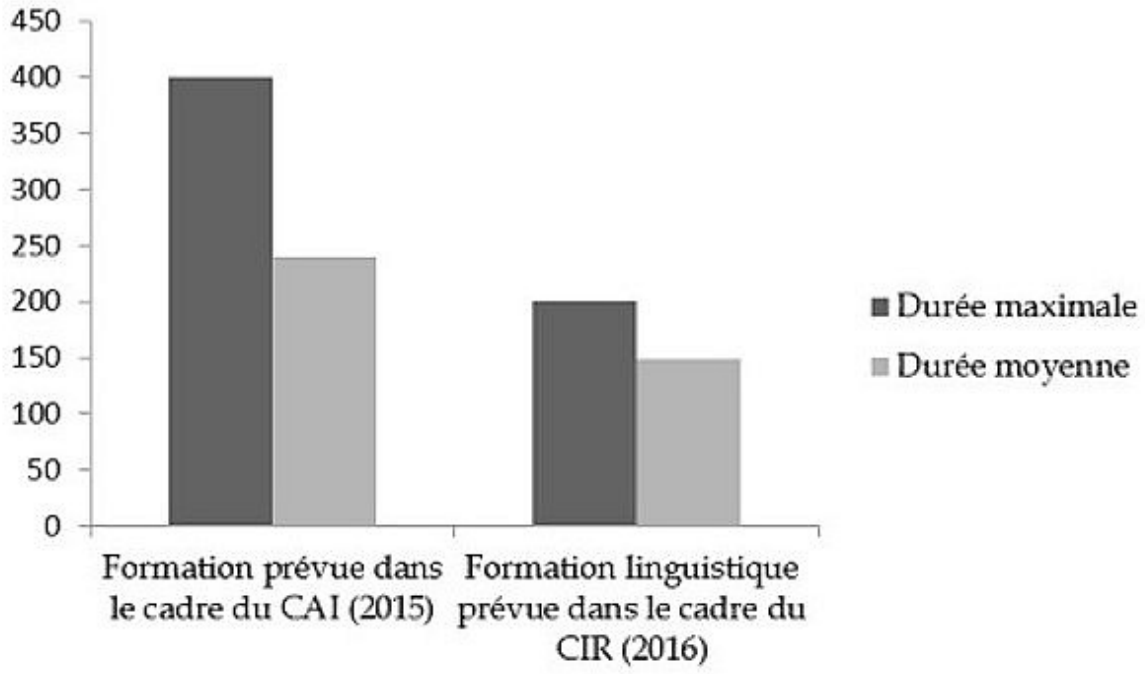


Figure 22 : Durée maximale et durée moyenne de la formation linguistique prévue dans le cadre du CIR et du CAI (en heures)

Issue de : Commission des finances du Sénat (42)

Selon le même rapport, le nombre de personnes non francophones atteignant le niveau fixé par le CIR diminue fortement avec la durée de la formation (elle même calculée en fonction du niveau initial en français). En effet, 80% des personnes ayant reçu une formation de 50 heures atteignent le niveau fixé, contre 44% pour le parcours de 200h (donc à destination des personnes

moins à l'aise en français). On peut donc penser que les parcours destinés aux personnes maîtrisant le moins bien la langue française sont inadaptés. La solution serait peut-être un suivi plus important en termes de volume horaire pour les personnes ayant plus de difficultés ou dont la langue maternelle est très éloignée du français, comme il l'est dans certains pays d'Europe, et la formation de groupes de niveau plus homogènes lors des cours (comme au Danemark ou des groupes sont faits selon le niveau de scolarité dans le pays d'origine).

L'apprentissage du français par Internet pour les personnes réceptives pourrait être une solution face aux coûts générés par la formation linguistique et qui sont le frein majeur à son amélioration (Technologies de l'information et de la communication déjà utilisées au Danemark, en Finlande, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni).

L'Arrêté du 1er juillet 2016 a augmenté le niveau de compétence linguistique (A1) exigé pour les étrangers signataires du CIR, devant être atteint pour obtenir une validation du Diplôme initial de langue française. Cependant le niveau A1 n'est clairement pas un niveau suffisant pour pouvoir mener une consultation satisfaisante en termes de communication entre un patient peu francophone et son médecin généraliste, celle-ci nécessitant un vocabulaire plus varié que celui demandé par le niveau A1. En 2013, dans de nombreux pays européens, la compétence linguistique pour autoriser le séjour requiert un niveau linguistique supérieur (43). En effet, si les niveaux d'exigence peuvent être plus faibles dans certains pays, comme le Luxembourg (A1.1) ou la Croatie (A1.2), 9 états visent toutefois un niveau A2, comme la Grèce, les Pays-Bas, ou encore l'Italie. Quatre autres états dont l'Allemagne visent quant à eux le niveau B1. D'autre part, on note une grande variabilité des propositions des cours selon les pays européens : obligatoires ou non, payants ou non (ex : 600 heures de cours gratuits pour l'autorisation de résidence en Norvège), ou pas de proposition de cours du tout (4 états faisant de la langue une condition pour la résidence ou la nationalité ne proposent pas de cours). Il serait intéressant de faire une revue de la littérature ou une enquête pour comparer la proportion de migrants ayant acquis un niveau satisfaisant de maîtrise de la langue du pays d'accueil en fonction de la politique de formation de ce pays.

