



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

UE 3.4 S6 et 5.6 S6



L'impact de la barrière de la langue dans le prendre soin des patients détenus

JOUAN Eva

Formation infirmière

Promotion 2017 – 2020

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE



**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'impact de la barrière de la langue dans le prendre soin des patients détenus

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier .est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 11 mai 2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Cadre conceptuel.....	3
1.1 Milieu carcéral.....	3
1.1.1 Le fonctionnement de la prison.....	3
1.1.2 Droits des patients détenus en matière de santé.....	4
1.1.3 L'exercice infirmier en milieu pénitentiaire.....	5
1.2 La communication avec des patients étrangers.....	6
1.2.1 Les théories de la communication.....	6
1.2.2 Barrière de la langue.....	7
1.2.3 Autres moyens de communiquer.....	8
1.3 Prendre soin.....	8
1.3.1 Le prendre soin.....	8
1.3.2 Les critères de qualité du prendre soin.....	9
1.3.3 Qualité du prendre soin en milieu carcéral.....	10
1.3.4 Qualité du prendre soin des patients étrangers.....	10
2. Méthodologie.....	12
3. Analyse.....	13
3.1 La communication.....	13
3.2 La barrière de la langue.....	13
3.3 Les outils utilisés pour communiquer avec un patient parlant une langue étrangère.....	15
3.4 La culture.....	17
3.5 Le milieu carcéral.....	17
3.6 Le prendre soin.....	18
4. Discussion.....	20
4.1 L'impact du milieu carcéral.....	20

4.2 Les soignants face aux problématiques carcérales.....	21
4.3 Communication.....	22
4.4 La barrière de la langue.....	22
4.5 Les outils utilisés pour limiter la barrière de la langue.....	23
4.6 La culture de l'autre.....	24
4.7 Le prendre soin.....	25
4.8 L'émergence des valeurs.....	27
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	
Sommaire des annexes.....	

Introduction

Après avoir réussi le concours et intégré une école, la formation en Soins Infirmiers débute. Elle dure trois ans. Ce sont trois années plus ou moins intensives et éprouvantes qui nous permettent de nous former à cette discipline. Tout d'abord en nous enseignant des savoirs, puis par les stages des savoirs faire. Mais les différentes rencontres et parcours de chacun, nous permettent également de développer notre personnalité soignante et d'acquérir un savoir être. Ces trois années, nous apprennent aussi à nous remettre en question, à prendre du recul et à savoir conduire une réflexion. Et c'est dans ce dernier but que se dessine l'objectif de réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. C'est dans ce cadre que j'ai débuté mes réflexions et choisi de travailler sur le thème de la communication avec les patients étrangers en milieu carcéral.

En effet, j'ai un attrait personnel quant aux langues étrangères. Puis, à la suite d'un stage effectué dans une unité de soins en prison, j'ai fait le constat que beaucoup de détenus parlent une langue étrangère. J'ai pu constater que cela induisait des difficultés de compréhension entre soignants et patients, qui peut impacter négativement le prendre soin du patient détenu. Je me suis alors parfois sentie frustrée de ne pas pouvoir aider et mettre en place les actions soignantes nécessaires pour le patient. Ce ressenti m'a donc conduit à me questionner sur l'impact de la barrière de la langue notamment pour la prise en charge du patient incarcéré.

J'ai pu être confrontée plusieurs fois à des situations de soins avec des patients parlant une langue étrangère, j'ai choisi d'en conserver deux. Ma première situation d'appel se déroule en unité de soins somatiques en milieu pénitentiaire (ANNEXE I). C'est une consultation avec un patient dans la salle de soin. Le patient vient d'arriver en prison, et ne parle pas français. Il ne parle ni anglais, ni espagnol, les seules langues que l'infirmière et moi-même, connaissons. Nous n'arrivons pas à comprendre ce dont le patient a besoin, et la raison de sa venue. Il tente de nous parler dans sa langue, de nous faire des mimes. Cependant, nous n'arrivons toujours pas à nous comprendre. Avec les mimes du patient, nous interprétons qu'il a besoin d'une prescription pour un problème cutané. L'infirmière réexplique alors la démarche à suivre : écrire un mot à déposer dans les boîtes aux lettres en bas de chaque bâtiment de la prison, pour obtenir un rendez-vous chez le médecin. Le patient repart sans que nous sachions s'il a vraiment compris nos indications et sans que nous ayons réellement compris son besoin de soin.

En opposition à la première, ma deuxième situation se passe en service général (ANNEXE II). Elle permet de mettre en lumière le déroulement d'une situation de soins avec l'utilisation d'un outil de traduction. En effet, l'infirmière et moi-même rentrons dans la chambre d'une patiente géorgienne ne parlant pas français, pour une réfection de son pansement. Nous utilisons le téléphone de la patiente où elle a installé Google traduction, pour communiquer avec elle. Le soin se déroule sans souci particulier,

nous pouvons expliquer nos gestes, notre jugement clinique sur l'évolution de la plaie, et répondre aux questions de la patiente quant à celle-ci grâce à l'application. De plus, toutes les semaines un interprète vient rencontrer la patiente avec le médecin pour faire le point sur sa prise en charge.

Suite à ces situations vécues, ma réflexion a cheminé, s'exprimant en plusieurs questions. La barrière de la langue peut-elle empêcher le prendre soin ? Quelles sont les répercussions d'une communication inefficace lors d'un soin ? Quelles sont les clés dont dispose l'infirmier¹ pour soigner un patient parlant une langue étrangère ? Puis, la prise en soin d'un patient incarcéré est-elle différente de celle d'un patient non incarcéré ? Quelles sont ces différences ou inégalités ?

Ma réflexion s'est donc axée sur l'impact de la barrière de la langue sur la prise en charge d'un patient. Cependant, il m'a paru important d'explorer aussi le retentissement du milieu carcéral sur la prise en charge de ces patients. C'est pourquoi j'ai élaboré ma question de départ comme telle :

En milieu carcéral, en quoi la barrière de la langue influence-t-elle le prendre soin infirmier du patient détenu ?

En effet, au 1^{er} juillet 2018, les personnes étrangères représentaient 22.3% des personnes détenues en France, selon les statistiques trimestrielles du ministère de la justice (ANNEXE III). J'ai donc voulu m'interroger sur la communication avec les patients étrangers dans un milieu où l'infirmier est souvent confronté à ces situations, c'est-à-dire le milieu carcéral.

Pour se faire, j'aborderai dans un premier temps les dires des auteurs concernant des notions clés découlant de ma question de départ (le milieu carcéral, la communication et le prendre soin infirmier). Dans un second temps, je présenterai mon analyse de deux entretiens réalisés auprès d'infirmiers. Pour finir, je ferai une synthèse en confrontant les dires des auteurs, celui des professionnels, mon propre avis ainsi que mon positionnement professionnel.

¹ Pour infirmier : lire infirmière et/ou infirmier.

1. Cadre conceptuel

1.1 Milieu carcéral

1.1.1 Le fonctionnement de la prison

Avant de présenter l'organisation d'une prison, ainsi que son fonctionnement, je m'attarderai sur sa définition. En effet, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL, 2019) définit la prison comme étant un établissement pénitentiaire clos, aménagé pour recevoir des individus condamnés par les tribunaux à une peine les privant de liberté ou des prévenus en instance de jugement. Ces derniers se scindent en différentes catégories. L'Observatoire National des Prisons et le ministère de la Justice divisent les prisons en plusieurs types d'établissements en fonction du régime de détention et des catégories de condamnation (2019). Il existe deux grandes catégories :

- Les maisons d'arrêt, prévues pour accueillir les personnes prévenues en détention provisoire ainsi que les personnes condamnées ayant une peine inférieure à deux ans.
- Les établissements pour peine. Ces derniers se fractionnent en 3 groupes : on retrouve les maisons centrales ayant une organisation et un régime de sécurité renforcé accueillants les personnes condamnées à une longue peine, puis les centres de détention dont le régime est censé être plus orienté vers la réinsertion et pour finir des centres de semi-liberté pour les détenus pouvant s'absenter de l'établissement durant la journée.

Enfin, les centres pénitentiaires sont des établissements mixtes, rassemblant des unités de détention relevant de maisons d'arrêt et d'établissement pour peine.

Dans chaque établissement pénitentiaire, se trouve des unités de soins. C'est à la suite d'un rapport du Haut comité de la santé publique en 1993 déplorant la prise en charge de la santé en milieu carcéral qu'une réforme du système de soins en prison a été amorcée. La loi du 18 janvier 1994 impose la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (USCA), aujourd'hui appelée Unité Sanitaire Dispositif de Soins Somatiques (USDSS). Depuis celle-ci, la médecine en prison relève désormais du Ministère de la Santé et non plus du Ministère de la Justice. L'établissement pénitentiaire dispose aussi d'un Service Médico-psychologique Régional (SMPR) permettant la prise en charge des pathologies psychiatriques. Ces deux unités étant regroupées depuis 2012 sous l'appellation d'Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP).

Ces dernières ont des missions rappelées par l'avis n°94 du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNESVS, 2006) concernant la santé en prison. A savoir que la personne détenue peut retrouver sur place des prestations de médecine générale, des soins infirmiers, des consultations spécialisées, des soins dentaires, des examens de laboratoire. Les unités se voient confier l'organisation de soins à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire

(consultations, examens, des hospitalisations urgentes) ainsi que les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Pour finir, en collaboration avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) le suivi sanitaire du patient détenu est préparé en vue de sa sortie. Ces unités impliquent donc un travail en collaboration avec les différents professionnels, aussi bien les acteurs du soin que les représentants de l'ordre.

1.1.2 Droits des patients détenus en matière de santé

En matière de santé, les détenus ont des droits inscrits dans la loi. L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 indique que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». De plus ce même article, ajoute une mention : celle de la prévention et de l'éducation à la santé.

Les directives de la loi pénitentiaire de 2009 sont développées dans le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice réactualisé annuellement par le Ministère de la Justice et celui des Solidarités et de la Santé (2019). Ils font un focus sur les droits des personnes détenues comme notamment celui au secret médical, au secret de la consultation, à un bilan aux produits stupéfiants, d'alcool et de tabac, à une visite médicale précédant la libération, au droit à un aidant si elles souffrent de handicap et à s'entretenir seul avec des personnes désignées (de confiance, majeur pour les personnes mineures) ou des bénévoles.

Comme rappelé dans ce guide, le Code de la Santé Publique prévoit pour tout à chacun le droit à l'information sur son état de santé, la recherche de consentement libre et éclairé pour tout acte médical ou tout traitement, le droit au refus de soins, la désignation d'une personne de confiance, ainsi que le droit à la rédaction des directives anticipées. L'emprisonnement d'une personne n'altère en rien ces droits. Toute personne emprisonnée détient donc les mêmes droits à la santé.

Toutefois, malgré la volonté de garantir des droits à la santé équivalents à ceux de la population générale, l'Article 22 de la loi pénitentiaire de 2009 précise que ces droits peuvent faire l'objet de restriction en lien avec la préservation de la sécurité. Emmanuelle MEL, docteure en droit de la santé, expose dans son article sur le droit du patient détenu (2019) que le système carcéral impacte les droits des patients. Elle rappelle que « si le statut de détenu ne doit pas faire obstacle à l'accès aux soins, la détention crée cependant des conditions particulières d'exercice ». Elle illustre son propos par des exemples : le principe du libre choix du praticien par le patient, ne s'applique pas à la personne détenue, ainsi que le droit de choisir l'établissement de santé dans lequel elle sera prise en charge.

1.1.3 L'exercice infirmier en milieu carcéral

Les infirmiers en milieu carcéral prodiguent des soins généraux, et des soins d'urgence. Ils ont aussi un rôle éducatif et préventif. Ils ont toutefois des missions spécifiques dues au milieu d'intervention, comme le ramassage du courrier médical tous les matins dans la boîte aux lettres de chaque bâtiment (pour les demandes de soins des détenus), la distribution des médicaments en cellules, ou encore des visites dans les quartiers spécifiques. Le Ministère de la Justice et celui des Solidarités et de la Santé rappelle dans leur guide (2019) que le personnel hospitalier est soumis à certaines mesures de sécurité : vérification de l'identité à l'entrée, contrôle de leurs effets, interdiction de détenir des outils digitaux, etc. Ils se voient parfois confier des missions spécifiques dues au cadre d'intervention comme celui de médiateur. De part sa neutralité, il peut être amené à avoir un rôle de médiation notamment dans des conflits opposant les détenus et l'administration pénitentiaire (NOTO-MIGLIORINO, 2018).

Les infirmiers travaillant en milieu carcéral sont tenus aux mêmes règles que ceux travaillant en milieu général. Le secret professionnel leur incombe. Ce même guide, apporte des précisions sur ce devoir pour les soignants travaillant en prison. Les professionnels sont parfois amenés à transmettre des informations à l'administration pénitentiaire. En effet la dépendance des personnes détenues à cette administration oblige les soignants à informer les surveillants de l'adaptation de leur prise en charge en raison de l'état de santé. Ces échanges d'informations se faisant avec l'accord de la personne. Ce partage d'informations est encadré par l'article L.6141-5 du Code de la Santé Publique lui-même issu de la loi du 25 février 2008. Il rappelle l'obligation à partager seulement des informations utiles. A contrario, les soignants ne sont pas autorisés à prendre connaissance des données pénales du patient. Cependant, les informations jugées utiles pour la prise en charge leur sont transmises par les surveillants pénitentiaires.

Le CCNESVS mentionne dans son avis sur la santé en prison (2006) que le « surveillant se voit attribuer un rôle crucial dans l'articulation de la relation entre détenus et soignants. » Il évoque le secret médical pour les surveillants pénitentiaires. Certains sont mis « à disposition du service médical pour accueillir et sécuriser les espaces médicaux ». Ces derniers sont alors astreints au secret médical. Le CCNESVS résume alors que « le surveillant joue ainsi un rôle crucial dans la protection de la santé des détenus et dans leur accès aux soins. ». Qu'en est-il pour les surveillants non rattachés aux unités de soins ? D'ailleurs Emmanuelle MEL (2019) rappelle que « l'accès aux détenus dépend des surveillants, des parloirs, etc. » Et elle ajoute que la pratique soignante se fait au sein d'une institution ayant ses propres règles, obligeant alors les soignants à composer avec cette particularité. Corinne ROSTAING, sociologue met aussi en évidence ce constat, tout en y ajoutant les contraintes liées aux normes de sécurité (2003). Elle écrit que « le personnel soignant doit apprendre à respecter les normes carcérales et les principes de sécurité qui pèsent sur les relations entretenues avec le patient incarcéré, sans que ces contraintes n'altèrent trop sa pratique de soins et de ses relations avec le patient détenu. »

De plus, les soignants travaillant en milieu carcéral doivent apprendre à composer avec l'éthique pénitentiaire. En effet, Dave HOLMES titulaire de la Chaire de recherche universitaire en soins infirmiers médico-légaux au Canada affirme que « le soin infirmier prodigué en milieu carcéral nécessite une accommodation des responsabilités et des attentes sans toutefois atrophier sa pratique professionnelle. » (2012). Dans son article avec Jean Daniel JACOB (2012) ils nomment REEDLER et MELDMAN qui soutiennent eux, « que l'aspect sécuritaire et les soins sont perçus comme deux forces opposées ». Les soignants sont alors continuellement confrontés au dilemme opposant thérapie et correction. Il pose alors la problématique central de l'exercice infirmier en milieu carcéral : « Comment concilier éthique infirmière et règles carcérales (incluant l'aspect punitif) alors que leurs fondements divergent sur plusieurs points ? »

Lors de ce premier concept, a pu être abordé le fonctionnement de la prison, les droits des patients ainsi que l'exercice infirmier dans ce cadre d'intervention. Mais la problématique de ce travail d'initiation à la recherche implique aussi le concept de la communication. Il va donc être développé ci-dessous.

1.2 La communication avec des patients étrangers

1.2.1 Les théories de la communication

La communication est un besoin fondamental pour l'homme. Le CNRTL la définit comme étant « un processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre (ou groupe de personnes) qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles. » (2019). De plus, les auteurs BIOY A, BROURGEOIS F, NEGRE I en 2009 soulignent que la communication est « une mise en relation de deux individus qui vont se découvrir ». Sur le site du Larousse, la communication est une « action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. » (2019)

Au fil des années, la communication a connu de nombreuses définitions et a beaucoup évolué. Pour mon mémoire, je retiens le modèle de communication des mathématiciens Claude Elwood SHANNON et Warren WEAVER (ANNEXE IV). Ce modèle linéaire schématise la communication, un émetteur envoie un message à un récepteur et ce « par le biais d'un système de codage et de décodage du message » (BOURGEOIS Brigitte, 2016). Le message est l'information à transmettre, via plusieurs canaux : verbal, non verbal ou par écrit. L'émetteur et le récepteur doivent utiliser un code commun pour pouvoir décrypter le message. Ce code est l'ensemble de signes et de règles de combinaison de ces signes (SAMSON, G, communication personnelle, 12 décembre 2018). L'émetteur y puise pour

constituer son message, c'est l'opération d'encodage. Puis l'opération de décodage, oblige le récepteur à identifier ce système de signes. Pour que l'émetteur et le récepteur se comprennent, ils doivent s'assurer de disposer du même répertoire.

Ce schéma a été complété par le concept de rétroaction ou feedback formulé par Norbert WEAVER cybernéticien, qui apporte un autre aspect à la communication. Celle – ci n'est plus linéaire. Le feedback est donc une réponse à la réception du message, qui ne présume en rien à la réponse de ce dernier. La rétroaction « consiste à confirmer ou infirmer la réception du message, demander des précisions, relancer ou terminer la discussion » (SAMSON, G, communication personnelle, 12 décembre 2018).