On peut remarquer que les patients illettrés ne sont pas représentés dans notre étude, le fait de ne pas savoir lire étant un critère d'exclusion (40,9% des patients interrogés avaient ≤ 10 années d'études soit un niveau équivalent au brevet français), le taux d'alphabétisation des syriens étant de 84% en 2012 selon l'OMS. Ainsi ces patients ont d'autant moins de probabilité d'avoir une aisance correcte en français.

3-4 Refus de soins et renoncement aux soins

9,1% des patients déclarait un refus de soins du fait de la barrière de la langue, un pourcentage équivalent (9,2%) à celui de l'enquête menée dans différentes PASS de France, et 68,2% des patients inclus dans notre étude renonçait aux soins du fait de la barrière de la langue, contre 1/3 des répondants de la même enquête (16).

3-5 Biais de l'étude et représentativité de l'échantillon

Dans notre étude, plusieurs biais sont soulevés. D'abord le biais de non réponses partielles sur certaines questions telles que le nombre d'années d'études, le nombre d'heures d'enseignement du français, la compréhension du diagnostic ou des examens prescrits. Cela pourrait être en lien avec un refus de répondre à certaines questions jugées intrusives, à un défaut de compréhension, à l'abandon de certaines questions du fait de leur longueur ou à la durée du questionnaire. Dans notre étude, nous avons constaté que les questionnaires complétés en présence de l'enquêteur (n = 11) ont été intégralement remplis, sans aide donnée par l'enquêteur, suggérant que les non-réponses peuvent avoir été induites par la longueur du questionnaire (5 pages, durée de remplissage = 15-20 minutes environ) ou du fait de questions trop intrusives, plutôt que par un défaut de compréhension.

Un biais peut avoir été introduit par le mode de recrutement : un seul médecin généraliste a procuré le questionnaire à ses patients (n=10). Onze autres questionnaires ont été remplis en présence de l'enquêteur, pouvant influencer les réponses au questionnaire. Parfois les questionnaires ont été complétés par plusieurs patients en même temps, s'influençant possiblement réciproquement.

D'autre part, l'enquête étant anonyme, même si cela paraît peu probable, il n'est pas exclu qu'un même patient ait répondu deux fois. Il existe aussi un biais de mémorisation par le fait que les patients ont dû se souvenir de la communication passée avec leur médecin traitant, et que les questions portaient sur leur impression globale sur plusieurs consultations et non une seule. Cela peut aussi être un facteur explicatif de la discordance entre l'impression d'une bonne communication globale malgré des difficultés rencontrées dans différents points de la consultation. D'autre part, lorsque les patients notent des difficultés de compréhension, cela peut être le fait de l'utilisation du

vocabulaire médical ou de la non adaptation par le médecin du langage de l'expert au langage du patient, comme cela peut être le cas pour les patients francophones.

Par ailleurs, même si les effectifs de notre enquête (44 patients) paraissent limités, vu les difficultés de recrutement rencontrées (peu de réponses de la part des associations d'accueil des migrants, des médecins généralistes, contactés à de multiples reprises par téléphone, e-mail et en se présentant au lieu de travail) et la population étudiée (patientèle syrienne de médecin générale non ou peu francophone), ils semblent satisfaisants. Il est intéressant de noter que le plus important lieu de recueil concerne l'association Takafol, gérée par les Syriens eux-mêmes.

Concernant la représentativité de notre échantillon, on peut remarquer le jeune âge des patients inclus, s'expliquant en partie par la migration récente d'une partie de la population syrienne, et correspondant à la répartition globale de la population migrante en France (selon l'Institut national d'études démographiques : 1,7% seulement des bénéficiaires d'un premier titre de séjour en France ont plus de 65 ans en 2014). Il existe une sur-représentation du sexe masculin dans notre échantillon (61,4%, n=27). En effet selon les statistiques européennes (44), les femmes sont un peu plus de la moitié à être demandeuses d'asile en 2015. Concernant l'année d'arrivée des patients syriens en France, elle est en résonance avec les données précédemment citées de l'OFPRA (8).