La communication peut donc se faire à travers différents champs : le verbal et le non verbal. Les auteurs BIOY, BROURGEOIS, NEGRE, (2009) ajoutent que la façon dont le message est transmis impacte celui-ci. Pour exemple, ils disent que le message compte pour 7% de paroles, 38% d'intonations, et 55% de langage gestuel. Les mots sont la base de la communication verbale. Il est préférable qu'elle réunisse certaines caractéristiques : simplicité et clarté, concision, ainsi que précision. Le mode langagier doit être adapté au récepteur : pour exemple l'utilisation d'un langage professionnel entre soignants mais vulgarisé pour le patient. La documentaliste Brigitte BOURGEOIS rapporte en 2016 les propos des cadres de santé Sylvie AMELINE, Pascale HOURDEQUIN et Carole RIFLET-VITTECOQ sur la communication non verbale. Elles la décrivent comme étant « les gestes, le regard, l'attitude ou la posture corporelle, les mimiques, l'occupation de l'espace, la distance, reflètent les états de tension, d'ouverture ou non et la confiance de la personne. »

Mais quel impact sur la communication lorsque les deux individus n'ont pas la même langue ?

1.2.2 Barrière de la langue

En 2013, Evelyne TERRAT rappelle que le code doit être identique pour le récepteur comme l'émetteur. « L'utilisation d'un jargon professionnel ou d'une langue étrangère ne permettra pas le décodage du message si le récepteur ne maîtrise pas cette langue ou ce jargon. »

Si l'on s'appuie sur le schéma de SHANNON et WEAVER, le décodage ne sera pas possible si les protagonistes n'utilisent pas la même langue. Il y a donc peu de chance que l'information soit transmise et comprise correctement. Pour Brigitte BOURGEOIS, dans ce cas précis, « le message du soignant risque de se réduire à l'essentiel et de se charger d'implicite qui peut être mal interprété par le patient »(2016) (ANNEXE V). Il pourra s'en suivre une incompréhension du message qui va générer de l'anxiété ou de l'agressivité chez le patient. D'ailleurs comment savoir si les soignants répondent aux besoins de la personne ? Et comment recueillir leur consentement libre et éclairé ? Ce qui peut générer du côté des soignants, de la frustration.

De plus, en 2015 Sarah BOWEN dans un rapport pour la Société Santé en français rappelle plusieurs risques sur la prise en charge des patients parlant une langue étrangère. Dans ce document elle évoque certaines répercussions négatives comme des « risques accrus d'erreurs de diagnostic [...], risque accru de subir des événements indésirables ; moins bonne gestion des maladies chroniques ; et gestion moins efficace de la douleur ». Ce rapport nous indique aussi que « les barrières linguistiques compromettent l'obtention du consentement éclairé ».

Alors quels sont les outils des professionnels pour diminuer l'impact de la barrière linguistique ?

1.2.3 Autres moyens de communiquer

Pour contrer la barrière de la langue, les soignants peuvent opter pour d'autres moyens de communication. En 2011, Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie (JALMALV) a démontré par une enquête que les soignants développaient des stratégies pour pallier aux barrières linguistiques. Ils créent eux-mêmes leurs outils comme « des mimes, des dictionnaires, élaboration d'outils visuels : affiches en langue étrangère, fiches diététiques avec pictogrammes », etc. Ils peuvent toutefois faire appel à des outils plus conventionnels notamment les interprètes (professionnels, famille, soignants bilingues). Pour autant, cet outil n'est pas sans faire apparaître d'autres inconvénients. Ils citent par exemple, la non connaissance du vocabulaire médical des interprètes, ou encore le risque d'appauvrissement du message.

Plusieurs théoriciens ont pu décrire la communication comme une information émise d'un émetteur à un récepteur. Cependant, lorsque la langue n'est pas la même, le message transmis peut être mal compris. Cette barrière linguistique malgré l'existence d'outils peut avoir des répercussions sur la prise en charge du patient. C'est pourquoi, la troisième notion qu'est celle du prendre soin va être développée pour mieux comprendre ce qu'elle signifie et implique.

1.3 Prendre soin

1.3.1 Le prendre soin

Le soin, selon le Larousse, évoque une « attention, application à quelque chose. » (2019) Ce dernier définit « avoir soin de, prendre soin de » comme « être attentif à, veiller sur ». A l'origine du concept du prendre soin, Walter HESBEEN le définit lui comme étant « une attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. », dans son ouvrage de 2007. Il le décrit comme étant unique, non prédéfini, à repenser par le soignant pour chaque situation et donc complexe.

Alexandra PARIS met l'accent sur le verbe lui-même. En effet, les soignants peuvent produire un soin, qui est ici une compétence. Toutefois, prendre soin nécessite en plus un savoir-être. Elle nous rappelle dans son article de 2010 que soigner « fait appel tout autant au savoir-faire qu'au savoir-être ». Mais qu'en est-il de la qualité du soin ?

1.3.2 Les critères de qualité du prendre soin

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), et la banque mondiale donnent la définition de la qualité des soins comme « le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles » (2019). C'est une définition globale qui a pour souhait de regrouper les attentes des usagers, des professionnels, et des institutions.

Pour autant, les indices d'évaluation de la qualité des soins sont très différents en fonction du point de vue de chaque acteur. Walter HESBEEN, dans son ouvrage sur la qualité du soin infirmier (1998) met l'accent sur les difficultés à définir la qualité d'une pratique soignante. Il s'appuie sur les recommandations d'Henri VUOR qui prouve la nécessité d'une certaine méthodologie. Pour chaque essai de définition, il faut pouvoir répondre aux différentes interrogations : qualité pour qui, définit par qui, destinée à quoi, de quelle qualité s'agit-il ?

Finalement, Walter HESBEEN (1998), formule une ébauche de définition au sujet de la qualité de la pratique soignante. C'est « celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celle-ci ». Il n'oublie pas de nous rappeler le cadre d'intervention (politique, économique et organisationnel).

Toutefois, des critères d'évaluation de la qualité des soins ont été élaborés. Un premier outil nommé la règle ECORSET est utilisable lors des soins (NOEL, R, 2015). Cet acronyme correspond aux sept critères retenus : Efficacité, Confort, Organisation, Responsabilité, Sécurité, Economie, Transmission.

L'OMS, OCDE et banque mondiale en 2019 ont énoncé leurs propres critères de qualité à savoir : des soins efficaces, sûrs et centrés sur la personne, des soins équitables, intégrés, efficaces, et dispensés en temps opportuns.

1.3.3 Qualité du prendre soin en milieu carcéral

La spécificité du milieu carcéral implique une adaptation des professionnels de santé pour réaliser une prise en soin de qualité auprès des patients détenus. Alors qu'est-ce qu'une prise en charge de qualité en prison ?

Le CCNESVS en 2006 propose des recommandations éthiques à l'intention des différents acteurs travaillant dans ce milieu. Dans le cadre du prendre soin, ils insistent sur le respect de la dignité humaine parfois bafouée par les conditions de détention. Et rappellent que le détenu détient des droits. Les professionnels de santé sont incités à être vigilants à toute dégradation de santé des patients détenus liée à la détention, et de privilégier le face à face entre les patients et les soignants. L'axe de la prévention est travaillé par le biais d'actions éducatives menées par les unités sanitaires dans la prison. Ces seules recommandations ne sont pas suffisantes quant à la qualité du prendre soin. Elles peuvent être complétées par les compétences développées par les infirmiers, dû au cadre d'intervention.

Dans leur article de 2013 sur la pratique infirmière en milieu carcéral plusieurs chercheurs québécois (ALDERSON, SAINT-JEAN, THERRIAULT, RHEAUME, RUELLAND, et LAVOIE) ont mis en évidence l'impact du cadre d'intervention sur la qualité de la pratique soignante. « Les participants notent cependant que le *caring* prend place ou se déploie, ici, auprès d'une clientèle hautement criminalisée et présentant une dangerosité certaine. » Les professionnels « ont à développer des compétences importantes de protection d'eux – mêmes et de leurs instruments. » En effet, leurs outils de travail peuvent être détournés comme une arme par les patients détenus. Les professionnels de ce milieu se voient dans l'obligation d'intérioriser des notions de sécurité inhérentes au cadre pénitentiaire qui sont parfois en contradiction avec le cœur de leurs pratiques. Ces professionnels travaillent en contradiction entre les exigences de sécurité et leurs pratiques soignantes. Etant toujours dans un jeu d'équilibre entre le prendre soin et la sécurité. La qualité du prendre soin peut donc en être impactée.

1.3.4 Qualité du prendre soin des patients étrangers

En 2017, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a rendu un avis concernant la santé des migrants. Au vu de la caractéristique commune entre les prisonniers étrangers et les migrants, à savoir une langue maternelle différente, cet avis peut apporter des éclairages pour la qualité du prendre soin. Il préconise « un mode pertinent de communication, linguistique et culturelle, avec les personnes pour mieux comprendre leurs attentes dans le cadre de leur prise en charge soignante. »

La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017, valide cette pertinence de communication par le seul biais d'un interprétariat professionnel, et limite les autres moyens de communication. L'interprétariat professionnel permet dans un premier temps d'assurer à ces usagers, véritablement

comme tout à chacun, un accès aux soins et à la prévention. Pour les professionnels il est le garant de droits incontournables : le secret médical, le droit à l'information et le recueil du consentement libre et éclairé. Pour l'HAS, tous les autres moyens de communications (l'utilisation d'outils, un tiers non formé, ou d'une langue tierce) présentent un risque d'erreurs (ANNEXE VI). Pour autant, ces derniers sont couramment utilisés dans la pratique soignante. En 2018, R. E NOTO-MIGLIORINO, ancien infirmier en prison, confesse que « la compétence linguistique d'un détenu est malheureusement une solution que nous sommes parfois obligés d'emprunter pour communiquer avec un patient étranger. »

Ma problématique impliquant certains concepts, ils ont pu être développés, dans cette première partie, grâce aux travaux d'auteurs notamment sur le milieu carcéral, la communication et le prendre soin. Mais pour me construire un avis, je vais aussi m'intéresser au point de vue des infirmiers du terrain.

2. Méthodologie

Après avoir regroupé les dires des auteurs, je souhaite avoir les avis de professionnels. Pour se faire, j'ai choisi de conduire deux entretiens semi directifs avec des infirmiers. J'ai donc élaboré un guide d'entretien. Pour avoir des données intéressantes sur mon sujet, j'ai utilisé les questions ouvertes suivantes :

- Pour vous, quelles sont les particularités de la communication avec des patients détenus ?
- Pouvez-vous me décrire une situation que vous avez rencontrée où la communication avec un patient détenu parlant une langue étrangère vous a mis en difficulté ?
- Lors de cette situation, qu'avez-vous mis en œuvre pour pallier à cette difficulté ? Avez-vous des outils à votre disposition ?
- Quelle différence faites-vous entre la prise en charge d'un patient parlant français et d'un patient parlant une langue étrangère ?
- En milieu carcéral, en quoi la barrière de la langue influence-t-elle le prendre soin infirmier du patient détenu ?

En ce qui concerne la population interviewée, je n'avais pas de critères particuliers, car aucun n'apportait de plus-value aux données collectées. Cependant, j'ai choisi d'interroger deux infirmiers travaillant dans la même unité accueillant des détenus afin d'éviter une disparité des réponses liée au fonctionnement différent d'une structure à l'autre. Effectuant mon premier stage de semestre 6 dans une UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée), j'ai décidé d'y interroger deux infirmiers. Les soignants interrogés ont entre 25 et 30 ans. Un soignant diplômé depuis 8 ans, a travaillé en cancérologie et en soins de longue durée avant d'arriver à l'UHSA il y a 3 ans. L'infirmière, diplômée depuis 6 ans, a travaillé en service d'addictologie dans un hôpital de soins généraux puis a intégré l'UHSA il y a 2 ans.

Les seules difficultés que j'ai pu rencontrer pour l'organisation des entretiens ont été liées à la structure. En effet, les structures pénitentiaires n'acceptent pas l'entrée d'un téléphone portable. N'ayant pas d'autres moyens d'enregistrement, j'ai dû trouver un dictaphone et communiquer à l'administration pénitentiaire le type et le numéro de lot de l'appareil ainsi que la date d'entrée dans la structure avec le matériel. Toutefois, le contrôle du matériel à l'entrée a été rapide et ne m'a pas occasionné d'autres contraintes. Cependant, l'entrée avec ce matériel devant se réaliser lors d'une journée je n'ai pas pu réajuster mon entretien entre les deux professionnels.

La retranscription de chaque entretien et le tableau d'analyse étant en annexe, je présente ci-dessous l'analyse que j'ai pu en faire (ANNEXE VII, VIII, IX).

3. L'analyse

Les deux entretiens m'ont permis de collecter des informations que j'ai regroupées en différents thèmes : la communication, la barrière de la langue, les outils utilisés, la culture, le milieu carcéral et le prendre soin. Je détaillerai les propos des infirmiers dans chaque partie consacrée à ces thèmes.

3.1 La communication

En ce qui concerne la communication, les infirmiers ont tout d'abord évoqué les deux types de communication qu'ils utilisent : la communication verbale et celle non verbale. En d'autres termes soit une communication au moyen de mots ou passant par le corps. En effet pour la communication non-verbale, ils vont se fier « au langage du corps », utiliser leur sens de l'observation, ou encore passer par « *des signes, des gestes* ». Un des soignants met en lumière toutefois, les risques que comportent ce type de communication. Effectivement, il aborde le risque d'interprétation qui, de plus varie en fonction des soignants. D'ailleurs il dit « *les gestes, on en fait notre propre interprétation, ce qu'on a envie d'en comprendre sur le moment* ».

Au sujet de la communication verbale, ils portent une attention toute particulière aux termes qu'ils utilisent, et ce pour plusieurs raisons. Ils vont avoir tendance à surveiller leur langage, « *on fait peut-être plus attention aux termes qu'on utilise* ». Ils évoquent principalement deux raisons : tout d'abord pour amener chez le patient un sentiment d'appartenance. Un infirmier note qu'il a adapté son langage « *pour parler un petit peu comme eux* », permettant de mettre en confiance le patient. Il remarque grâce à cela que « *la relation est plus simple et s'établit plus facilement* ». Deuxièmement, l'adaptation du langage se fait au regard du statut de patient détenu. Certains sujets ne sont pas abordés avec le patient comme par exemple l'extérieur ou les familles pour le préserver. L'infirmière le justifie en constatant que « *pour beaucoup ils ont vraiment une coupure de contacts, donc avec l'extérieur mais du coup leurs familles* ». De même, le motif d'incarcération des patients n'est pas évoqué par les soignants.

Cependant, la communication se complique lorsque les protagonistes n'ont pas la même langue maternelle.

3.2 La barrière de la langue

Les professionnels ont, tous deux été confrontés à des situations où ils ont pu expérimenter les obstacles en lien avec la barrière de la langue. Un infirmier note qu'ils ont tendance à rencontrer plus de difficultés de communication lorsqu'ils prennent soin de patient venant des pays de l'Est ou du monde

arabe et que ces derniers ne parlent pas anglais. Ainsi dit-il « à chaque fois qu'il y a quelqu'un qui vient de l'étranger, de l'Est ou du monde arabe, et qu'il ne parle pas anglais c'est beaucoup plus compliqué ». Ces difficultés reliées à la barrière de la langue entraînent plusieurs conséquences, développées ci-dessous.

Tout d'abord, l'infirmier a pu remarquer des situations d'exclusion du patient. Il donne l'exemple d'un patient arabe et d'un patient géorgien « qui étaient exclus du reste du groupe. » Il note que les soignants peuvent aller moins vers ces patients dus aux difficultés de communication. « On va aller tout de suite moins vers lui donc il va se sentir un peu isolé forcément au début. »

Puis, les patients peuvent aussi avoir des altercations avec d'autres. La professionnelle donne l'exemple d'une situation où les patients ne se comprennent pas et n'ont pas les mêmes comportements ce qui crée de la tension entre eux. Elle explique qu'il fallait qu'elle « rattrape en anglais les choses en lui expliquant que ce n'était pas un comportement social adapté ».

L'infirmière indique que dans une situation rencontrée avec un patient irlandais elle avait « un souci de compréhension ». Elle évoque des difficultés « pour se faire comprendre et pour être sûre qu'il ait bien compris » en lien avec la barrière de la langue. Elle voit si son message est compris lorsque le patient « avait une action, une réponse. » Cependant, elle observe « que la plupart du temps il était à côté » se rendant ainsi compte des erreurs de compréhension.

Néanmoins, l'incompréhension du message se rencontre aussi en sens inverse. Les soignants ont parfois du mal à comprendre ce que le patient veut leur transmettre. L'infirmière le met en lien aussi avec les manifestations de la pathologie psychiatrique. Elle raconte « pour le patient irlandais, il me racontait ses délires mais des fois je me disais « est-ce que j'ai bien compris ? » » Elle donne l'exemple d'un terme qu'elle ne connaissait pas en anglais et où il a fallu qu'elle voit le patient en entretien « avec un médecin, avec un autre collègue [...], qu'on soit trois personnes à être sûres que oui c'était bien ça ». Elle conclut en disant que le plus compliqué est « de comprendre le discours délirant d'un patient avec la barrière de la langue ».

Ces difficultés pour comprendre le message transmis par l'autre ont un impact, soit sur le patient ou potentiellement sur sa prise en charge. En effet l'infirmière met en lumière un ressenti difficile du patient face à cette difficulté à communiquer. Elle illustre cela en décrivant le comportement du patient : « ça le mettait en colère ». Notamment concernant certaines demandes, « le fait qu'il se fasse pas comprendre dans sa demande, et qu'en plus cette demande là il fallait qu'elle soit immédiate pour l'apaiser. Ça le mettait dans des états pas possibles ». La prise en charge du patient peut aussi être impactée. Plus particulièrement à cause d'erreurs de compréhension. L'infirmière décrit une situation où elle comprend du patient « qu'il est constipé et puis finalement c'est pas ça du tout, en fait il va être douloureux ». La mauvaise compréhension du message peut toutefois être remarquée par le soignant puis corrigée grâce à l'attitude du patient. « Moi ça m'est déjà arrivée d'être sûre que j'ai compris un

truc et derrière je vois le patient sa réaction, tu te dis « oula j'ai pas du tout donné le bon médicament » »
dit la soignante.