A notre connaissance, il s'agit de la première enquête portant sur la communication et ses difficultés du point de vue des patients syriens. Elle concerne une partie non négligeable de la population demandeuse d'asile récemment arrivée en France. J'ai retrouvé au cours de mes recherches, des enquêtes concernant les réfugiés syriens, majoritairement réalisées au Liban, en Jordanie et en Turquie. Quelques études sur la prise en charge de ces patients, ont été effectuées aux Etats-Unis, au Canada, en Allemagne, en Belgique. D'autre part, aux difficultés de communication du fait de la barrière de la langue s'ajoutent les différences culturelles pouvant être à l'origine d'incompréhensions mutuelles entre patients et médecins. Ce qui rend nécessaires les enquêtes portant sur une population de même origine géographique.

4 – CONCLUSION

Ainsi, parmi les 44 patients syriens interrogés ayant déjà consulté en médecine générale, on remarque que le degré de compréhension était plutôt bon puisque seulement 22,7% d'entre eux estimait avoir une mauvaise communication avec leur médecin. Cependant lorsque l'on étudie en détails certains aspects de la consultation, les patients exprimaient des difficultés pour comprendre ou se faire comprendre : notamment pour avoir la réponse à leur question ou demande, pour comprendre le diagnostic, les examens ou les traitements prescrits. La moitié des patients ne le disait pas s'ils n'avaient pas été compris, d'abord par honte de ne pas avoir compris puis pour ne pas faire perdre son temps au médecin et enfin parce qu'il ne pensaient pas pouvoir comprendre plus. Quelques patients déclaraient avoir fait une erreur dans la posologie du traitement ou dans sa durée, du fait d'une erreur de compréhension. Ainsi, on constate une discordance entre une bonne compréhension globale déclarée et des difficultés dans différents axes de la compréhension, à l'origine de dysobservance. Celle-ci pourrait s'expliquer par un bon relationnel entretenu par le patient et son médecin traitant, malgré des points de la consultation ayant posé des difficultés de communication.

Un autre résultat de notre étude était que, même si l'accompagnement par une tierce personne a été problématique pour plus de trois quart des patients, près de la moitié d'entre eux préférait l'interprétariat informel (puis les traducteurs électroniques) mais près de deux tiers exprimait le souhait d'avoir accès à l'interprétariat professionnel, possiblement afin d'essayer un nouveau moyen de traduction qui n'aurait pas les inconvénients de l'interprétariat informel. Il n'existe pas de service d'interprétariat professionnel disponible gratuitement en Eure et Seine Maritime, peut être serait-il intéressant de développer un programme dans ce sens sur le modèle de l'Alsace ? L'interprétariat professionnel est celui qui est le plus fiable et recommandé par les autorités de santé à différents échelons. Il paraît donc nécessaire de pouvoir le mettre à disposition pour les consultations nécessitant leur présence, en laissant le choix aux patients et aux médecins de pouvoir ou non y avoir recours. En effet, il semble que l'interprétariat professionnel soit indispensable pour certaines spécialités (par exemple la psychiatrie) et que son importance dépende du motif de consultation.

D'autre part ces patients syriens, qui dans leur majorité souhaitaient s'installer en France, aimeraient améliorer leur autonomie en bénéficiant de plus de cours de français (56,8% désirait augmenter le nombre d'heures et 31,8% un accès plus facile aux cours). 47,7% d'entre eux

déclaraient avoir bénéficié de 200 heures ou plus d'enseignement, ce qui manifestement ne semble pas suffire ou ne pas être adapté. En effet, augmenter le niveau d'exigence en français en majorant le nombre d'heures de cours permettrait de favoriser l'intégration de ces populations nouvellement arrivées. Cette intégration linguistique paraît indispensable pour que les patients aient une meilleure compréhension de leur état de santé et des soins prodigués.

On peut supposer, comme cela a été soulevé dans certaines études, que les attentes des patients syriens ne sont pas identiques à celles des patients d'autres origines géographiques, ainsi, d'autres enquêtes paraissent intéressantes à réaliser afin d'étudier les différentes demandes et opinions de patients d'origines diverses concernant la communication avec leur médecin généraliste et les difficultés rencontrées. La médecine orientée vers les patients migrants rencontre non seulement la pluralité des individus mais aussi celle des sociétés et des cultures dont ils sont issus, incitant les médecins à s'ouvrir à de nouvelles perspectives pour leur pratique.

ANNEXES

1 - Questionnaire en français

Quelles sont les modalités et les difficultés de communication rencontrées par les patients Syriens ne parlant pas français lors des consultations de Médecine Générale en Seine Maritime et dans l'Eure?

Questionnaire anonyme

Caractéristiques personnelles :

- **Age :**
  - 18 à 34 ans
  - 35 à 64 ans
  - 65 ans et plus

- **Sexe :**
  - femme
  - homme

- **Date d'arrivée en France :**
  - avant 2012
  - 2013
  - 2014
  - 2015
  - 2016
  - 2017

- **Désir d'installation en France :**
  - oui
  - non

- **Couverture sociale :**
  - CMU
  - AME
  - pas de droit ouvert

- **Nombre d'années d'études :** …...

- **Avez vous un médecin traitant dans votre pays ?**
  - Oui
  - Non

- **Langues parlées :**
  - arabe
  - circassien

- arménien
- kurde
- anglais
- autre

- **Bénéficiez-vous ou avez vous bénéficié de cours de français ?**
  - oui. Nombre total d'heures d'enseignement estimé : …... heures.
  - non

Consultations avec un Médecin Généraliste en cabinet de ville :

Outils de communication

- **Par quel personne/organisme avez vous été orienté pour la première fois vers un Médecin Généraliste ?**
  - un parent
  - un ami ou une connaissance
  - un pharmacien
  - une association (CADA, PASS …)

- **Combien de consultations avez vous eu avec un médecin durant l'année passée ?**
  - moins de 5
  - entre 5 et 10
  - plus de 10

- **Moyens utilisés pour communiquer (plusieurs choix possibles)** :
  - langue commune avec le médecin (ex : anglais)
  - gestes et mimiques
  - dessins ou pictogrammes
  - interprétariat
    - connaissance parlant votre langue maternelle et le français
    - famille
    - enfant < 18 ans
    - autre membre de la famille
    - interprète professionnel missionné par une association
    - professionnel de santé interprète
    - interprète par téléphone
      - professionnel
      - personne de l'entourage
    - traducteur électronique (rayer la mention inutile)
      - de téléphone portable / d'ordinateur
        - google traduction
        - traducteur médical
        - autre traducteur électronique
      - personnel / fourni par le médecin
      - oral / écrit / les 2
    - mon médecin parle ma langue maternelle

- **Quel moyen de communication préférez vous ? (Deux réponses)**

- langue commune avec le médecin (ex : anglais)
- gestes et mimiques
- dessin ou pictogramme
- interprétariat
  - connaissance parlant votre langue maternelle et le français
  - famille
  - enfant < 18 ans
  - autre membre de la famille
  - interprète professionnel missionné par une association
  - professionnel de santé interprète
  - interprète par téléphone
    - professionnel
    - personne de l'entourage
  - traducteur électronique (rayer la mention inutile)
    - de téléphone portable / d'ordinateur
      - google traduction
      - traducteur médical
      - autre traducteur électronique
    - personnel / fourni par le médecin
    - oral / écrit / les 2
  - mon médecin parle ma langue maternelle

Difficultés de communication :

- **Est-ce problématique pour vous de vous faire accompagner par une autre personne chez le médecin ?**
  - Non
  - Oui car :
    - problème de confidentialité
    - problème de pudeur
    - problème de disponibilité de la personne accompagnante
    - je n'ai pas le contrôle du déroulement de la consultation
    - je ne sais pas si les données sont traduites correctement

- **Avez vous eu l'impression de vous faire comprendre lors des consultations** ?
  - jamais
  - parfois
  - souvent
  - toujours

- **L'avez vous dit si vous n'avez pas été compris ?**
  - Oui
  - Non, parce que :
    - j'ai honte de ne pas avoir compris
    - je ne veux pas faire perdre son temps au médecin
    - je ne veux pas perdre mon temps
    - je pense que je ne comprendrais pas plus en demandant a nouveau

- **Avez vous eu la réponse à votre demande/question lors des consultations ?**
  - jamais

- parfois
- souvent
- toujours

- **Avez vous compris les questions posées par le médecin ?**
  - jamais
  - parfois
  - souvent
  - toujours

- **Avez vous compris le diagnostic posé ?**
  - jamais
  - parfois
  - souvent
  - toujours

- **Avez vous compris le traitement ou les examens prescrits ?**
  - jamais
  - parfois
  - souvent
  - toujours

- **Vous est-il arrivé de ne pas prendre le traitement prescrit ou de ne pas réaliser les examens prescrits ?**
  - jamais
  - parfois
  - souvent
  - toujours
- **Si oui, est-ce parce que vous n'aviez pas compris l'utilité ou les modalités du traitement ou de l'examen?**
  - Oui
  - non

- **Vous est il arrivé de vous tromper du fait d'un défaut de compréhension sur la durée du traitement ?**
  - oui
  - non

- **Vous est il arrivé de vous tromper du fait d'un défaut de compréhension sur la posologie du traitement ?**
  - oui
  - non

- **En moyenne combien de temps durent les consultations avec votre médecin généraliste ?**
  - moins de 10 minutes
  - entre 10 et 20 minutes
  - entre 20 et 30 minutes
  - plus de 30 minutes