Dernièrement, les deux infirmiers mettent en avant la volonté des patients d'apprendre la langue pour lutter contre les obstacles de communication. Tout d'abord, à force d'entendre « toujours les mêmes choses, parce qu'on pose toujours les mêmes questions ». L'infirmière ajoute qu'ils peuvent aussi apprendre « des autres patients ». Et puis, certains patients réclament « d'apprendre le français ». Pour s'adapter, l'infirmière dit de l'apprentissage de la langue : « ça vient d'eux en général, quand ils parlent un peu français, qu'ils ont des mots c'est parce qu'ils ont envie et qu'ils font l'effort de le faire ».

Les deux infirmiers nous montrent que la barrière de la langue peut avoir des retentissements. A cause de l'incompréhension du message, la prise en charge du patient peut être impactée, provoquant de l'inconfort et une intégration difficile ou inexistante au groupe. Pour contrer cela, des outils peuvent être utilisés.

3.3 Les outils pour communiquer avec un patient parlant une langue étrangère

Les soignants abordent plusieurs outils qu'ils sont amenés à utiliser lorsqu'ils rencontrent des difficultés liées à la barrière de la langue, ainsi que leurs limites.

Tout d'abord, il nomme l'écrit comme ressource, au moyen de dictionnaires de traduction, que ce soit sous la forme virtuelle ou en format papier. Une professionnelle qualifie l'écrit comme étant « le meilleur outil » lorsqu'elle a accès à internet.

Ensuite, ils identifient un réflexe, celui de recourir à une langue commune et universelle qu'est l'anglais. Un infirmier déclare que les soignants ont « tous plus ou moins quelques bases en anglais ». Cependant, même si l'anglais est une langue commune entre les professionnels, elle ne l'est pas forcément pour tous les patients. L'infirmier dit « on se rend vite compte que des patients qui parlent anglais il y en a pas tant que ça », en faisant référence aux patients venant du monde arabe, ou encore originaire de l'Europe de l'est.

S'ils n'ont pas recours à une langue universelle, les soignants peuvent utiliser une langue intermédiaire entre la leur et celle du patient. Un exemple est donné : l'utilisation du russe avec un patient géorgien. Méthode qui peut induire une majoration des risques d'incompréhension puisqu'il faut faire une double traduction. Après la traduction du français en russe, il faut que le patient « ait au moins le vocabulaire russe et qu'après, lui en fasse la traduction en géorgien. »

Puis les professionnels peuvent aussi faire appel à des interprètes, qui sont des intervenants extérieurs à l'unité de soins. Ils reconnaissent le bénéfice de ces derniers lorsqu'ils sont confrontés à des

situations où ils n'arrivent pas à communiquer avec le patient. Néanmoins, ils mentionnent plusieurs limites de cet outil.

Tout d'abord les délais longs liés notamment à la rareté de la langue. Comme par exemple, l'existence de dialectes qui sont peu parlés par les interprètes. De plus, la venue d'intervenants extérieurs nécessite une demande d'accréditation pour les structures pénitentiaires. Cette accréditation peut allonger légèrement les délais. Cependant, l'infirmier rappelle que généralement « ça va assez vite ». Il peut toutefois y avoir un allongement du délai lorsque « certains agents » de l'administration pénitentiaire « s'y opposent ».

Puis les interprètes n'étant pas présents dans l'unité comme les soignants, leur venue est programmée lors d'un temps donné. Pour ce temps d'entretien prévu, le patient doit être « disposé » et « pas trop délirant ». Conditions qui sont des variables imprévues notamment en ce qui concerne les patients souffrant de pathologies psychiatriques. L'infirmier conclut que cela « demande beaucoup de conditions pour un premier contact ».

Ensuite, lorsque les interprètes sollicités ne sont pas formés aux soins, ils ne sont « pas forcément en capacité de détecter les symptômes ». En effet, les soignants utilisent habituellement les temps d'échanges avec le patient pour faire une évaluation clinique de l'évolution de la pathologie.

Pour terminer, le soignant identifie une triangulation de la communication lors de la présence d'un interprète. Il le ressent comme « s'il y avait un filtre entre le soignant et le patient ». Cela peut, selon lui, altérer le partage d'informations. En effet, le patient n'a pas instauré de relation de confiance avec l'interprète comme il aurait pu le faire avec le soignant. Il peut donc être amené à ne pas dire « tout ce qu'il aurait envie de dire, ou de livrer ».

A la palette des outils s'ajoute Google traduction qui sert de dictionnaire numérique. Lorsqu'ils disposent d'un ordinateur à proximité, les soignants ont pu utiliser cet outil en cas de « doute sur un mot » par exemple. L'infirmière qualifie l'outil comme étant « assez simple » car il est visuel, chaque protagoniste pouvant lire la traduction. Pour autant, le dispositif comporte des limites. Certaines traductions n'ont « pas de sens » ou la traduction de certains mots sont inconnus dans la langue.

Enfin, les professionnels énumèrent un dernier moyen auquel ils ont recours. Ils peuvent « utiliser d'autres patients qui parlent la même langue ». Lorsqu'ils font appel à une tierce personne, en l'occurrence un autre patient, des questions se posent. Notamment concernant la question du secret médical, qui n'est alors pas respecté dans le cas suivant.

Plusieurs outils sont donc à disposition pour amoindrir la barrière de la langue. Mais qu'en est-il de la prise en compte de la culture de l'autre ?

3.4 La culture

Les soignants apportent aussi une notion importante dans la prise en charge de patients parlant une langue étrangère : celle de la culture. Un soignant rappelle « *que ça va au-delà du fait qu'il parle une langue étrangère, c'est-à-dire que le patient a une autre culture.* » Il évoque donc, lors du prendre soin de ces patients, la rencontre du soignant avec une autre culture que la sienne.

Ce soignant, pour porter de l'intérêt à la culture de l'autre, utilise différents outils pour la lui rappeler. Il montre au patient que « *même s'il est en France, il peut encore avoir accès à sa culture* ». Pour cela, il va utiliser le média musique, parler au patient de son pays, c'est à dire « *tout ce qui peut les rattacher à leurs racines.* »

Le soignant mentionne aussi la place et l'intérêt de la culture pour ces mêmes professionnels. Cette prise en compte de la culture est importante pour lui, il va chercher à montrer « *de l'intérêt à ce qu'ils sont, de par leur culture* ». Toutefois, il note que cet intéressement à la culture de l'autre n'est pas forcément systématique chez les soignants, « *peut-être qu'on ne le fait pas assez souvent* ».

3.5 Le milieu carcéral

Pour les soignants l'impact du milieu carcéral sur la prise en charge des patients, est qualifié de très peu ou non existant. Pour eux, « *le milieu carcéral [...] influence pas.* ». Toutefois, ils notifient qu'il peut « *peut-être apporter des difficultés supplémentaires.* » Cependant, une des soignantes rappelle que l'absence d'impact du milieu carcéral peut être corrélé aux spécificités de la structures dans laquelle ils travaillent. En effet elle explique que pour l'UHSA « *comme on est vraiment dans un lieu de soins à l'hôpital, c'est pas comme à l'UCSA où tu es dans les murs de la prison ou le SMPR.* »

Ils relèvent néanmoins, des modifications de leur comportement ou de celui des patients en lien avec le milieu pénitentiaire. Tout d'abord, dans la manière des patients de communiquer avec les soignants. Puis, sur les attitudes des deux protagonistes.

Premièrement, un infirmier décrit la modification de la manière de communiquer des détenus parlant une langue étrangère avec les soignants. Il explique que les patients étrangers incarcérés, peuvent connaître la prison peu de temps après leur arrivée en France. Ils vont donc arriver dans les unités de soins « *avec des aprioris sur ce qu'on peut être, qu'on est raciste, que y'a de l'injustice en France etc.* ». Chose qu'ils peuvent renvoyer aux soignants au début de leur hospitalisation. Ce qui explique que cela ait « *peut-être un impact sur la communication qu'ils ont avec nous (les soignants)* ».

Deuxièmement, les professionnels relèvent, des modifications de leur comportement ou de celui des patients en lien avec le milieu pénitentiaire. Aussi, l'impact du milieu carcéral peut se traduire par l'attitude des patients en arrivant dans l'unité de soins. « *Ils sont apeurés, [...] dans certains cas.* »

L'infirmier indique qu'il peut, lui aussi, adopter une posture différente avec ces patients, en utilisant des pincettes ou en portant plus d'attention à ces patients. Il aura tendance à essayer « *de réhumaniser un peu la relation* » altérée par la vie particulière des patients en milieu carcéral.

Les soignants doivent aussi faire face à une variable spécifique de ces unités de soins qu'est le motif d'incarcération. Ils rappellent tous deux que les professionnels de santé n'ont « *pas du tout accès* » au profil pénal des patients. Ils peuvent néanmoins connaître le motif d'incarcération du patient si ce dernier le leur communique. Un des soignants rappelle toutefois qu'il ne « *faut pas se laisser influencer par les raisons pour lesquelles ils sont en détention.* » Dans ces cas, la connaissance du motif d'incarcération, n'a de manière générale pas de conséquences pour les soignants. L'infirmière avoue que « *dans certains cas, ça peut me heurter* ».

Les entretiens permettent de découvrir certains mécanismes de protection des soignants au regard du motif d'incarcération des patients. Tout d'abord, l'infirmier interrogé peut le justifier par la pathologie du patient. « *Dans certains cas je vais relier ça à leur pathologie parce qu'effectivement le passage à l'acte, il va donner du concret à la patho* ». Ensuite, il peut le relier au parcours de vie de la personne. « *Parce que la plupart ils ont des parcours de vie catastrophique et donc ça va peut-être être plus facile pour moi d'accepter.* »

Néanmoins ils peuvent aussi s'interroger « *c'est vrai que c'est une question que je me suis pas posée* » « *ou que j'évite de me poser* ». En effet le milieu carcéral peut avoir une incidence. Pour autant l'un d'eux dit « *à partir du moment où je vais me dire il y a le milieu carcéral qui vient s'ajouter, ça va changer mon comportement* » et de poursuivre « *je ne veux pas de ça* ». Il évoque même ne pas vouloir « *que ça interfère dans ma communication, dans la prise en charge en soin, non, non.* » Finissant ainsi « *peu importe ce qu'on a fait, on a le droit, on a tous le droits à des soins* ».

3.6 Le prendre soin

Pour terminer, les soignants notent une altération du prendre soin en lien avec la barrière de la langue. L'infirmière déclare « *on ne peut pas prendre soin convenablement du patient* ».

En lien avec la barrière de la langue, ils relèvent un impact sur leur prendre soin concernant l'évaluation de la pathologie. L'infirmier constate des difficultés « *ne serait-ce que pour savoir s'il est délirant ou pas, comme on ne parle pas sa langue.* » De plus, il se sent en incapacité de relever le tableau clinique du patient : « *on ne peut pas identifier des symptômes* ».

« *Je trouve vraiment que ça peut impacter derrière sur les actions de soins* », dit l'infirmière. Elle reconnaît aussi un impact de la barrière de la langue sur la mise en place d'actions soignantes.

L'infirmier explique cela par son incompréhension des messages du patient. « Tu ne sais pas ce qu'il attend de toi, tu ne sais pas comment tu peux l'aider. »

La relation soignant-soigné peut aussi être altérée avec ces patients. Ne réussissant pas à communiquer avec lui, le patient peut mettre en place des mécanismes de protection face aux soignants. L'infirmier donne l'exemple d'un patient avec qui ils n'arrivaient pas à entrer en relation à cause de l'obstacle de la langue. Le patient ayant tellement peur des soignants, « qu'il faisait des pièges dans sa chambre » au moyen de verre d'eau sur la poignée. Toutefois l'infirmier constate qu' « au fur et à mesure qu'on a pu entrer en communication avec lui, il a arrêté de faire des pièges dans sa chambre ».

Néanmoins, l'infirmier note un bénéfice sur la relation soignant-soigné lorsqu'il s'intéresse à la culture de l'autre. Lorsque des patients étrangers arrivent avec une autre culture, « si on montre qu'on s'intéresse un peu à là d'où ils viennent, après je pense que c'est plus facile pour eux ». L'infirmier explique que cela permet au patient de se sentir à l'aise. Il remarque que cela « facilite la communication entre lui et moi ». Puis le patient « va être en confiance » et donc « va faire plus d'efforts pour nous dire certaines choses. »

L'analyse de ces deux entretiens permet certains constats. La communication avec un patient étranger est altérée par la barrière de la langue. Cependant, les soignants ont des outils pour rentrer en contact avec le patient détenu. Pour autant, la prise en charge d'un patient étranger ne passe pas seulement par le vocabulaire, mais de manière plus globale notamment par la prise en compte de sa culture. A cela s'ajoute le milieu d'intervention, celui de la prison qui joue un rôle à la fois auprès des soignants mais aussi des patients. Le prendre soin est donc impacté par tous ces biais.

Alors comment les soignants allient barrière de la langue et prendre soin ?

4. Discussion

4.1 L'impact du milieu carcéral

Lors de mon cadre théorique, j'ai pu aborder le fonctionnement de différentes unités offrant des soins aux détenus, en explicitant plus particulièrement le fonctionnement d'unités comme l'USDSS. Je tiens à souligner d'ailleurs l'absence d'informations sur les UHSA dans cette partie. J'avais décidé de ne pas m'intéresser aux unités offrant des soins psychiatriques aux patients incarcérés, au vu de ma question de départ. Cependant, j'y ai réalisé mes entretiens, me permettant ainsi d'élargir ma réflexion en intégrant ces unités. J'ai pu m'étonner lors de mes premiers jours de stage des différences d'organisation entre les structures de l'USDSS que je connaissais et celle de l'UHSA que je découvrais. D'ailleurs, les professionnels ont eux aussi souligné ses différences en rappelant que l'impact du milieu carcéral intervient différemment si l'on est dans une unité à l'hôpital ou « *dans les murs de la prison* ». Je me concentrerai ici, sur les fonctionnements de ces unités carcérales qui apportent des éléments de réponse à ma question de départ.

En lien avec la barrière de la langue et au début de ma réflexion, je m'étais questionnée sur les règles de sécurité imposées par la détention. En effet, je me suis demandée si l'impossibilité de disposer de son téléphone portable, ou le contrôle strict de la venue d'intervenants extérieurs comme des interprètes, rendaient plus difficile l'utilisation d'outils pour les soignants. Et in fine si cela pouvait majorer les difficultés de communication avec des patients étrangers incarcérés. Cependant, grâce à mes expériences de stages à l'USDSS, l'UHSA et au SMPR auxquelles s'ajoutent les dires des professionnels, j'ai constaté que les soignants utilisaient d'autres alternatives. Avec le recul, le téléphone portable m'apparaît être un outil qui fait défaut aux soignants. Malgré cela, j'ai vu qu'avec de nombreux outils les soignants trouvaient un moyen de communiquer avec l'autre même s'ils ne partageaient pas la même langue. Je m'étais arrêtée sur le constat du manque du téléphone, alors que je vois que d'autres outils sont utilisés. J'observe donc l'apport de travailler avec d'autres professionnels qui amènent chacun leur créativité pour personnaliser le soin. Ainsi, j'ai remarqué que les règles de sécurité imposées par le milieu carcéral, avaient peu d'impact sur les patients parlant une langue étrangère puisque d'autres outils (abordés ci-dessous) étaient utilisés.

Lors du temps passé dans ces unités, je me suis rendue compte qu'une donnée, c'est-à-dire le temps de contact des patients avec les soignants, pouvait aussi rentrer en jeu dans l'impact du milieu carcéral. En effet, pour l'exemple de l'UHSA, les patients sont hospitalisés, donc présents toute la journée avec les soignants. Contrairement à l'USDSS ou au SMPR, où les patients viennent en consultation (programmée ou non), rencontrant les soignants pour quelques minutes. Ces temps de contacts courts, ne laissent alors que peu de temps aux professionnels pour mettre en place des outils aidant à la traduction. J'ai constaté qu'ils vont avoir tendance à utiliser les outils qu'ils connaissent et

qu'ils ont déjà utilisés. Cependant, lorsque les outils ne sont pas pertinents pour un patient, de par la singularité de sa situation, les soignants ont alors un temps limité pour s'adapter et créer une alternative.

Finalement, les règles de sécurité imposées par l'institution carcérale influencent peu la prise en charge des patients parlant une langue étrangère. Toutefois, les différences de fonctionnement des unités de soins pour les patients détenus peuvent avoir un impact sur le prendre soin infirmier envers les patients ne parlant pas français.

4.2 Les soignants face aux problématiques carcérales

J'ai souhaité situer ma question de départ dans des unités de soins pour les patients détenus. En effet, dans ces unités les soignants peuvent faire face à des problématiques propres à la prison que l'on ne rencontre pas dans les milieux de soins généraux. Comme rappelé dans mon cadre théorique et confirmé par mes entretiens, les soignants n'ont pas accès au « *profil pénal* » des patients. Ils peuvent toutefois en être informés par ce dernier. De plus, comme abordé par les auteurs, les professionnels sont confrontés à l'éthique carcérale parfois en opposition avec la dynamique des soins. Toutes ces notions, peuvent « *heurter* » les soignants, et rendre leur prendre soin plus difficile. Les soignants travaillant dans ces unités doivent faire preuve de capacités d'adaptation pour réussir à dispenser des soins aux patients.

Au début de ma réflexion, le milieu carcéral m'apparaissait comme une première barrière pour prendre en charge les patients. Je me suis demandée comment les soignants passaient au-dessus de cette barrière pour ensuite mieux prendre soin les patients parlant une langue étrangère. Tout d'abord, j'ai pu observer que les professionnels devaient avoir des capacités d'adaptation notamment envers la structure et les règles qui en découlent. De plus, la déontologie des infirmiers leur incombe une égalité des soins pour tous, indépendamment du lieu et de la personne. Les valeurs de non jugement et d'égalité des soins des professionnels m'apparaissent donc comme primordiales dans ces lieux. Un infirmier nous le rappelle en disant : « *Peu importe ce qu'on a fait, on a le droit, on a tous le droit à des soins* ». La formation en soins infirmiers apprend à chaque professionnel ces valeurs. Là peut apparaître la difficulté entre la théorie et la pratique. En effet, malgré l'apprentissage de la même identité professionnelle, les soignants ne peuvent pas tous prendre en charge des patients détenus. L'identité personnelle et les valeurs du professionnel rentrent alors en jeu.