- **Au total vous pensez que la communication avec votre médecin généraliste est**
  - très mauvaise
  - mauvaise
  - bonne
  - très bonne

- **Vous a t'on déjà refusé des soins médicaux du fait de la barrière de la langue ?**
  - Non
  - Oui
    - En cabinet de médecine générale
    - D'autres médecins spécialistes de ville
    - Dans un hôpital public
    - Dans un hôpital privé

- **Dans ce cas, quelle a été votre réaction ?**
  - j'en ai parlé à une association d'accueil des migrants
  - je n'en ai pas parlé

- **La barrière linguistique vous décourage-t-elle parfois de consulter un médecin généraliste ?**
  - oui
  - non

- **Comment pensez vous que la communication avec les médecins pourrait être améliorée ?**
  - Mise a disposition d'un interprète professionnel
  - Mise à disposition d'un service gratuit d'interprétariat téléphonique
  - former les médecins à l'utilisation des moyens de communication existants
  - accès plus facile à des cours de français
  - augmentation du nombre d'heures de cours de français
  - amélioration de la maîtrise de l'anglais par les médecins
  - mise a disposition d'échelles de pictogrammes
  - mise a disposition ou amélioration d'un traducteur oral/écrit pour téléphone portable
  - allongement de la durée de la consultation

2 - Questionnaire en arabe

ما هي الطرق والصعوبات في التواصل التي يواجهها المريض السوري خلال المعاينة مع الطبيب العام ؟

أختر الأجوبة المناسبة :

المواصفات الشخصية :

- العمر
  - ما بين 18 و 34 عاما
  - ما بين 35 و 64 عاما
  - أكثر من 65 عاما
- الجنس
  - أنثى
  - ذكر
- تاريخ الوصول الى فرنسا
  - قبل 2012
  - 2013
  - 2014
  - 2015
  - 2016
  - 2017
- هل تريد الاستقرار في فرنسا ؟
  - نعم
  - لا
- التغطية الصحية :
  - CMU
  - AME
  - بدون حقوق
- عدد سنوات الدراسة : ...
- هل لديك طبيب في بلادك ؟
  - نعم
  - لا
- اللغات التي يمكنك التحدث بها :
  - عربي
  - آشوري
  - كردي
  - انجليزي
  - لغة أخرى

1

- هل كانت لديك الفرصة أو لديك الفرصة لتعلم اللغة الفرنسية ؟
  - نعم . كم ساعة في المجموع : ... ساعة
  - لا

المعاينة الطبية :

وسائل التواصل :

- عن وجهك أول مرة إلى الطبيب العام ؟
  - قريب
  - صديق
  - صيدلي
  - جمعية
- كم من معاينة طبية حضرت لها مع طبيب السنة الماضية ؟
  - أقل من 5 مرات
  - ما بين 5 و 10 مرات
  - أكثر من 10 مرات
- الطرف المستعمل للتواصل (عدة أجوبة ممكنة)
  - لغة مشتركة (مفهومة) مع الطبيب
  - حركات ، تعابير الوجه
  - رسوم ، صور
  - وسيط
    - معرفة يتكلم لغة الطبيب ولغتك
    - العائلة
    - طفل / كل سنة
    - عضو آخر من العائلة
    - مترجم محترف من جمعية
    - مترجم محترف في الميدان الصحي
    - مترجم بواسطة الهاتف
      - محترف
      - معرفة
    - مترجم الكتروني
  - بواسطة الهاتف الخلوي / الحاسوب
    - جوجل (Google)
    - برنامج حاسوب
    - آخر
  - خاص ، قدمه لك الطبيب
  - شفهي ، مكتوب ، إثنين
  - الطبيب يتكلم اللغة الأم
- ماهي طريقة التواصل المفضلة لديك ؟ (جوابين فقط)
  - لغة مشتركة (مفهومة) مع الطبيب
  - حركات، تعابير الوجه
  - الرسوم والصور
  - مترجم
    - معرفة يتكلم اللغة الأم والفرنسية
    - عائلة

- طفل < 18 سنة
- عضو آخر من العائلة
- مترجم محترف من جمعية
- مترجم من الوسط الطبي
- مترجم عبر الهاتف :
  - محترف
  - معرفة
- مترجم إلكتروني
- بواسطة الهاتف الخلوي
- جوجل (Google)
- برنامج مترجم في الميدان الصحي
- آخر

- خاص, قدمه له الطبيب
- شفهي, مكتوب, إلكتروني
- الطبيب يتكلم اللغة الأم

الصعوبات في التواصل :

- هل أن تكون برفقة شخص آخر عند الطبيب يطرح مشكلة ؟
  - لا
  - نعم
    - مشكلة في الخصوصية
    - خجل
    - مشكلة توفر الشخص المرافق
    - لا يمكن السيطرة على مجرى المعاينة
    - لا أعرف صلاحية الترجمة
- هل لديك الشعور بأن الطبيب يفهمك خلال المعاينة ؟
  - أبدا
  - أحيانا
  - غالبا
  - دائما
- عندما شعرت أن الطبيب لم يفهمك , هل أخبرته ؟
  - نعم
  - لا
    - بسبب الإحراج
    - لا أريد أن أضيع وقت الطبيب
    - لا أريد أن أضيع وقتي
    - لا أرى الفائدة
- هل تحصل على أجوبة خلال المعاينة
  - أبدا
  - أحيانا
  - غالبا
  - دائما
- هل تفهم الأسئلة التي يطرحها الطبيب
  - أبدا
  - أحيانا
  - غالبا
  - دائما

3

- هل تفهم التشخيص الطبي
  - أبدا
  - أحيانا
  - غالبا
  - دائما
- هل تفهم العلاج والوصفة الطبية
  - أبدا
  - أحيانا
  - غالبا
  - دائما
- هل حصل ولم تأخذ الأدوية أو لم تجري الفحوصات المطلوبة
  - أبدا
  - أحيانا
  - غالبا
  - دائما
- إذا أجبت نعم على السؤال السابق، هل كنت تفهم الفائدة أو كيفية العلاج
  - نعم
  - لا
- هل حصل وأخطأت في أخذ الأدوية كنت تفهم مدة العلاج
  - نعم
  - لا
- هل حصل وأخطأت في أخذ الدواء كنت تفهم الجرعة التي يجب أخذها
  - نعم
  - لا
- كم من الوقت يلزم غالبا للمعاينة الطبية
  - أقل من ١٥ دقائق
  - ما بين ١٥ و ٣٠ دقيقة
  - ما بين ٣٠ و ٤٥ دقيقة
  - أكثر من ٤٥ دقيقة
- كيف تصف التواصل بينك وبين الطبيب في أغلب الأوقات
  - سيئة جدا
  - سيئة
  - جيدة
  - جيدة جدا
- هل حصل وامتنع طبيب من المعاينة بسبب عائق اللغة
  - لا

- نعم
- عند الطبيب العام
- عند الطبيب المختص
- مستشفى خاص
- مستشفى عام

- ماذا كان رد فعلك
  - ناقشت الموضوع مع جمعية استقبال المهاجرين
  - لم أناقش الموضوع
- هل اللغة أحيانا حاجز يمنعك من رؤية الطبيب
  - نعم
  - لا
- في نظرك ما هي الحلول التي يمكن أن تسهل التواصل مع الطبيب ؟
  - تواجد مترجم محترف خلال المعاينة
  - منح خدمة ترجمة مجانا باستخدام الهاتف
  - تدريب الأطباء على التواصل باستخدام الوسائل الموجودة
  - تسهيل منح رخص دروس اللغة الفرنسية
  - زيادة الحصص لتعليم اللغة الفرنسية
  - تدريب الأطباء على الإنجليزية
  - توفير جدول علامات ورسوم
  - وجود مترجم شفهي أو كتابي بواسطة الهاتف الخلوي
  - معاينة طبية تدوم أكثر

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 Organisation des Nations Unies. Europe : le nombre des réfugiés et migrants en 2015 a dépassé un million (HCR) [en ligne] Disponible sur .http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=36325#.WddlZGi0NEY. Consulté le 27/10/2017.

2 Eurostat. Statistiques sur l'asile. 2017 [en ligne] Disponible sur http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics/fr. Consulté le 06/10/2017.

3 World Health Organisation. Health care a casualty of 6 years of war in the Syrian Arab Republic. 2017. [en ligne] Disponible sur http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/syria-six-years/en/. Consulté le 06/10/2017.

4 World Health Organisation. World Health Statistics 2017. [En ligne] Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1. Consulté le 28/01/2018.

5 La Préfecture et les services de l'Etat. Accueil de migrants en Normandie. 2016. [en ligne] Disponible sur http://www.prefectures-regions.gouv.fr/normandie/Grands-dossiers/Accueil-de-migrants-en-Normandie. Consulté le 15/11/2017.

6 Le Monde. Comprendre la crise des migrants en Europe en cartes, graphiques et vidéos. 23/03/2018. [en ligne] http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/09/04/comprendre-la-crise-des-migrants-en-europe-en-cartes-graphiques-et-videos_4745981_4355770.html. Consulté le 06/10/2017

7 Ministère de l'Intérieur. L'essentiel de l'immigration – Les demandes d'asile. 11/07/2017. [en ligne] Disponible sur https://www.immigration.interieur.gouv.fr/fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-clefs/EM-2017-3-Demandes-d-asile-au-11-juillet-2017. Consulté le 11/11/2017.