4.3 Communication

Concernant la notion de communication, les auteurs abordés dans mon cadre théorique et les infirmiers interrogés tombent d'accord. Ils divisent la notion en deux catégories : la communication verbale et non verbale.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la communication non verbale représente une part importante dans la transmission d'un message. Plus de 50% du message que l'on transmet l'est grâce à notre langage corporel. Elle me paraît alors d'autant plus importante lors d'interactions avec des patients étrangers. En effet, ne disposant pas du même code pour se comprendre, le langage verbal, les protagonistes vont se tourner vers la gestuelle corporelle. Elle peut paraître comme universelle puisque chaque être humain est doté d'un corps. Toutefois, il me paraît important de faire attention au risque de mauvaise compréhension des gestes de l'autre. Il me semble précieux lors de ces situations d'aller chercher une confirmation chez l'autre de ce qu'il a voulu dire par son corps. En effet, même si le langage corporel nous est très utile et que certains gestes peuvent nous paraître universels, la communication non verbale peut se prêter à l'interprétation. Pour moi, selon la culture, les expériences, ou la relation au corps de chacun, une interprétation d'un geste peut différer d'une personne à l'autre. Alors quand la communication verbale est impossible, celle non verbale doit être vérifiée pour éviter toutes erreurs.

4.4 La barrière de la langue

Mon cadre théorique et l'analyse des propos des professionnels ont pu mettre en avant l'obstacle que peut représenter la barrière de la langue dans la prise en charge des patients. Ses retentissements sont multiples puisque cela peut provoquer un isolement du patient comme le rapportaient les professionnels en abordant des situations d'exclusion ou d'altercations entre patients. De plus, la difficulté de compréhension du message de l'autre peut avoir des conséquences sur sa prise en charge et provoquer de la colère chez le patient.

Pour contrer, ces impacts négatifs sur la prise en charge, ce qui apparaît comme un recours évident est l'utilisation d'outils pour la traduction. Il me paraît indispensable de considérer la traduction pour les patients parlant une langue étrangère comme essentielle à leur prise en charge. En effet, cela permet au patient et au soignant de pouvoir communiquer et se comprendre entre eux. En outre, cela peut aussi permettre de diminuer une anxiété chez le patient en lui apportant des éléments d'explication de la situation qu'il vit. Il peut transmettre ses questions, ses émotions, ses peurs au soignant, ce dernier peut ensuite lui proposer des clés pour l'apaiser. Puis le simple fait de réussir à communiquer permet de rompre un possible isolement du patient qui a pu se créer à cause de l'obstacle linguistique. Pour toutes

ces raisons non exhaustives, la traduction, par ses nombreux bénéfices, m'apparaît comme un critère de qualité dans la pratique des soignants.

A la suite d'expériences où je me suis sentie démunie, j'ai souhaité construire ce travail de recherche sur la prise en charge des patients parlant une langue étrangère. Puisqu'après plusieurs consultations avec des patients détenus, je me suis sentie frustrée et insatisfaite de la prise en soin que j'avais pu leur offrir. C'est dans le prolongement de ces situations que je me suis rendue compte que la présence d'une barrière linguistique avec un patient peut déstabiliser un soignant. Grâce à ce travail de recherche, j'ai pu analyser à posteriori que je n'avais sans doute pas les clés ou les outils nécessaires pour faciliter la communication. En effet, avant ces expériences je ne m'étais pas interrogée sur la barrière de la langue entre soignant et soigné. Je n'avais pas identifié les retentissements sur la prise en charge du patient et sur la relation soignant-soigné. Cependant, il me semble qu'à la suite de ce travail, je suis plus en capacité de proposer un prendre soin satisfaisant à ces patients. Effectivement, de mon point de vue, la réflexion sur ces problématiques est un premier avancement dans l'amélioration de la prise en charge des patients parlant une langue étrangère. La réflexion du soignant lui permet d'identifier ses lacunes, ses erreurs, et par ailleurs de trouver des outils ou des postures qui lui permettent de proposer une prise en charge plus adaptée.

Mais malgré les outils dont disposent les infirmiers, la traduction peut toutefois être difficile. Les soignants peuvent alors faire passer un message au patient. Seulement je m'interroge sur les indicateurs de vérification de la compréhension du message dont disposent les soignants. Lors d'expériences sur le terrain, j'ai pu voir que l'indicateur pouvait être celui de l'absence de réaction non verbale du patient montrant une incompréhension du message. Mais est-ce suffisant ? Quelles sont les autres alternatives ? La reformulation du soignant peut-elle être un indicateur plus fiable de la bonne réception d'un message ?

Pour terminer, j'ai pu constater que le prendre soin proposé par le soignant pouvait varier en fonction de sa personnalité. J'ai pu voir que les soignants ont plus ou moins de facilité pour aller vers les patients étrangers. Je pense que l'identité personnelle du soignant peut rentrer en jeu. Les soignants ayant des valeurs personnelles d'ouverture à la diversité vont avoir plus de facilité à accorder du temps d'écoute pour mieux le comprendre.

4.5 Les outils utilisés pour limiter la barrière de la langue

Comme expliqué ci-dessus, l'impossibilité d'utiliser son téléphone en détention m'a interrogé. Pour illustrer cette interrogation, j'ai choisi d'exposer deux situations vécues, une en milieu carcéral, et une en soins généraux, comme point de départ à ma réflexion. En soins généraux, l'utilisation du téléphone avait été une ressource pour la traduction du langage avec le patient. Toutefois, l'absence de

smartphone en détention m'apparaît aujourd'hui comme peu préjudiciable à la prise en charge des patients parlant une langue étrangère. Effectivement, les professionnels ont pu me faire découvrir une multitude d'autres outils utiles à la traduction. Ce constat concerne aussi la venue d'interprètes au sein de la prison, puisque les professionnels ont souligné que les délais n'étaient pas forcément plus longs avec la détention. Alors pour finir, j'ai noté que le milieu pénitentiaire n'avait pas de grande influence sur la disponibilité d'outils de traductions.

Au travers mes expériences de terrain, j'ai donc pu voir l'utilisation de nombreux outils. Les écrits des auteurs, des professionnels et mes expériences m'ont fait connaître google traduction, les dictionnaires, les livrets d'informations traduits dans la langue du patient, les mimes, les gestes, les sites de questions médicales traduites en une multitude de langues etc. Il me semble important d'avoir notion de la diversité des outils afin d'utiliser celui étant le plus pertinent pour la situation singulière du patient. La connaissance de ces outils se fait grâce à la curiosité et la créativité de chaque soignant, permettant de ne pas être en difficulté, être handicapé et sans ressources lors d'une prise en charge d'un patient étranger.

Mais les professionnels ont aussi notifié les limites de ces outils, ne les rendant pas optimal à l'utilisation. Je ne rentrerai pas en détail sur les limites de chaque outil pour me concentrer plutôt sur un point de vue plus global. En effet, il me paraît important de rappeler que la traduction au travers d'outils est indispensable pour la prise en charge de ces patients, et ce en dépit des limites dont ils disposent. Mais la connaissance de ces dernières, peut permettre au professionnel de se tourner plutôt vers tel ou tel outil afin qu'il soit le plus adapté à la situation du patient.

Ce constat fait émerger chez moi des questionnements comme notamment : comment font les soignants pour acquérir ces connaissances ? L'institution a-t-elle un jour envisagé d'indiquer les outils sur une fiche ? La connaissance des outils est-elle seulement un savoir empirique ? Et finalement si un soignant a peu d'appétence pour le sujet a-t-il alors toutes les données nécessaires pour prendre soin des patients parlant une langue étrangère ?

4.6 La culture de l'autre

Le discours des professionnels a eu un impact sur ma réflexion personnelle. En effet, ils m'ont permis de m'ouvrir à d'autres concepts, notamment celui de la culture. Après avoir relu mon cadre théorique, je constate que je n'ai pas abordé cette notion. J'avais choisi, au début de ma réflexion, de ne pas développer la thématique de la culture qui pouvait s'annoncer trop vaste pour ma question de départ. Pourtant, cette notion paraît finalement indissociable d'un questionnement sur la prise en charge de patient étranger. Comme le dit l'infirmier interrogé « ça va au-delà du fait qu'il parle une langue étrangère c'est à dire que le patient a une autre culture. »

« Si on montre qu'on s'intéresse un peu à là d'où ils viennent, après je pense que c'est plus facile pour eux. » nous dit ce dernier. Je suis d'accord avec les propos de l'infirmier. Il me semble que si l'on montre à l'autre, dès le début de la relation, un intérêt pour sa culture cela vient faciliter l'échange. Puisqu'en effet, pour connaître la culture de l'autre il faut faire un pas vers lui mais pas uniquement. Connaître la diversité culturelle de l'autre implique aussi de lui offrir des temps d'écoute. Seulement, il me semble indispensable d'ajouter à des compétences d'écoutes, une attitude bienveillante ainsi que des valeurs de non jugement. En effet, l'autre peut avoir des réactions, des idéaux, des principes en contradiction avec nos propres manières de penser. Il faut simplement les accueillir pour mieux comprendre le patient et adapter sa prise en charge.

Puis pour apprendre à découvrir l'autre, il est nécessaire de se rappeler qu'il ne vit pas dans le même schéma culturel (si l'on peut le nommer ainsi) que nous. Nous devons alors tenter de mettre de côté nos manières de vivre, nos points de vue ou nos convictions puisqu'elles ne sont pas universelles. Afin d'en apprendre plus sur l'autre par l'écoute et de comprendre ce qui l'entoure, ses croyances, et ses convictions.

Toutefois, l'intérêt des soignants pour identifier la culture et les valeurs du patient doit l'être pour tous les patients, sans distinction. Néanmoins, cette attention à la culture de l'autre peut paraître plus importante lors de la prise en charge de patient parlant une langue étrangère. Pour illustrer et reprendre les propos de l'infirmier, il affirme « Mais c'est comme quelqu'un qui parle la langue française, on s'intéresse aussi un petit peu à lui sauf qu'on le fait machinalement. On se pose pas la question, alors que là tu te la poses, fin moi je me la pose quand je suis confronté à ces patients-là. » En effet, les soignants vont sans doute avoir besoin de plus de temps d'écoute pour comprendre un patient qui n'a pas le même schéma culturel que le leur. Pour les patients ayant les mêmes fondements culturels que le soignant, la prise en compte de la culturel se fera plus implicitement.

Pour finir, pour moi les valeurs personnelles des soignants vont rentrer en jeu. J'ai pu constater que chaque soignant porte plus ou moins d'intérêt à la rencontre avec une autre culture. Un des professionnels interrogé le confirme « mais peut être qu'on ne le fait pas assez souvent. » Effectivement, la personnalité du soignant peut s'exprimer dans son attitude face à ces patients en fonction de sa sensibilité à la diversité des cultures.

4.7 Le prendre soin

Pour continuer cette discussion je souhaiterai aborder cette notion transverse de ma problématique qu'est le prendre soin. Je souhaite reprendre les deux notions phares de ma question de départ : le milieu carcéral et la barrière de la langue, afin de discuter de leur impact sur le prendre soin de l'infirmier.

« Je suis pas sûr que le milieu carcéral change quelque chose. Le milieu carcéral pour moi, il influence pas. » répond un infirmier face à ma question de départ. Au début de mon cheminement, je pensais que la prison avait une incidence importante sur le prendre soin infirmier notamment pour les patients parlant une langue étrangère. Lors de mon stage en prison, c'était la première fois que je rencontrais des situations complexes en lien avec la barrière de la langue où l'on ne pouvait pas apporter de réponse. J'ai donc corrélé cela au cadre d'intervention qu'est la prison. Cependant, avec ce travail d'initiation à la recherche mon avis est différent. Comme ont pu le dire les professionnels, le milieu carcéral ne semble pas avoir autant impact sur la prise en charge des patients parlant une langue étrangère que j'avais pu me le représenter.

Pourtant d'un point de vue plus globale, la prison m'a paru avoir un impact sur le prendre soin infirmier. De part, la place accordée aux surveillants dans l'accès aux soins des détenus, et les règles carcérales auxquelles les soignants ne peuvent pas déroger. Pour exemple, lors d'une journée de découverte au SMPR, alors que les surveillants avaient été sollicités par les soignants, aucun détenu n'a été présenté. Puis concernant les règles carcérales, HOLMES et JACOB (2012) soulèvent le dilemme des infirmiers pour concilier une éthique carcérale et leur prendre soin. En effet, l'infirmier se doit de respecter ses règles carcérales sans quoi son travail en détention n'est pas réalisable. Toutefois, elles peuvent venir atrophier sa pratique professionnelle. C'est pourquoi j'ai pu observer de fortes capacités d'adaptation par les soignants leur permettant d'intégrer le cadre d'intervention tout en tentant de ne pas pénaliser les soins qu'ils dispensent. Ces différentes exigences du milieu carcéral peuvent avoir un impact sur le prendre soin de l'infirmier l'obligeant à s'adapter pour diminuer cet impact. L'impact sur le prendre soin de l'infirmier pour tous les patients détenus, peut donc se révéler implicite en ce qui concerne la prise en charge des patients parlant une langue étrangère.

En ce qui concerne la barrière de la langue, son impact sur le prendre soin infirmier est lui plus explicite. L'obstacle linguistique va avoir des répercussions notamment sur la prise en charge de la pathologie et la relation soignant-soigné.

« Donc je dirais que c'est [...] de comprendre le discours délirant d'un patient avec la barrière de la langue c'est ça le plus compliqué. » pour reprendre les propos d'une soignante. L'évaluation de la pathologie d'un patient notamment lorsqu'elle est d'ordre psychiatrique peut être altérée par les difficultés de communication. A la suite de mes situations d'appel je m'étais questionnée notamment sur la prise en charge psychique des patients lorsqu'ils ne parlaient pas français. En effet, il m'avait paru plus évident que lorsqu'un patient arrive blessé, l'on comprend même sans le langage verbal qu'il ait besoin d'un pansement. Mais qu'en est-il de la douleur psychique ? Comment la prendre en charge sachant qu'elle est individuelle et subjective et que le patient ne peut pas nous la décrire. C'est un constat de ce travail de recherche, la barrière de la langue rend difficile la prise en charge psychique d'un patient.

Mais la barrière de la langue peut aussi se répercuter sur la relation soignant-soigné. En effet, il paraît évident qu'il est plus difficile d'établir une relation soignant-soigné de même qualité qu'avec des patients parlant français. Un infirmier a donné pour exemple des attitudes d'hostilité d'un patient envers les soignants. La culture peut aussi impacter cette relation. En effet, une culture différente peut être enclin à des préjugés ou des attitudes de jugement de la part du soignant comme du patient. Les représentations de chacun des protagonistes peuvent être un frein à l'établissement d'une relation de confiance facilitant les soins. Enfin, les professionnels ont pu noter que les outils utilisés comme les interprètes parfois imposés par la barrière de la langue peuvent être un autre frein à la relation soignant-soigné indispensable au prendre soin.

La barrière de la langue se répercute donc clairement sur le prendre soin infirmier, au travers de la prise en charge des problématiques psychiques du patient ainsi que sur la relation soignant-soigné. Toutefois, je pense que la personnalité et les valeurs de chaque infirmier peuvent aider à diminuer cet impact.

4.8 L'émergence des valeurs

La notion de valeur est apparue dans mon questionnement après l'analyse des entretiens des professionnels. Notamment avec les propos d'un infirmier, j'ai noté qu'il était particulièrement sensible aux problématiques rencontrées avec les patients parlant une langue étrangère. J'ai remarqué qu'il accordait une certaine valeur à la prise en charge de ces patients et notamment à leur culture. De plus, c'est lui qui propose des temps d'apprentissage du français avec certains patients. Grâce à ses propos j'ai pu remarquer qu'il était sensible à cette problématique, tout en constatant que cet intérêt n'est pas forcément aussi prononcé chez tous les soignants. Avec du recul, il m'apparaît que cette sensibilité ou ces valeurs personnelles peuvent être une ressource pour diminuer les répercussions de la barrière de la langue, du milieu carcéral ou encore de la culture sur le prendre soin infirmier. Mais certaines valeurs personnelles sont présentes chez des infirmiers et absentes chez d'autres. Ce qui permet toute la diversité des soignants. Je tiens donc à souligner l'importance du travail en équipe. Cette dernière permet à chaque infirmier d'exprimer au-delà de l'identité professionnelle dont il dispose, son identité personnelle. Chaque soignant permet d'apporter sa plus-value au prendre soin. Tout en ne le pénalisant pas s'il ne possède pas certaines valeurs. La diversité d'une équipe est donc une richesse fondamentale pour dispenser des soins de qualité à chaque patient.

En abordant la notion de valeur, il m'a semblé important de la définir. J'ai donc tenté d'élaborer une définition avec mes mots. Pour moi, une valeur est un idéal ou une chose estimée qui construit l'individu dans son identité ou sa personnalité. Elles peuvent dicter la conduite de ce dernier pour que ses actes soient en accord avec ses valeurs. Une valeur est recherchée et estimée. Il existe une multitude

de valeurs, j'ai pu en relever certaines pouvant influencer le prendre soin infirmier. Pour exemple, il me semble que travailler en prison implique des valeurs de non jugement ou encore d'égalité des soins. Le prendre soin de patients parlant une langue étrangère nécessite des valeurs de non jugement, d'empathie, de respect de l'autre. Enfin, la rencontre avec la culture de l'autre demande de l'ouverture d'esprit, l'acceptation de la diversité, et le non jugement pour pouvoir découvrir cette culture. Après l'émergence de la notion de valeur, il m'a paru que ce concept était un concept pouvant influencer le prendre soin infirmier en lien avec tous les tenants de ma problématique. J'ai noté ici quelques valeurs non exhaustives qui me semblaient avoir plutôt des répercussions positives sur le prendre soin en lien avec chaque concept de ma problématique. Toutefois, certaines valeurs peuvent, elles, avoir des répercussions négatives sur le prendre soin infirmier.