8 OFPRA. Focus sur la Syrie 04/10/2017 [en ligne] Disponible sur .https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/l-ofpra-en-chiffres/focus-sur-la-syrie. Consulté le 24/12/2017.

9 Office Français de l'immigration et de l'intégration. Rapport d'activité 2016. [en ligne] Disponible sur http://www.ofii.fr/IMG/pdf/OFII_RA_2016_PAGES.pdf. Consulté le 04/01/2018.

10 Huaume H., Kellou N., Tomasino A., Chappuis M., Letrilliart L. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012 [en ligne] Disponible sur http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10889. Consulté le 27/01/2018.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

11 Mladovsky P. Migrant health in the EU. Eurohealth. 2007;13:9–1.

12 INVS. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. 05/09/2017 [en ligne] Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf. Consulté le 01/12/2017

13 Abt M. Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques. Thèse en médecine. Université du droit et de la santé (Lille 2) ;2015

14 World Health Organisation. Syrian Arab Republic : WHO statistical profile. Janvier 2015. [en ligne] Disponible sur http://www.who.int/gho/countries/syr.pdf?ua=1. Consulté le 28/01/2018.

15 Taleb, Z.B., Bahelah, R., Fouad, F.M. et al. Syria : health in a country undergoing tragic transition. Int J Public Health (2015) 60(Suppl 1): 63.

16 Tapié de Céleyran F., Astre H., Aras N., Grassineau D., Saint-Val T., Vignier N. et al. Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 [en ligne] Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20_4.pdf. Consulté le 01/12/2017

17 Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie (Paris VI, France) ;2013.

18 Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale (étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants). Thèse en médecine. Université du droit et de la santé (Lille 2) ;2011

19 Guillou A. Y. Patients immigrés dans la région rennaise, le regard des médecins généralistes. Mars 2007 [en ligne] Disponible sur http://odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf. Consulté le 28/01/2018

20 Althausa F., Hudelsonb P., et al. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale Quels besoins, quels outils, quel impact? 2010. [en ligne] Disponible sur http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2010/2010-05/2010-05-177.PDF. Consulté le 27/01/2018

21 Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health. 2011;11:187.

22 Conseil de l'Europe. Cadre Européen Commun pour les Langues. 2001. [en ligne] Disponible sur https://rm.coe.int/16802fc3a8. Consulté le 11/11/2017.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

23 Fainzang, Sylvie. « La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Une approche anthropologique », *Questions de communication*, vol. 15, no. 1, 2009, pp. 279-295.

24 Schwarzinger M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé - Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète, décembre 2012. Direction Générale de la Santé. [en ligne] Disponible sur http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf. Consulté le 09/01/2018

25 Flores, G., M. B. Laws, S. J. Mayo, B. Zuckerman, M. Abreu, L. Medina, and E. J. Hardt. 2003. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics 111:6-14.

26 Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care : a systematic review. Med Care Res Rev. 2005 Jun;62(3):255-99.

27 Jacobs, E. A., D. S. Lauderdale, D. Meltzer, J.M. Shorey,W. Levinson, and R.A. Thisted. 2001. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English proficient patients. *Journal of General Internal Medicine* 16:468-74.

28 Gallon A.C., Le Quere F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales : entretiens semi-dirigés en Pays de Loire avec des patients parlant désormais français. 24/12/2017. [en ligne] Disponible sur file:///M:/T%C3%A9l%C3%A9chargements/gallon-le_quereMED17.pdf. Consulté le 09/01/2018.

29 Parteners for Applied Social Sciences. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? Présentation d'études réalisées aux USA, au Canada, et en Belgique sur la pertinence et le coût de l'interprétariat en milieu de soins. Mars 2008 [en ligne] Disponible sur http://www.appartenances.ch/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf. Consulté le 11/03/2018

30 Chaaban S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprete professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse [thèse] Toulouse: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2014.

31 Graz B., Vader J.-P., Raynault M.-F. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. Santé publique 2002, volume 14, no 1, pp. 75-81

32 HAS. L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. 10/2017. [en ligne] Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-

10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf. Consulté le 08/01/2018.

33 Roffé F. Mesure des erreurs de compréhension de la prescription lors de la substitution médicamenteuse : enquête de patients dans les pharmacies de l'agglomération grenobloise en 2013. Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00910288>

34 Vignon E. Le non-dit du patient en consultation de médecine générale. Thèse en médecine. Université Claude Bernard (Lyon 1) ;2015

35 Ministère des Solidarités et de la Santé. La durée des séances des médecins généralistes. 04/2006. [en ligne] Disponible sur http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf. Consulté le 24/03/2018.