Conclusion

Ce travail de recherche a débuté après des expériences de stage où j'ai été confrontée à des prises en charge de patients détenus parlant une langue étrangère. Parfois, j'ai pu me sentir frustrée et démunie en questionnement par rapport à la proposition de soin qui avait pu être faite. C'est de ce constat qu'a émergé un questionnement. Celui des retentissements de la barrière de la langue sur le prendre soin infirmier des patients détenus. Pour cheminer, je me suis d'abord intéressée à la littérature, et notamment à celle qui existait sur les grands concepts de ma problématique (le milieu carcéral, la communication et le prendre soin). Puis j'ai pu conduire deux entretiens auprès d'infirmiers. Ces derniers ont été riches d'apprentissages sur mon questionnement. Ils m'ont permis de me confronter à des avis qui différaient du mien notamment sur l'absence d'impact du milieu carcéral. Au début de ma réflexion, j'avais une représentation à savoir que le milieu carcéral avait forcément un impact. Ils m'ont aussi apporté l'importance de la notion de culture permettant une prise en charge plus globale des patients parlant une langue étrangère. Là encore j'ai pu me décaler de mes représentations premières.

Aujourd'hui avec ces différents apports, mon opinion est davantage étayée. D'ailleurs je suis passée d'une opinion à une connaissance plus professionnelle et vérifiée. C'est ce que j'ai voulu développer dans ma dernière partie. Ainsi j'ai pu en conclure que sans nul doute, le milieu carcéral peut impacter le prendre soin infirmier de tous les patients. Cependant, pour les patients ciblés dans ma problématique ce cadre d'intervention ne semble pas avoir de retentissement significatif sur leur prise en charge. Cet impact pourrait donc être traité dans un autre travail de recherche sur ce thème, toutefois pour le mien je choisis de le mettre de côté puisqu'il n'est pas le cœur de ma recherche. Mon mémoire portant sur la barrière de la langue, j'ai pu me rendre compte de ses retentissements sur la relation soignant-soigné et sur la prise en charge des patients notamment sur les problématiques psychiques. Mais j'ai aussi pu découvrir les nombreux outils utilisés par les soignants pour tenter de communiquer. Faisant apparaître pour moi la traduction comme étant indispensable à la qualité du prendre soin des patients parlant une langue étrangère. De plus, les apports des professionnels m'ont démontré que certains soignants pouvaient avoir une sensibilité plus ou moins forte sur la question de la prise en charge de patients parlant une langue étrangère. Cette importance plus ou moins forte accordée à ces patients peut donc avoir un impact sur leur prendre soin. Alors, c'est là que le travail d'équipe prend tout son sens. La complémentarité des profils des soignants permet d'améliorer le prendre soin. J'ai aussi pu conclure grâce au discours des professionnels, que la notion de culture est indissociable d'un questionnement sur la barrière de la langue. Cette prise en compte de la culture permet de reconnaître l'autre dans l'entière de son identité personnelle. Nier la culture d'un individu revient à ne pas prendre en compte une partie de lui-même. C'est pourquoi la culture doit être prise en compte par les professionnels afin de proposer au patient une prise en charge globale.

Arrivant à la fin de ce travail de recherches, et fort de ces constats j'ai souhaité proposer une question de recherche comme étant la suivante :

En quoi l'importance accordée à la place de la culture du patient par l'infirmier influence – t – elle le prendre soin du patient parlant une langue étrangère ?

Cette problématique pourrait ainsi être travaillée lors d'un travail de recherche. Il me semblerait important d'approfondir davantage certaines notions théoriques sur les thèmes de la culture et des valeurs personnelles des professionnels. Puis, si j'avais à poursuivre ce travail il me semblerait intéressant d'aller interroger plusieurs professionnels. Cela pourrait être des professionnels travaillant dans des unités de soins ayant une forte concentration de patients parlant une langue étrangère, et en opposition des professionnels d'unités rencontrant une plus faible concentration de ces patients. Les réponses pourraient alors varier en fonction des expériences de ces deux groupes de professionnels. Pouvant rendre intéressant la mise en évidence des différences sur la prise en charge amenés par les professionnels.

Pour revenir sur le travail d'initiation à la recherche, il m'a permis de me questionner et de conduire une réflexion sur le prendre soin de patients parlant une langue étrangère. Demain, pour ma future pratique en tant que professionnelle, ce travail m'a permis d'acquérir plus de ressources pour prendre soin de ces patients. Tout d'abord par une meilleure connaissance des outils utilisables, et d'autre part par l'intégration de l'importance de la prise en compte de la culture de l'autre. Il me semble que je garderai aussi en tête les retentissements de la barrière de la langue sur la prise en charge du patient, me permettant ainsi d'être vigilante à leur apporter des soins de qualités passant notamment par la traduction.

Ce travail a aussi été l'occasion de me rendre compte que mon opinion à prime abord peut évoluer en prenant en compte tous les tenants et aboutissants. En effet, à l'aide de recherches, de questions auprès des professionnels, mon avis s'est modifié ou affiné. Pour ma pratique professionnelle, il me semble important de garder à l'esprit ce constat. De ne pas oublier qu'un avis construit sur la base d'un constat singulier peut être biaisé sans prendre le recul suffisant et sans creuser cette problématique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages :

Bioy, A. Bourgeois, F. Negre, I. (2009). *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. Paris : Breal.

Hesbeen, W. (1998) *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante* (2-225-85596-X). Paris : Masson.

Hesbeen, W. (2007) *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. (42631). Belgique : Masson.

Noto-Migliorino, R-E. (2018). *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer* (978-2-294-75857-7). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson

2. Articles :

Alderson, M., Saint-Jean, M., Therriault, P., Rhéaume, J., Ruelland, I. & Lavoie, M. (2013) La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients. *Recherche en soins infirmiers*, 113 (2), 95-106. Repéré à <https://cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-2-page-95.htm>

Bourgeois, B. (2016). La créativité des soignants face à la barrière linguistique. *L'aide soignante*, 30, 26-29. Repéré à <https://www.em-premium.com/article/1048233/resultatrecherche/19>

Holmes, D. Jacob, JD. (2012). Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers*, III : 57 - 66.

Marin, I., Farota-Romejko, I., Larchanché, S. & Kessar, Z. (2011). Soigner en langue étrangère. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 111(4), 11-19.

Mel, E. (2019). Le droit du patient détenu. *Revue de l'infirmière*, N° 251, 53-54.

Noel, R. (2015). Le soin de la toilette, un accompagnement au quotidien personnalisé et bienveillant. *Soins aides-soignantes, volume 12* (63), 10-11.

Observatoire International des Prisons. (2019, janvier 30). Combien y a-t-il de prisons en France et quels sont les différents types d'établissements pénitentiaires ? Consulté le 29 novembre 2019, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/combien-y-a-t-il-de-prisons-en-france/>

Paris, A. (2010). Prendre soin, une démarche d'attention à l'autre. *L'aide soignante*, 24, 14-15. Repéré à <https://www.em-premium.com/arPreicle/267601/resultatrecherche/1>

Rostaing, C (2003). Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire. *La lettre de l'Espace éthique*, n°15-16-17-18. Repéré à url <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/ethique-des-pratiques-de-sante-en-milieu-penitentiaire>

Terrat, E. (2013) La communication fonctionnelle. *L'aide soignante*, 27, 12-14. Repéré à <https://www.em-premium.com/article/840624/resultatrecherche/3>

3. Textes législatifs :

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1994). 18 janvier. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>

Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (2009). JORF n°0273 du 25 novembre. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>

4. Pages web :

Communication (2019) Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/communication>

Communication (2019). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Ministère de la justice. (s. d.). Les structures pénitentiaires. Repéré à <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

Prison. (2019). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Repéré à <https://cnrtl.fr/definition/prison>

5. Autres types de documents :

Bowen, S. (2015) *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*. Repéré à <http://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-%C3%89tude-Barri%C3%A8res-linguistiques.pdf>

Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2017). *Avis n°127 du CCNE santé des migrants et exigence éthique*. Paris. Repéré à https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants_0.pdf

Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (2006). *Avis n°94 la santé et la médecine en prison*. Repéré à <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>

Haute Autorité de Santé, H. (2017). *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé : référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*. Consulté à l’adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf

Ministère de la justice (2018) *Statistiques trimestrielles des personnes détenues produites à partir de l’Infocentre Pénitentiaire*. Repéré à http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_MF_07_18.pdf

Ministère de la justice et Ministère des solidarités et de la santé (2019). *Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf

Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Economiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale. (2019). *La qualité des services de santé : un impératif mondiale en vue de la couverture santé universelle*. Genève. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324737/9789242513905-fre.pdf>

Samson, G. (2018) *Théories de la communication* [Document PDF].

Soin. (1976) Dans *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : Situation d'appel n°1.....
ANNEXE II : Situation d'appel n°2.....
ANNEXE III : Tableau personnes écrouées, détenues et non détenues selon la nationalité du Ministère de la justice.....
ANNEXE IV : Le schéma de la communication de SHANNON et WEAVER.....
ANNEXE V : Schéma des conséquences de la barrière linguistique selon Brigitte BOURGEOIS.....
ANNEXE VI : Tableau de l'HAS sur les limites et risques de certains outils pour communiquer.....
ANNEXE VII : Retranscription 1 ^{er} entretien infirmier.....
ANNEXE VIII : Retranscription 2 ^{ème} entretien infirmier.....
ANNEXE IX : Tableau d'analyse des propos des professionnels.....

ANNEXE I : Situation d'appel n°1

Ma situation se déroule lors d'un stage à l'USDSS (unité de soins de la prison). Nous avons avec l'infirmière une consultation prévue avec un détenu, qui rentre dans la salle de soin. La plupart des détenus qui viennent à l'USDSS ont des problèmes de santé qui les obligent à s'y rendre régulièrement. Le détenu que nous devons voir n'est pas connu de l'équipe soignante. Les surveillants pénitentiaires de l'USDSS nous informent qu'il vient d'arriver en prison. Le détenu est étranger, l'infirmière et lui s'installent face à face. L'infirmière commence la consultation en lui parlant français, mais nous comprenons rapidement à son visage qu'il ne parle pas français. Nous essayons alors de trouver une langue que nous aurions en commun, malheureusement il ne parle ni anglais ni espagnol, les seules langues que nous connaissons. Le patient tente de nous dire lentement quelques mots clés de sa demande dans sa langue, pour voir si nous pourrions la deviner ou si les mots ressemblent à ceux utilisés en français. Sa demande nous échappe. Nous essayons de savoir quelle langue parle-t-il mais il ne saisit pas nos questions mêmes si nous tentons de les reformuler à plusieurs reprises. Face à notre impuissance, le patient revient sur sa demande. Il nous montre tout son corps de la main en parlant dans sa langue, puis nous pointe un papier du doigt. Nous interprétons avec l'infirmière qu'il souhaite une ordonnance, pour un problème médical touchant son corps. Cela est très flou. L'infirmière se met alors à lui expliquer en français qu'il peut avoir une consultation avec le médecin présent dans le service pour qu'il lui fasse une ordonnance. Cependant il doit écrire un mot à déposer dans les boîtes aux lettres présentes à l'entrée de chaque bâtiment de détention pour qu'un rendez-vous soit planifié pour lui. Puis la consultation se termine sur ses paroles. Le patient sort. Nous ne savons pas s'il sait écrire, nous ne savons pas s'il a assimilé ce que nous lui avons dit, nous ne savons finalement toujours pas si nous avons bien interprété ce qu'il nous demandait. A ce moment précis, je suis frustrée. Nous ne l'avons pas compris. Nous ne savons pas ce qu'il souhaitait, pourtant sa demande avait l'air réalisable. Nous n'avons pas rempli nos missions de soignants. Il n'a sûrement pas eu les réponses qu'il espérait. Je me dis que cette consultation ne lui a apporté ni réconfort ni ressources, et que cela n'a fait qu'accentuer son potentiel sentiment d'être incompris dans la prison.

ANNEXE II : Situation d'appel N°2

Je réalise un stage de découverte d'une semaine dans un service de soins palliatifs. Les patients sont de tous les âges. Je suis en binôme avec l'infirmière et nous allons voir une patiente de 22 ans géorgienne, venue en France pour soigner son cancer osseux. Sa tumeur s'est développée au niveau du genou gauche, lui provoquant une excroissance à cet endroit nécessitant un pansement. Nous allons dans sa chambre pour refaire son pansement et la perfuser sur sa chambre implantable afin de débiter une cure de chimiothérapie dans l'après-midi.

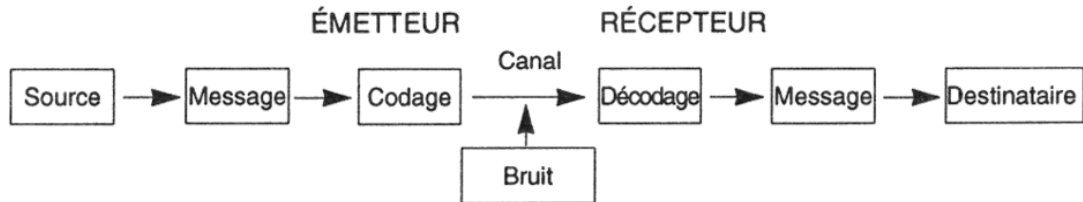
La patiente est accompagnée de sa maman, son père et son frère étant restés en Géorgie. Ni l'une ni l'autre ne parle français. Cela fait deux mois que la patiente est hospitalisée dans le service, elle a réussi à reconnaître et comprendre quelques mots simples en français. Quand nous rentrons dans sa chambre nous arrivons à avoir des réponses à des questions sur sa forme et ses douleurs. Avec le temps, elle a appris quelques mots simples et comprend certaines de nos phrases. Cependant lorsqu'il s'agit de phrases plus complexes la communication en français n'est pas possible. Pour lui expliquer les soins, nous utilisons son téléphone sur lequel elle garde Google traduction. Il nous suffit de parler dans le micro pour que cela lui soit traduit dans sa langue natale. Cela nous permet de lui expliquer au fur et à mesure, comme pour un autre patient, ce que nous faisons. De plus, toutes les semaines sont organisés des rendez-vous avec la patiente, le médecin et un interprète. Permettant ainsi de poser toutes les questions n'ayant pas pu être posées avec la barrière de la langue. Ce temps d'entretien permet de faire le point sur la situation de la patiente, et ainsi d'aborder avec elle des problématiques complexes qui n'étaient pas possibles avec l'appli de traduction installée sur son téléphone.

ANNEXE III : Tableau personnes écrouées, détenues et non détenues selon la nationalité du Ministère de la justice au 1^{er} juillet 2018

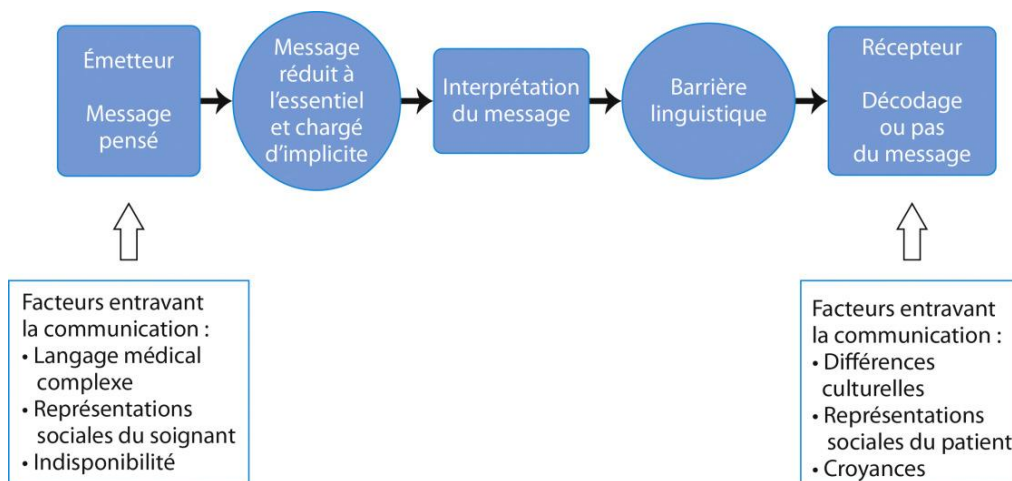
Tableau 4 : Personnes écrouées, détenues et non détenues selon la nationalité
Situation au 1er juillet 2018

<i>Nationalités</i>	Détenus		Non détenus		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
France	54 921	77,7%	11 050	90,3%	65 971	79,5%
Europe	5 798	8,2%	378	3,1%	6 176	7,4%
<i>Union européenne</i>	3 455	4,9%	193	1,6%	3 648	4,4%
<i>hors UE (Conseil de l'Europe)</i>	2 343	3,3%	185	1,5%	2 528	3,0%
Afrique	7 752	11,0%	702	5,7%	8 454	10,2%
<i>Algérie</i>	2 205	3,1%	198	1,6%	2 403	2,9%
<i>Maroc</i>	1 950	2,8%	185	1,5%	2 135	2,6%
<i>Tunisie</i>	988	1,4%	104	0,9%	1 092	1,3%
<i>autres pays d'Afrique</i>	2 609	3,7%	215	1,8%	2 824	3,4%
Amériques	1 405	2,0%	40	0,3%	1 445	1,7%
Asie	759	1,1%	46	0,4%	805	1,0%
Océanie (et Océan Pacifique)	6	0,0%	1	0,0%	7	0,0%
Autres pays et inconnue	69	0,1%	16	0,1%	85	0,1%
Ensemble des étrangers	15 789	22,3%	1 183	9,7%	16 972	20,5%
Total (français et étrangers)	70 710	100,0%	12 233		82 943	100%

ANNEXE IV : Schéma de la communication de SHANNON et WEAVER



ANNEXE V : Schéma des conséquences de la barrière linguistique selon Brigitte BOURGEOIS



ANNEXE VI : Tableau de l'HAS sur les limites et risques de certains outils pour communiquer

Tableau 2. Autres moyens de communication - Limites et risques (non-exhaustifs)

Moyens de communication	Limites et risques
Recours à un tiers non formé à l'interprétariat	<ul style="list-style-type: none"> • le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes) ; • non maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par le tiers non formé à l'interprétariat : <ul style="list-style-type: none"> ▸ non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat, ▸ non maîtrise de la posture d'un tiers en retrait ; • un transfert de responsabilités et une perte d'autonomie du patient /usager vers son entourage sur-sollicité. Le rôle d'accompagnant est ainsi mis à mal.
Recours à une langue tierce (par exemple, l'anglais)	<ul style="list-style-type: none"> • souvent une maîtrise partielle de la langue commune et non une pleine maîtrise et donc une difficulté à employer le vocabulaire adéquat et les nuances nécessaires aux propos, amenant à une communication très appauvrie et restreinte, inadaptée à des situations médicales.
Pictogrammes	<ul style="list-style-type: none"> • communication unilatérale ; • les pictogrammes ne sont pas universels ; • les pictogrammes ne permettent pas de vérifier la compréhension par la reformulation, et comportent donc des risques d'incompréhension non maîtrisés ; • difficiles à utiliser par des personnes non habituées à ce mode de communication.
Sites de traduction en ligne	<ul style="list-style-type: none"> • communication unilatérale, dans la plupart des cas ; • ne sont pas adaptés pour toutes les langues et plus particulièrement les langues rares. Ils comportent des risques des traductions erronées, sources de malentendus et de mauvaises compréhensions ; • ce sont des « dictionnaires », ayant de capacités très limitées en création de phrases. Il n'est pas possible d'y avoir recours avec l'objectif de communiquer ; • réponses binaires sans possibilité d'apporter des nuances ou précisions, par exemple sur des antécédents ; • les logiciels de traduction effacent la dimension humaine des fonctions de l'interprète et ne permettent pas à l'intervenant médical ou social d'être pleinement disponible dans la consultation.

ANNEXE VII : Retranscription 1^{er} entretien infirmier

(ESI) : Alors, pour toi, quelles sont les particularités de la communication avec des patients détenus ? Est ce qu'il y a des choses qui changent, qui sont différentes ?

(IDE) : Alors là... Peut-être qu'au début quand on arrive on fait un peu plus attention aux termes qu'on utilise. Je pense qu'au fur et à mesure du temps, moi j'ai adapté mon langage, pour parler un petit peu comme eux. Utiliser des mots qu'ils utilisent, des expressions, pour qu'ils aient des fois un sentiment de, qu'ils puissent se reconnaître, quand on se voit en entretien ou des choses comme ça.

(ESI) : Parce que tu trouves qu'ils ont un langage différent comparé à d'autres patients ou d'autres populations de patients ?

(IDE) : Ouais parce que c'est quand même une certaine catégorie sociale. Il y a quand même beaucoup de gens qui viennent des quartiers, ils ont un langage particulier des fois, même dans leurs tenues vestimentaires. Et donc des fois ils s'identifient. Moi je sais qu'au début, il y en a quand j'ai changé de paires de baskets, j'ai remarqué ça, ils faisaient attention à mes paires de baskets, et ils s'identifiaient, "ah oui j'ai eu les mêmes machin truc". Donc ouais des fois tu utilises un peu leur vocabulaire. Je trouve que ça les met en confiance, ça te donne accès à des fois à certaines choses, c'est plus facile. La relation est plus simple et s'établit plus facilement.

(ESI) : Après c'est, est ce que tu peux me décrire une situation que tu as rencontré où la communication avec un patient détenu qui parlait une langue étrangère t'as mis en difficulté. Je ne sais pas si tu en as eu de marquante ?

(IDE) : Euh, dès qu'il y a quelqu'un de l'Est qui arrive, ouais c'est compliqué pour le coup. Ne serait-ce que pour savoir s'il est délirant ou pas, comme on ne parle pas sa langue, bah on ne peut pas identifier des symptômes. Alors on se fie qu'à la communication du corps, au langage du corps. Mr R, par exemple, au début c'était très compliqué. La seule phrase qu'il était capable de dire c'est "qu'est-ce que c'est ça?" donc ouais mais « ça quoi ? ». Tu ne sais pas ce qu'il attend de toi, tu ne sais pas comment tu peux l'aider. Heureusement aujourd'hui y'a google mais à chaque fois qu'il y a quelqu'un qui vient de l'étranger, de l'Est ou du monde arabe, et qu'il ne parle pas anglais c'est beaucoup plus compliqué. Et c'est compliqué d'avoir des interprètes. En plus ça prend du temps puis l'interprète il n'est pas formé. Donc même quand tu es avec l'interprète et que le patient parle avec lui, bah l'interprète, il n'est pas capable de dire s'il constate des choses. Un patient qui m'a marqué c'est un afghan, je pense qu'il y avait tellement peu de communication, il avait tellement peur de nous, qu'il faisait des pièges dans sa chambre. On ne pouvait

pas rentrer. Donc il y avait un verre d'eau, si tu baissais la poignée y'avait le verre d'eau qui tombait. Puis au fur et à mesure qu'on a pu entrer en communication avec lui, il a arrêté de faire des pièges dans sa chambre. Mais ça a mis du temps, ça a bien mis un mois et demi, deux mois.

(ESI) : Et comment vous avez réussi à plus rentrer en communication avec lui ? Parce que du coup personne ne parlait sa langue je suppose ?

(IDE): Bah il y a eu les premières rencontres avec l'interprète. Et puis, ils ont cette capacité à force d'entendre toujours les mêmes choses, parce qu'on pose toujours les mêmes questions : le matin c'est "Comment vous vous sentez" "Bonjour" "ça va" "C'est le petit déjeuner" voilà. Puis je pense qu'ils doivent bien le sentir qu'on est bienveillant.

(ESI) : Et du coup après c'est pour rebondir sur ce que disait. Lors de cette situation, où des situations dont tu m'as parlé, qu'est-ce que tu as mis en œuvre pour pallier à ces difficultés et avais tu des outils à ta disposition ? Tu parlais des interprètes.

(IDE) : Bah des interprètes oui. Mais le problème des interprètes c'est que les délais sont longs. Au vu du contexte, il faut les autorisations. Il faut que le patient au moment où l'interprète arrive il soit disposé, qu'il ne soit pas trop délirant. Ça demande beaucoup de conditions pour un premier contact. Il y a google mais google a ses limites aussi, à la traduction sur internet. Je le constate encore avec le patient géorgien, des fois il nous tape des choses mais quand je vois la transcription en français ça n'a pas de sens pour moi. Je pense que lui aussi des fois ça n'a pas de sens pour lui. Surtout que pour ce patient-là qui est géorgien, on passe par le russe qui n'est pas sa langue. Donc en fait, il faut qu'il ait au moins le vocabulaire russe et qu'après lui en fasse la traduction en géorgien. Des fois c'est même des mots qui n'existent pas. Un exemple tout bête, hier je sais plus de quoi on parlait et puis je lui mets "c'est dangereux". Je le tape en français, google le traduit. Pour lui ce mot-là est inconnu dans sa langue. Je me suis dit "bon alors dangereux comment je peux lui expliquer ça" donc je suis passé par "danger". Et "danger" il a compris parce que dans sa langue il y avait ce mot-là. Donc les outils c'est bien mais ça a ses limites. L'interprète c'est bien mais si ce n'est pas un soignant, il n'est pas forcément capable de détecter les symptômes. Bon sauf si c'est flagrant et puis là de toute façon, on le voit dans l'attitude de l'interprète qui prend un peu de distance avec le patient. Et puis même l'interprète ça triangule la conversation, c'est comme s'il y avait un filtre entre le soignant et le patient. Alors que le patient il est en confiance avec le soignant et là il y a cet intermédiaire entre les deux. Je pense que des fois il ne dit pas tout ce qu'il aurait envie de dire, ou de livrer, tout ce qui pourrait livrer, ça rajoute une barrière supplémentaire. Mais c'est quand même pratique. C'est arrivé aussi d'utiliser d'autres patients qui parlent la même langue. Alors c'est peut-être pas la meilleure solution, mais des fois ils parlent la même langue, deux personnes qui parlent arabe, ils s'entendent bien donc il va avoir plus de facilité à se livrer. Par

contre, on a plus trop de secrets, il y a plus trop le secret professionnel, le secret médical tout ça. Donc c'est un peu compliqué mais c'est encore une autre alternative. Des fois il y a pas trop le choix. Mais bon ça se fait. Il y a le langage avec les mains, on trouve des solutions.

(ESI) : Et même quand justement c'est un langage juste corporel, vous arrivez en général à comprendre ou c'est quand même très limité ? C'est toujours assez universel les gestes ou c'est..?

(IDE) : Quand on cible une partie du corps, ça ils le comprennent assez facilement. Après les gestes, on en fait notre propre interprétation, ce qu'on a envie d'en comprendre sur moment. Alors ça en plus, ça dépend de chaque soignant. Je pense que des fois on fait dire des choses au patient qu'il a pas du tout dit. Fin ça, on essaye de faire au mieux après. Il y en a, ils vont le dire : si tu commences à dire certaines choses que le patient capte un mot et ça lui convient pas, il va le dire et au moins il va le signifier. Y'en a, après ça dépend de leur pathologie, tu vas leur dire quelque chose, ils vont de dire "oui oui" et en fin de compte quinze jours plus tard tu vas apprendre que c'était pas ça. On interprète beaucoup je pense. Puis ça nous rassure d'une certaine façon. On fait quelque chose pour.

(ESI) : Ok après quelle différence fais-tu entre la prise en charge d'un patient parlant français et d'un patient parlant une langue étrangère ?

(IDE) : Est-ce que je fais une différence ?

(ESI) : C'est quoi les différences qu'il peut y avoir entre...?

(IDE): Je dirais que ça va au-delà du fait qu'il parle une langue étrangère c'est à dire que le patient a une autre culture. Et moi je pense que pour rentrer en communication et avoir de la confiance avec un patient, faut lui rappeler que, même s'il est en France, il peut encore avoir accès à sa culture. Et donc je sais que des fois j'utilise le média musique par exemple. Quelqu'un qui vient du monde arabe qui aime la musique orientale, bah je vais lui dire "viens", je vais lui mettre sa musique, ça va le mettre dans une ambiance un peu différente. Après ben, on rencontre toujours les mêmes difficultés dans la communication mais il va être en confiance et donc il va peut-être se permettre. Il va faire plus d'efforts pour nous dire certaines choses. Et donc si y'a une différence que je fais, c'est que j'essaye au moins de les mettre dans des conditions où ils se sentent un peu plus à l'aise, par la musique, en leur parlant de leur pays. Tout ce qui peut les rattacher à leurs racines en fin de compte. Si on montre qu'on s'intéresse un peu à la d'où ils viennent, après je pense que c'est plus facile pour eux. Mais c'est comme quelqu'un qui parle la langue française, on s'intéresse aussi un petit peu à lui sauf qu'on le fait machinalement. On se pose pas la question, alors que là tu te la poses, fin moi je me la pose quand je suis confronté à ces patients-là.

(ESI) : Oui, la question de savoir c'est quoi leur culture c'est ça ?

(IDE) : Ouais de montrer que je sais qu'ils viennent d'ailleurs, qu'ils ont d'autres habitudes culturelles etc. Au moins je montre de l'intérêt à ce qu'ils sont, de par leur culture, et après je pense que ça facilite la communication entre lui et moi. Mais peut être qu'on ne le fait pas assez souvent. Je pense à d'autres trucs qui sont pas forcément en lien avec la question mais tu vois par exemple, ça va faire deux mois qu'on réclame des dictionnaires. On pourrait aller en entretien avec des dicos français-arabe ou français-anglais ou français-russe, ça les mettraient en confiance parce qu'ils auraient l'outil devant eux. Et ça on les a pas. Mais voilà c'est montrer de l'intérêt, quand c'est un étranger, peut être lui montrer un peu plus d'intérêt au moins au début, pour qu'il se sente à l'aise. Oui parce qu'on se pose pas la question quand c'est quelqu'un qui parle français.

(ESI) : Et là les dictionnaires c'était un souhait d'équipe ou c'était relié à des situations de patients ?

(IDE) : C'était relié à des situations de patients qui réclamaient d'apprendre le français. En fait, on a eu un patient arabe et un patient géorgien qui étaient exclus du reste du groupe, et qui se sont mis à causer tous les deux. Alors bon déjà la communication devait être extrêmement difficile entre les deux. Et ses deux patients là sont venus me voir en me demandant de leur apprendre le français. Et j'avais pas d'outils donc c'est comme ça qu'on a fait la demande des dictionnaires. Sauf que les dictionnaires sont pas venus donc on s'est appuyé sur google qui a servi de dictionnaire. Alors je sais pas comment ils ont fait pour rentrer en communication, parce que ni l'un ni l'autre ne parlait anglais ni français mais il était tout le temps fourré ensemble à parler ensemble. Ou au moins à faire semblant de parler ensemble. Donc c'est venu de cette situation-là. On s'est dit, on a pas de dicos. Même pour eux, ils pourraient avoir un accès aux dictionnaires, ils viennent ils ont une demande, ils ciblent le mot et puis après on travaille sur le mot. Et puis on essaye de voir ce qu'ils veulent vraiment. Donc on les attend toujours les dictionnaires.

(ESI) : C'est pourquoi c'est par manque de budget ou c'est les démarches qui sont trop longues ?

(IDE) : C'est les démarches qui sont longues parce que le budget ont l'a. Puis je pense c'est peut-être aussi que ça intéresse peut-être pas assez de soignants. Donc résultat c'est un peu plus long parce que pour acheter des DVD ou des CD ça, ça va vite.

(ESI) : Et sinon plusieurs fois tu as parlé de l'anglais du coup dans les soignants vous parlez principalement anglais ? Quand c'est une autre langue étrangère c'est diversifié ou c'est surtout l'anglais ?

(IDE) : On a tous plus ou moins quelques bases en anglais et que c'est la langue un peu universelle donc on s'appuie là-dessus. Après on se rend vite compte que des patients qui parlent anglais il y en a pas tant que ça. A part ceux qui sont de ces pays-là. Quelqu'un qui vient du monde arabe, il parle arabe et rarement anglais. Quelqu'un qui vient de l'Europe de l'Est, il parle russe et il parle pas anglais. On n'a pas d'asiatiques donc là je suis pas confronté à ce problème-là. Donc l'anglais parce que c'est la langue universelle et qu'on connaît tous plus ou moins quelques mots. Et un russe il en connaît quelques-uns, malgré tout, un arabe aussi. Ouais, il y a pas d'autres outils quand le français passe pas, le réflexe c'est anglais. Et puis si l'anglais passe pas là... Des fois même ça isole le patient. Si par exemple, au début, s'il parle pas anglais et qu'il parle pas français, bah on va aller tout de suite moins vers lui donc il va se sentir un peu isolé forcément au début. Il faut un interprète et puis pendant ce temps-là il reste tout seul dans son coin.

(ESI) : Et les interprètes tu disais que les délais étaient longs c'est pour les demandes d'accréditation ? Comment ça se passe il y a une liste d'interprètes déjà ? Vous avez des gens répertoriés pour telle langue ?

(IDE) : Alors non en fait c'est des intervenants extérieurs qui viennent. Mais souvent les délais sont longs parce que c'est des langues peu parlées. Par exemple pour le patient qui était afghan, il y a deux dialectes en Afghanistan : le Pachtou et le Farsi. Et au début on a trouvé un interprète qui parlait le Farsi mais notre patient il parlait le Pachtou. Donc il y a très peu de gens qui parlent comme ça. Donc c'est ça qui prend du temps. Géorgien c'est pareil il y en a quelques-uns à Rennes mais des fois c'est long. On n'a pas de liste par exemple à l'hôpital, ce qui sera peut-être beaucoup plus simple, parce qu'on a des gens qui parlent plein de langues. Mais on n'a pas de liste de soignants qui parlent telle langue, telle langue, telle langue qui est disponible etc. Puis il y a toujours le problème de l'accréditation, effectivement. Ça ça rajoute un petit peu de délai. Mais il n'y a pas que ça, c'est aussi la rareté de la langue entre guillemets qui fait ça je crois.

(ESI) : Et pour l'accréditation c'est facilement accepté par l'AP (*Administration Pénitentiaire*) où ça peut être rejetée pour x raisons ?

(IDE) : Non en général non. Ils acceptent facilement. Une fois que l'interprète est venu une première fois, ils savent qu'il peut revenir régulièrement et résultat après ça va assez vite. Et puis c'est souvent le même organisme qui revient. Ou alors si ça traîne c'est que c'est personnes dépendantes. C'est que c'est certains agents qui s'y opposent.

(ESI) : Et dernière question qui est ma question de départ. C'est : en milieu carcéral en quoi la barrière de la langue influence-t-elle le prendre soin infirmier du patient détenu ?

(IDE) : Je suis pas sûr que le milieu carcéral change quelque chose. Le milieu carcéral pour moi, il influence pas. Moi, quand je viens au boulot je ne pense pas... Je me dis pas c'est des détenus donc ça a posé problème. Non parce que sinon je pourrai pas faire mon boulot. Je viens, c'est des patients, c'est pas des détenus. Ils ont fait ce qu'ils ont fait tant pis, c'est comme ça. Non pour moi c'est pas une contrainte, pas un frein, en tout cas pas dans la communication, pas pour communiquer avec eux. Ou alors.... Il y a des sujets que je vais pas aborder mais c'est pas parce que ce sont des personnes incarcérées mais plus parce que c'est en fonction de leur passage à l'acte. Il y a des trucs auxquels je vais faire un peu plus attention parce que ça va faire écho à leur passage à l'acte et ça je ne le cherche pas forcément. Mais c'est pas le milieu carcéral en tant que tel. Au contraire je le ferai pas.... Non ça me bloque pas.... Je suis jamais posé la question en fait.