36 Ministère de l'Intérieur. Les réfugiés : des origines très diverses, des difficultés en français. Info Migration n°78 2015

37 Davies P. Use of Google Translate in medical communication : evaluation of accuracy. BMJ 2014;349:g7392.

38 Roux A. L'enfant interprète de son parent dans la consultation médicale. [thèse] Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2010.

39 Union Régionale des professionnels de santé regroupant les médecins libéraux d'Alsace. Interprétariat médical en médecine libérale. [en ligne] Disponible sur http://www.urml-alsace.fr/non-categorise/interpretariat-medical-en-medecine-liberale. Consulté le 08/01/2018.

40 Ministère de l'intérieur. L'interprétariat dans le domaine de l'accueil des demandeurs d'asile et de l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale. [en ligne] Disponible sur https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/72475/529860/file/140804-Guide-interpr%C3%A9tariat%20FAMI.pdf. Consulté le 17/02/2018.

41 Carole Lebrun, Sandra Guigueno. « Recours à l'interprétariat dans les services publics de psychiatrie en Seine-Maritime », *Rhizome* 2015/1 (N° 55), p. 28-37.

42 Commission des finances du Sénat. Migrants : les échecs de l'apprentissage du français et des valeurs civiques. 19/07/2017 |en ligne] Disponible sur http://www.senat.fr/rap/r16-660/r16-660_mono.html. Consulté le 24/03/2018.

43 Conseil de l'Europe. Intégration linguistique des migrants adultes : politique et pratique. 2014 [en ligne] Disponible sur https://rm.coe.int/16802fc3b2. Consulté le 11/03/2018.

44 Eurostat. Statistique sur la migration et la population migrante. 2017 [en ligne] Disponible sur http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/fr. Consulté le 11/03/2018

Modalités et difficultés de communication rencontrées par les patients syriens non francophones en consultation de Médecine Générale en Seine Maritime et dans l'Eure

RESUME

Les flux migratoires, qu'ils soient dus à des causes politiques, socio-économiques, religieuses, culturelles, ou multifactorielles, sont en constante évolution. La population syrienne a fui de façon massive la Syrie depuis 2011, avec 335 000 primo-demandeurs d'asile en Europe en 2016, dont 3615 en France. Les principes d'humanisme et d'équité imposent de connaître les modalités prise en charge de ces patients nouvellement arrivés, celle-ci débutant par une bonne communication médecin-patient. La barrière de la langue est un frein évident à une bonne communication, s'ajoutant aux difficultés de compréhension lors des consultations non liées à la différence de langage. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le degré de compréhension des patients syriens au cours des consultations de médecine générale et d'étudier les outils de communication par étude quantitative descriptive observationnelle.

44 patients syriens ayant déjà consulté en médecine générale ont répondu à un questionnaire en arabe d'avril 2017 à janvier 2018. 47,7% d'entre eux ont eu 200 heures ou plus d'enseignement du français. 72,7% des patients estimaient avoir une bonne voire très bonne communication avec leur médecin. Les outils de traduction utilisés étaient les traducteurs électroniques (59,1%), l'interprétariat informel (38,6%), l'interprétariat par un interprète professionnel (20,5%). Un mineur était l'interprète pour 2 patients interrogés. Ils préféraient pour 47,7% d'entre eux l'interprétariat informel, et 25% privilégiaient les traducteurs électroniques. L'accompagnement par une tierce personne a été problématique pour 79,5% des patients notamment pour des raisons de disponibilité ou de pudeur. La moitié des patients ne le disaient pas s'ils n'avaient pas été compris. 6 (13,6%) patients déclaraient avoir fait une erreur dans la posologie du traitement et 5 (11,4%) dans sa durée, du fait d'une erreur de compréhension. Les propositions des patients afin d'améliorer la communication médecin-patient étaient, entre autres : la mise à disposition d'un interprète professionnel (61,4%), augmenter le nombre d'heures d'enseignement du français (56,8%), l'accès plus facile à des cours de français.

Ainsi, on constate une discordance entre une bonne compréhension globale déclarée et des difficultés dans différents axes de la compréhension, à l'origine de dysobservance. Ils préfèrent l'interprétariat informel mais souhaiteraient avoir accès à l'interprétariat professionnel probablement pour tenter de trouver un moyen de traduction plus adapté. Ils aimeraient améliorer leur autonomie en bénéficiant de plus de cours de français adaptés. Il n'existe pas de service d'interprétariat professionnel gratuit accessible en Eure et Seine Maritime, peut être serait-il intéressant de développer un programme dans ce sens sur le modèle de l'Alsace par exemple ?

MOTS CLES : communication - Syriens - Seine-Maritime - Eure - langue - interprétariat