(ESI) : Oui par rapport aux patients qui parlent une langue étrangère pour toi y'a pas de différence entre la prise en soin dans une unité de soins en milieu carcéral que à l'hôpital où fin dans n'importe quel autre structure ?

(IDE) : ça a peut-être apporté des diff... Fin comment je pourrais dire ça. Peut-être apporté des difficultés supplémentaires. Parce qu'un étranger qui se retrouvent en.... Fin c'est pas par rapport à la communication, je pense pas...

(ESI): C'était quoi les difficultés que tu pensais, auxquelles tu pensais ?

(IDE) : Bah le fait, quand t'es un étranger... Souvent on prend des patients étrangers incarcérés, ils arrivent en France et peu de temps après ils connaissent la prison. Donc en fait de ce qu'ils connaissent de la France c'est que la détention. Je pense que pour le coup ça a peut-être un impact pour eux, dans leur communication avec nous. Dans le sens où, bah en France j'ai été accueilli par la prison. Résultat ils vont arriver avec des aprioris sur ce qu'on peut être, qu'on est raciste, que y'a que de l'injustice en France etc. Donc quand ils arrivent ici effectivement ils vont nous renvoyer un petit peu ça au début. Mais en tout cas moi ça n'influence pas, c'est peut-être dans leur sens mais en tout cas dans mon sens moi ça n'influence pas ma communication. Je vais peut-être, ou je le fais inconsciemment, je peux prendre des pincettes ou leur porter plus d'attention parce que je sais que c'est difficile pour eux puisqu'ils connaissent que la prison. Je vais essayer de ne pas me limiter à ça en tout cas. Mais je pense que oui, effectivement pour eux, ça a peut-être un impact sur la communication qu'ils ont avec nous, au moins au début. Parce que leur premier contact quand ils rentrent en communication, quand ils arrivent en France et qu'ils rentrent en communication avec quelqu'un en détention : c'est l'agent de l'administration pénitentiaire. Et ça va pas être un tendre, il ne va pas lui parler avec le respect qu'il mérite même si c'est un détenu. En plus, on va leur donner que des ordres. Quand ils arrivent en détention "fais ci, fais ça" "viens manger à telle heure" etc. Donc ils arrivent ici, ouais ils sont apeurés, des fois dans certains cas.

Voilà ça doit influencer. Donc peut-être que ouais, moi en tant que soignant, je vais y aller avec un peu plus de pincettes, un peu plus de douceur. Je vais essayer de réhumaniser un peu la relation. C'est vrai que c'est une question que je ne me suis pas posé. Ou que j'évite de me poser parce que je me dis à partir du moment où je vais me dire il y a le milieu carcéral qui vient s'ajouter, ça va changer mon comportement.

(ESI) : Dans la prise en soin ?

(IDE) : Ouais, et je veux pas de ça. Parce que vu tout ce qu'ils peuvent nous raconter, si on prend ça en compte quand ils nous parlent de leur passage à l'acte ou des choses qu'ils ont commises, ça devient difficile de prendre soin des gens qui ont commis des crimes. Je me dis que ça fait partie de leur pathologie. Je sais pas comment je me protège de ça mais en tout cas il ne faut pas que ça interfère dans ma communication, dans la prise en soin non, non. Peu importe ce qu'on a fait, on a le droit, on a tous le droit à des soins. Et il faut que ça se fasse dans l'équité et dans la bienveillance, peu importe ce que tu as fait.

(ESI) : Et tu relis toujours ce qu'ils ont fait à leur pathologie ?

(IDE) : Déjà j'essaye de pas trop m'intéresser à ce qu'ils ont fait. S'ils m'en parlent, je l'accueille, c'est que pour eux ça a une fonction. Et je relirai pas ça à.... Dans certains cas je vais relier ça à leur pathologie parce qu'effectivement le passage à l'acte, il va donner du concret à la patho. Mais, j'essaye de m'extraire un peu... Non je vais pas forcément l'associer à la patho. Pour que ce soit plus facile pour moi, je vais l'expliquer par leur parcours de vie. Parce que la plupart, ils ont des parcours de vie catastrophique et donc ça va peut-être être plus facile pour moi d'accepter. C'est plus facile pour moi d'accepter ce qu'ils sont en train de me dire. Donc je me dis "bah oui mais s'ils ont fait ça c'est parce que ci, ça, et ça" et donc ça me gêne pas et je continue à les prendre en soin. Et j'aurais même une tendance à aller vers les gens qui me gênent le plus. Que si j'étais dans la rue je pourrais pas. Parce que pour le coup, j'ai envie de comprendre aussi pourquoi ils sont comme ça. Et pourquoi ça me renvoie autant de... Ça me gêne autant. Donc je vais me diriger vers ces patients-là, ceux qui me repoussent le plus peut être. Faut pas le faire trop non plus mais... Je crois que je sors un peu du....

(ESI) : Oui, non mais c'est pas grave, c'est intéressant quand même.

(IDE) : Mais il faut pas se laisser influencer par les raisons pour lesquelles ils sont en détention. Il faut pas. Ça veut dire qu'on bascule dans le jugement. Et si on bascule dans le jugement, et bien on peut pas être dans le soin. On peut pas juger des..... Le jugement et le soin c'est pas compatible. Puis ça va biaiser

la communication et le résultat on va dire des choses qui vont sortir du cadre du soin. Et non c'est pas acceptable.

(ESI) : Ok, bah cool, c'est bon.

ANNEXE VIII : Retranscription 2^{ème} entretien infirmier

(ESI) : Alors du coup, pour toi quelles sont les particularités de la communication avec des patients détenus ?

(IDE) : Les particularités oula...

(ESI) : Est ce qu'il y a des choses différentes de quand tu étais sur Guillaume Régnier ?

(IDE) : La seule chose à laquelle je fais attention, c'est.... Mais plus pour les préserver, je ne leur parle pas trop de l'extérieur. Je fais attention à ça parce que je sais que certains, ça peut les mettre à mal. Même des fois, en fait c'est à dire que je vais pas avancer des choses pour lesquelles je me doute que ça va les mettre à mal. Par exemple je pense à ça, donc l'extérieur. Je pense aussi souvent à la famille, pour beaucoup ils ont vraiment une coupure de contacts, donc avec l'extérieur mais du coup leurs familles. Et de les fois ils ont pas encore, ça met de le temps de les fois l' accès à le téléphone, l' accès à le courrier etc, donc s'ils ne m'en parlent pas moi je ne vais pas lancer le sujet de la famille. Ce qui peut par exemple en admission être vraiment ressource alors qu'en détention, malheureusement ce n'est pas toujours le cas. C'est d'ailleurs très peu le cas. Je dirais qu'il y a ça. Et puis forcément je ne leur parle pas s'ils ne m'en parlent pas de leur motif d'incarcération.

(ESI) : Ouais, et vous les savez les motifs d'incarcération ou c'est ?

(IDE) : Non on les sait pas. On les sait que s'ils nous en parlent. Nous on n'a pas du tout accès ici à leur, bah j'ai envie de dire leur profil pénal. On ne sait pas. S'ils ne nous en parlent pas, on sait pas.

(ESI) : Et ça change le fait que vous le connaissiez ou pas dans la prise en soin ?

(IDE) : Ça dépend des cas. En fait, moi personnellement, je reste vraiment axé sur la clinique. Je suis en psychiatrie, on à l'hôpital, je suis infirmière donc en soi même s'il y a des choses qui sont immorales que la personne a pu faire, ça va pas... Je sais plus c'était quoi ta question ?

(ESI) : Les particularités de la communication mais oui là c'était est ce que ça change de connaître le motif d'incarcération?

(IDE): Donc si, ça pour le coup faudrait le creuser ça, mais euh, de manière globale je dirais non. Dans certains cas, moi ça peut me heurter.

(ESI) : Peux-tu me décrire une situation que tu as rencontrée où la communication avec un patient détenu qui parlait une langue étrangère t'a mise en difficulté? Est-ce que tu as des exemples de situations ?

(IDE) : Y'en a pas mal. Une marquante... On a quand même beaucoup déjà ici de personnes étrangères donc la plupart vont baragouiner un peu du français. Après étonnamment, souvent ça ne se passe pas trop mal. Mais j'ai le souvenir d'un patient irlandais qui était hyper compliqué parce qu'il avait des antécédents de polytoxicomanie, et il était très exigeant dans les soins notamment sur les traitements. Et en fait dans l'équipe, on n'est pas beaucoup à parler anglais et moi je me débrouille pas trop mal en anglais. Ce qui fait que j'étais l'interlocutrice privilégiée et malheureusement ça pouvait me mettre en difficulté. Parce qu'en fait dès que ce patient-là avait besoin de poser des questions sur les traitements, sur les soins, c'était à moi en fait qu'il se référait, sauf qu'il négociait tout. En fait, je dirais que je rencontrais finalement des problèmes que je peux rencontrer avec un patient qui parle la même langue sauf que là il y avait quand même on va dire un souci de compréhension. Même si je parlais la langue, ça compliquait vraiment les choses je trouvais pour me faire comprendre, et pour être sûre d'ailleurs qu'il ait bien compris. Derrière en fait avec les autres collègues il allait chercher à filouter en fait.

(ESI) : Et comment t'arrive à voir du coup qu'il ait compris ce que tu lui dis ?

(IDE) : Comment j'arrivais à voir qu'il ait compris. Bah quand on va dire que j'avais une demande et que derrière il y avait une action, une réponse de sa part. Il y avait que là que je pouvais m'en rendre compte parce qu'en fait je me rendais compte que la plupart du temps il était à côté. Donc c'était assez compliqué parce qu'avec les autres collègues, je pense qu'il y a plein de choses qu'il ne comprenait pas. Où il y avait vraiment une barrière, où il n'y avait pas de possibilités de communication. Et donc derrière moi j'allais, vu que du coup je comprenais un peu, je me rendais compte que, mon dieu, ça n'avait aucun sens. Et que même lui il y mettait pas de sens. C'est d'ailleurs souvent, c'était ça le problème avec ce patient-là, c'est que ça le mettait en colère. Le fait, en fait qu'on ne le comprenne pas, il s'énervait et il se mettait dans des états pas possibles mais vraiment quoi. Et donc il était très compliqué à gérer. Du coup, il fallait rattraper ça à chaque fois.

(ESI) : Et vous c'était difficile de gérer la colère, fin vous aviez compris dès le début que c'était une colère par rapport au fait qu'il se fasse mal comprendre ?

(IDE) : Bah, il y avait un peu des deux. Oui ça on comprenait vite parce qu'il n'arrêtait pas de devoir répéter, et puis on ne comprenait pas. Fin voilà il se mettait en colère pour ça. Mais aussi on se rendait compte qu'il était en colère parce qu'il avait des attentes de soins notamment de traitement, parce qu'il

en voulait toujours plus des traitements. Il cherchait en fait une sédation et puis une anesthésie des émotions. Donc le fait qu'il ne se fasse pas comprendre dans sa demande, et qu'en plus cette demande là il fallait qu'elle soit immédiate pour l'apaiser. Ça le mettait dans des états pas possibles.

(ESI) : Du coup c'est toujours par rapport à cette situation. Lors de cette situation qu'as-tu mis en œuvre pour pallier à ces difficultés ? Est-ce que tu avais des outils à ta disposition que tu as utilisé ?

(IDE) : Hum...Non. Des fois je pouvais me servir de google traduction si j'avais un ordinateur avec moi parce que je faisais des entretiens du coup avec lui comme j'étais référente. Je consacrais des temps où j'essayais de faire un check up précis, au calme sans qu'il ait une demande au préalable. C'était moi qui posais les règles. Et donc quand j'avais un doute sur un mot, j'avais google traduction. J'arrivais à consacrer un temps pour lui. Souvent je le voyais ça durait longtemps, ça pouvait durer trois quarts d'heure mais au moins ça posait les choses. Et derrière c'était retranscrire bien à l'équipe aussi, « on a posé ça, ça, ça » donc entre guillemets faut qu'on aille tous dans le même sens pour que le soin ait du sens pour lui aussi.

(ESI) : Et google traduction c'était facile au final, tu arrivais bien a...?

(IDE) : Oui. C'est assez simple parce qu'en fait du coup c'est visuel même pour le patient quoi. Il va me dire le mot, hop je tourne l'écran, moi je l'ai en français, lui en anglais. Du coup c'était pas mal google traduction. Parce que je ne vois pas d'autres outils. Non, j'ai eu accès que, l'écrit finalement c'est le meilleur outil je trouve quand on peut avoir accès comme ça sur internet.

(ESI) : Ok après c'est quelle différence fais-tu entre la prise en charge d'un patient parlant français et d'un patient parlant une langue étrangère ?

(IDE) : Quelle différence principale...

(ESI) : Oui, dans la prise en soin qu'est ce qui est différent ?

(IDE) : Bah, la je vois le monsieur qu'on a là. Certes on a l'observation mais en fait ce qui est différent c'est dans ce que lui va pouvoir nous transmettre. Et je sais que ben quelqu'un de délirant. Déjà quelqu'un qui parle français qui est délirant, le discours il est de base compliqué à comprendre parce que la personne elle a sa réalité. Moi je sais que là pour le patient irlandais, il me racontait ses délires mais des fois je me disais « est-ce que j'ai bien compris ? ». J'avais toujours le doute parce qu'il me disait qu'il entendait des voix. Et d'ailleurs les voix qu'il entendait, venaient des murs et disaient son nom sauf que des fois il employait des mots genre à un moment il employait le terme "hammer" c'est un

marteau sauf que moi c'est pas un mot que je connaissais. Et donc il me parlait de quelqu'un qui venait avec un marteau qui avait fait un trou dans sa cellule. Sauf que moi ça j'ai mis vachement de temps à le comprendre. Il a fallu que je le vois en entretien avec un médecin, avec un autre collègue, qui confirment, qu'on soit trois personnes à être sûres que oui c'était bien ça. Parce que c'était délirant. Donc je dirais que c'est cette différence-là de comprendre le discours délirant d'un patient avec la barrière de la langue c'est ça le plus compliqué. Et en plus c'est un discours qui est très riche donc ça je trouve que ça biaise vachement les soins. Et je sais qu'avec ce patient la dont j'étais référente, je le voyais au moins une fois par semaine en entretien infirmier pour évaluer ses symptômes et ça me mettait un peu la pression puisque je me disais, faut que je sois sûr de ma compréhension pour derrière retranscrire correctement. Parce que sinon ça n'a pas de sens pour évaluer l'efficacité du traitement ou non.

(ESI) : Et dans d'autres moments de la prise en soin il y a eu des choses qui étaient différentes ? Parce que là tu parlais des entretiens beaucoup, quand c'était dans le hall pour les activités tout ça il y avait des choses ?

(IDE) : Bah les activités de groupe ça pouvait lui le mettre en difficulté. En plus il adorait ça, je sais qu'il aimait bien faire des jeux de société sauf qu'on allait pas proposer un Tabou (jeux de société où l'on doit faire deviner un mot en ayant la contrainte de certains mots interdits pour le décrire) il n'allait pas pouvoir jouer au Tabou avec nous et les autres patients. Par contre on s'arrangeait pour lui proposer des activités où on était sûr qu'il n'y avait pas la barrière de la langue. Tu vois le jeu, je sais pas si tu connais "Belze" c'est un jeu de préhension fine avec des petites cloches, bon bah ça je savais qu'il allait pouvoir jouer. Et par rapport aux autres patients des fois aussi c'était compliqué de gérer les interactions. Il pouvait se mettre en difficulté parce que des fois il était pas du tout adapté. Il était incurique et en plus de ça il pouvait aller dans les lieux communs et péter mais carrément au nez des patients qui étaient assis et lui il pétrait devant quoi. Donc moi ça m'est déjà arrivée de devoir gérer des situations où les autres lui parlaient mais il ne comprenait pas ce qu'ils lui disaient il en avait rien à foutre. Et donc moi il fallait que je rattrape en anglais les choses en lui expliquant que ce n'était pas un comportement social adapté. Voilà j'ai des situations comme ça en tête par exemple avec lui.

(ESI) : Et il communiquait que par le langage notamment avec les autres patients ou des fois il communiquait autrement avec vous ?

(IDE) : Il faisait des signes, des gestes.

(ESI) : Qui étaient plutôt faciles à comprendre ?

(IDE) : Plus ou moins. Après comme on apprenait à le connaître ça allait mieux, mais au début c'était compliqué. Au début franchement, je pense qu'on a mis, je dirais, deux trois semaines à ce qu'il soit plus en colère. Ça a duré longtemps. C'est pour ça que moi je sais que les trois semaines j'étais vraiment en difficulté avec lui. Parce que les collègues à chaque fois ils étaient là, ils lui disaient "attendez IDE X". Donc moi quand je venais j'étais le messie et je lui consacrais vraiment beaucoup de temps. Et après il utilisait les gestes et il a, par la suite, essayé d'apprendre un peu le français. C'est lui après qui a fait un effort, parce que du coup il avait pour projet à sa levée d'écrou de rester en France, vivre chez son père. Donc il a commencé à apprendre le français et c'est vrai qu'à la fin il avait des petits mots donc du coup on a réussi après a vraiment, tous les collègues, s'adapter. Et lui aussi à s'adapter au lieu, à la langue. C'est venu des deux côtés quoi.

(ESI) : Et là par exemple le patient qui est dans l'unité qui parle une langue étrangère, il connaît des mots de français. C'est lui qui a appris ? C'est vous qui lui avait appris ? Il avait déjà des notions de français ?

(IDE) : En détention déjà ils sont obligés, enfin il y a des choses, il y a des mots qu'ils retiennent. Je pense qu'il y a un peu des deux. Il fait des cours de français avec un infirmier ce patient là. Mais ça, ça fait je sais pas combien de temps qu'il a commencé l'infirmier avec lui les cours de français, peut-être deux mois maintenant. C'est à la demande du patient. Et je pense qu'il apprend des autres patients, de nous, mais c'est un effort. Ça vient d'eux en général, quand ils parlent un peu français, qu'ils ont des mots c'est parce qu'ils ont envie et qu'ils font l'effort de le faire.

(ESI) : Et après la dernière question, qui est ma question de départ, c'est : en milieu carcéral, en quoi la barrière de la langue influence-t-elle le prendre soin infirmier du patient détenu ?

(IDE) : Alors du coup je dirais en milieu carcéral, j'ai du mal à y répondre en étant à l'UHSA pour le coup. Parce que comme on est vraiment dans un lieu de soins à l'hôpital, c'est pas tu vois comme à l'UCSA où tu es dans les murs de la prison ou le SMPR. Du coup j'essaie de réfléchir quand même, par rapport au lien milieu carcéral. Parce que oui on est quand même confronté à des moments euh.... En fait, je pense qu'il faudrait peut-être pour m'éclairer, pour que je puisse rebondir, toi ta situation d'appel. Il y avait un lien je suppose.

(ESI) : Bah moi c'était une situation à l'UCSA ou en fait c'était un patient qu'on a reçu en consultation, qui venait en consultation. Et pendant toute la consultation, on a rien compris de ce qu'il voulait nous dire. Et du coup l'infirmière avec qui j'étais lui a donné des pistes de solution mais on n'en savait rien de si c'était ça, qu'il comprenait et surtout je pense qu'il n'y a pas du tout compris après ce qu'on lui a réexpliqué. Donc en fait c'était hyper frustrant de finir la consultation et de se dire on n'a rien compris

de ce qu'il voulait nous dire et lui il a rien compris de ce qu'on a voulu lui dire. Donc que la communication n'était pas du tout du tout passée quoi.

(IDE) : D'accord, ah oui parce que moi j'étais en lien sur vraiment tu vois le contexte carcéral. Mais en soit t'es plus dans une difficulté à prendre en soin quelqu'un parce que tu ne le comprends pas quoi. Alors du coup répète ta question je suis désolé ?

(ESI) : Du coup, en milieu carcéral, en quoi la barrière de la langue influence-t-elle le prendre soin infirmier du patient détenu ?

(IDE) : Bah pour moi, parce que des fois justement on peut pas prendre soin convenablement du patient. Parce qu'on ne comprend pas sa demande et que même lui va pas comprendre notre réponse. Où on peut se tromper aussi des fois. Enfin moi ça m'est déjà arrivée d'être sûre que j'ai compris un truc et derrière je vois le patient sa réaction, tu te dis "oula j'ai pas du tout donné le bon médicament" ou parce je vais comprendre qu'il est constipé et puis finalement c'est pas ça du tout, en fait il va être douloureux. Il y a des choses je trouve que la barrière de la langue elle est compliquée pour certaines choses. Je trouve que pour l'évaluation de la douleur par exemple, c'est moins problématique, on va avoir des outils, les échelles numériques, on l'observe bien. En psychiatrie c'est vraiment beaucoup plus complexe quoi. Déjà que c'est complexe avec notre langue, je trouve vraiment que ça peut impacter sur derrière les actions de soins.

(ESI) : Ok, bah c'était tout.

(IDE) : J'ai à peu près répondu à tes questions ?

(ESI) : Oui, c'est bon, merci.

ANNEXE IX : Tableau d'analyse des propos des professionnels

Communication	Non verbale	<p>« Alors on se fie qu'à la communication du corps, au langage du corps »</p> <p>« Puis je pense qu'ils doivent bien le sentir qu'on est bienveillant. »</p> <p>« Il y a le langage avec les mains »</p> <p>« Quand on cible une partie du corps, ça ils le comprennent assez facilement. »</p> <p>« Certes on a l'observation »</p> <p>« Il faisait des signes, des gestes. »</p>
	Risques de la communication non verbale	<p>« Après les gestes, on en fait notre propre interprétation, ce qu'on a envie d'en comprendre sur moment. »</p> <p>« Alors ça en plus, ça dépend de chaque soignant. »</p> <p>« Je pense que des fois on fait dire des choses au patient qu'il a pas du tout dit. »</p> <p>« On interprète beaucoup je pense. »</p>
	Verbale	<p>« Mon langage »</p> <p>« Utiliser des mots qu'ils utilisent »</p>
	Surveillance du langage utilisé ou du thème abordé	<p>« On fait un peu plus attention aux termes qu'on utilise. »</p>
	Adaptation du langage pour apporter un sentiment d'appartenance	<p>« Moi j'ai adapté mon langage, pour parler un petit peu comme eux »</p> <p>« Utiliser des mots qu'ils utilisent, des expressions, pour qu'ils aient des fois un sentiment de, qu'ils puissent se reconnaître »</p> <p>« Ils ont un langage particulier »</p> <p>« Et donc des fois ils s'identifient. »</p> <p>« Je trouve que ça les met en confiance, ça te donne accès à des fois à certaines choses, c'est plus facile. »</p> <p>« La relation est plus simple et s'établit plus facilement. »</p>

	Adaptation de la communication au regard du statut de patient détenu	<p>« La seule chose à laquelle je fais attention, c'est... Mais plus pour les préserver, je ne leur parle pas trop de l'extérieur »</p> <p>« Je fais attention à ça parce que je sais que certain, ça peut les mettre à mal. »</p> <p>« Je pense à ça, donc l'extérieur. Je pense aussi souvent à la famille, pour beaucoup ils ont vraiment une coupure de contacts, donc avec l'extérieur mais du coup leurs familles. »</p> <p>« Ça met du temps des fois l'accès au téléphone, l'accès au courrier etc. »</p> <p>« Ce qui peut par exemple en admission être vraiment ressource alors qu'en détention, malheureusement ce n'est pas toujours le cas. »</p> <p>« Et puis forcément je ne leur parle pas s'ils ne m'en parlent pas de leur motif d'incarcération. »</p>
Barrière de la langue	Origines	<p>« Dès qu'il y a quelqu'un de l'est qui arrive, ouais c'est compliqué »</p> <p>« A chaque fois qu'il y a quelqu'un qui vient de l'étranger, de l'est ou du monde arabe, et qu'il ne parle pas anglais c'est beaucoup plus compliqué. »</p>
	Exclusion de patients	<p>« On a eu un patient arabe et un patient géorgien qui étaient exclus du reste du groupe »</p> <p>« Et puis si l'anglais passe pas la... Des fois même ça isole le patient. »</p> <p>« On va aller tout de suite moins vers lui donc il va se sentir un peu isolé forcément au début. Il faut un interprète et puis pendant ce temps-là il reste tout seul dans son coin. »</p>
	Altercation avec d'autres patients	<p>« Et par rapport aux autres patients des fois aussi c'était compliqué de gérer les interactions. »</p>

		<p><i>« Il pouvait se mettre en difficulté parce que des fois il était pas du tout adapté. »</i></p> <p><i>« Donc moi ça m'est déjà arrivée de devoir gérer des situations où les autres lui parlaient mais il ne comprenait pas ce qu'ils lui disaient il en avait rien à foutre. »</i></p> <p><i>« Et donc moi il fallait que je rattrape en anglais les choses en lui expliquant que ce n'était pas un comportement social adapté. »</i></p>
	<p>Situations vécues</p>	<p><i>« En fait, on a eu un patient arabe et un patient géorgien qui étaient exclus du reste du groupe, et qui sont mis à causer tous les deux. »</i></p> <p><i>« Alors je sais pas comment ils ont fait pour rentrer en communication, parce que ni l'un ni l'autre ne parlait anglais ni français mais ils étaient tout le temps fourrés ensemble à parler ensemble. »</i></p> <p><i>« Mais j'ai le souvenir d'un patient irlandais qui était hyper compliqué parce qu'il avait des antécédents de polytoxicomanie, et il était très exigeant dans les soins notamment sur les traitements. »</i></p> <p><i>« Parce qu'en fait dès que ce patient-là avait besoin de poser des questions sur les traitements, sur les soins, c'était à moi en fait qu'il se référait, sauf qu'il négociait tout. »</i></p>
	<p>Difficultés de compréhension du message :</p> <p>- du soignant vers le soigné</p>	<p><i>« Je rencontrais finalement des problèmes que je peux rencontrer avec un patient qui parle la même langue sauf que là il y avait quand même on va dire un souci de compréhension. »</i></p> <p><i>« ça compliquait vraiment les choses je trouvais pour me faire comprendre, et pour être sûre d'ailleurs qu'il ait bien compris. »</i></p> <p><i>« Comment j'arrivais à voir qu'il ait compris. Bah quand on va dire que j'avais une</i></p>

		<p><i>demande et que derrière il y avait une action, une réponse de sa part. Il y avait que là que je pouvais m'en rendre compte parce qu'en fait je me rendais compte que la plupart du temps il était à côté. »</i></p> <p><i>« Parce qu'avec les autres collègues, je pense qu'il y a plein de choses qu'il ne comprenait pas. Où il y avait vraiment une barrière, où il n'y avait pas de possibilités de communication. »</i></p>
	<p>Difficultés de compréhension du message :</p> <p>- du soigné vers le soignant avec d'éventuelles manifestations de la pathologie</p>	<p><i>« En fait ce qui est différent c'est dans ce que lui va pouvoir nous transmettre. »</i></p> <p><i>« Déjà quelqu'un qui parle français qui est délirant, le discours il est de base compliqué à comprendre parce que la personne elle a sa réalité. »</i></p> <p><i>« pour le patient irlandais, il me racontait ses délires mais des fois je me disais « est-ce que j'ai bien compris ? ». »</i></p> <p><i>« A un moment il employait le terme "hammer" c'est un marteau sauf que moi c'est pas un mot que je connaissais. »</i></p> <p><i>« Sauf que moi j'ai mis vachement de temps à le comprendre. Il a fallu que je le vois en entretien avec un médecin, avec un autre collègue, qui confirment, qu'on soit trois personnes à être sûres que oui c'était bien ça. »</i></p> <p><i>« Donc je dirais que c'est cette différence-là de comprendre le discours délirant d'un patient avec la barrière de la langue c'est ça le plus compliqué. »</i></p> <p><i>« ça me mettait un peu la pression puisque je me disais, faut que je sois sûre de ma compréhension pour derrière retranscrire correctement. »</i></p>

	<p>Quel ressenti chez le patient</p>	<p>« <i>Le problème avec ce patient-là, c'est que ça le mettait en colère. Le fait qu'on ne le comprenne pas, il s'énervait et il se mettait dans des états pas possibles mais vraiment quoi. »</i></p> <p>« <i>Fin voilà il se mettait en colère pour ça. »</i></p> <p>« <i>Donc le fait qu'il ne se fasse pas comprendre dans sa demande, et qu'en plus cette demande là il fallait qu'elle soit immédiate pour l'apaiser. Ça le mettait dans des états pas possibles. »</i></p> <p>« <i>Parce qu'on ne comprend pas sa demande et que même lui va pas comprendre notre réponse. »</i></p>
	<p>Apprentissage de la langue</p>	<p>« <i>Et puis, ils ont cette capacité à force d'entendre toujours les mêmes choses, parce qu'on pose toujours les mêmes questions »</i></p> <p>« <i>C'était relié à des situations de patients qui réclamaient d'apprendre le français »</i></p> <p>« <i>Et ses deux patients là sont venus me voir en me demandant de leur apprendre le français. »</i></p> <p>« <i>Et il a, par la suite, essayé d'apprendre un peu le français. »</i></p> <p>« <i>Donc il a commencé à apprendre le français et c'est vrai qu'à la fin il avait des petits mots donc du coup on a réussi après à vraiment, tous les collègues, s'adapter. Et lui aussi à s'adapter au lieu, à la langue. C'est venu des deux côtés quoi. »</i></p> <p>« <i>Il y a des mots qu'ils retiennent. »</i></p> <p>« <i>Il fait des cours de français avec un infirmier »</i></p> <p>« <i>C'est à la demande du patient. Et je pense qu'il apprend des autres patients, de nous, mais c'est un effort. Ça vient d'eux en général, quand ils parlent un peu français, qu'ils ont</i></p>

		<i>des mots c'est parce qu'ils ont envie et qu'ils font l'effort de le faire. »</i>
	Erreurs de compréhension	<p>« Où on peut se tromper aussi des fois. »</p> <p>« Enfin moi ça m'est déjà arrivée d'être sûre que j'ai compris un truc et derrière je vois le patient sa réaction, tu te dis "oula j'ai pas du tout donné le bon médicament" ou parce je vais comprendre qu'il est constipé et puis finalement c'est pas ça du tout, en fait il va être douloureux »</p> <p>« Il y a des choses je trouve que la barrière de la langue elle est compliquée pour certaines choses. Je trouve que pour l'évaluation de la douleur par exemple, c'est moins problématique, on va avoir des outils, les échelles numériques, on l'observe bien. En psychiatrie c'est vraiment beaucoup plus complexe quoi. »</p>
Outils pour communiquer avec un patient parlant une langue étrangère	L'Écrit	<p>« Qu'on réclame des dictionnaires. »</p> <p>« ça les mettraient en confiance parce qu'ils auraient l'outil devant eux »</p> <p>« Et j'avais pas d'outils donc c'est comme ça qu'on a fait la demande des dictionnaires. »</p> <p>« Non, j'ai eu accès que, l'écrit finalement c'est le meilleur outil je trouve quand on peut avoir accès comme ça sur internet. »</p>
	Une langue commune et universelle	<p>« On a tous plus ou moins quelques bases en anglais et que c'est la langue un peu universelle donc on s'appuie là-dessus. »</p> <p>« Donc l'anglais parce que c'est la langue universelle et qu'on connaît tous plus ou moins quelques mots »</p> <p>« Il y a pas d'autres outils quand le français passe pas, le réflexe c'est anglais »</p>

	Et ses limites	<p>« Après on se rend vite compte que des patients qui parlent anglais il y en a pas tant que ça. »</p> <p>« A part ceux qui sont de ces pays-là. Quelqu'un qui vient du monde arabe, il parle arabe et rarement anglais. Quelqu'un qui vient de l'Europe de l'est, il parle russe et il parle pas anglais. »</p> <p>« Et en fait dans l'équipe, on n'est pas beaucoup à parler anglais et moi je me débrouille pas trop mal en anglais. »</p>
	<p>Recours à une autre langue intermédiaire entre celle du patient et du soignant</p> <p>Et ses limites</p>	<p>« Surtout que pour ce patient-là qui est géorgien, on passe par le russe qui n'est pas sa langue. »</p> <p>« Donc en fait, il faut qu'il ait au moins le vocabulaire russe et que après lui en fasse la traduction en géorgien. »</p>
	<p>Interprètes</p> <p>Limites à l'intervention d'interprètes</p>	<p>« D'avoir des interprètes »</p> <p>« C'est des intervenants extérieurs qui viennent. »</p> <p>« Mais souvent les délais sont longs parce que c'est des langues peu parlées. »</p> <p>« Par exemple pour le patient qui était afghan, il y a deux dialectes en Afghanistan : le Pachtou et le Farsi. Et au début on a trouvé un interprète qui parlait le Farsi mais notre patient il parlait le Pachtou. Donc il y a très peu de gens qui parlent comme ça. »</p> <p>« Puis il y a toujours le problème de l'accréditation, effectivement. Ça rajoute un petit peu de délai. »</p> <p>« Mais il n'y a pas que ça, c'est aussi la rareté de la langue entre guillemets qui fait ça je crois. »</p>

		<p>« Puis l'interprète il n'est pas formé »</p> <p>« Il n'est pas capable de dire s'il constate des choses. »</p> <p>« Le problème des interprètes c'est que les délais sont longs. »</p> <p>« Au vu du contexte, il faut les autorisations. »</p> <p>« Il faut que le patient au moment où l'interprète arrive il soit disposé, qu'il ne soit pas trop délirant. Ça demande beaucoup de conditions pour un premier contact. »</p> <p>« L'interprète c'est bien mais si ce n'est pas un soignant, il est pas forcément en capacité de détecter les symptômes »</p> <p>« Et puis même l'interprète ça triangule la conversation, c'est comme s'il y avait un filtre entre le soignant et le patient. Alors que le patient il est en confiance avec le soignant et là il y a cet intermédiaire entre les deux. »</p> <p>« Je pense que des fois il ne dit pas tout ce qu'il aurait envie de dire, ou de livrer »</p> <p>« Ils acceptent facilement. Une fois que l'interprète est venu une première fois, ils savent qu'il peut revenir régulièrement et résultat après ça va assez vite. »</p> <p>« Ou alors si ça traîne c'est que c'est personnes dépendantes. C'est que c'est certains agents qui s'y opposent. »</p>
	<p>Google traduction</p>	<p>« Y'a google »</p> <p>« On s'est appuyé sur google qui a servi de dictionnaire. »</p> <p>« Des fois je pouvais me servir de google traduction si j'avais un ordinateur avec moi »</p> <p>« Et donc quand j'avais un doute sur un mot, j'avais google traduction. »</p> <p>« C'est assez simple parce qu'en fait du coup c'est visuel même pour le patient quoi. Il va me</p>

	<p>dire le mot, hop je tourne l'écran, moi je l'ai en français, lui en anglais. Du coup c'était pas mal google traduction. »</p> <p>Limites à l'utilisation de cet outil</p>	<p>« Mais google a ses limites aussi »</p> <p>« Des fois il nous tape des choses mais quand je vois la transcription en français ça n'a pas de sens pour moi. »</p> <p>« Des fois c'est même des mots qui n'existent pas. »</p> <p>« Pour lui ce mot-là est inconnu dans sa langue. »</p>
	<p>Recours à des patients parlant la même langue</p> <p>Et ces limites</p>	<p>« C'est arrivé aussi d'utiliser d'autres patients qui parlent la même langue. »</p> <p>« Par contre, on a plus trop de secrets, il y a plus trop le secret professionnel, le secret médical tout ça. »</p>
Culture	<p>Rencontre avec une autre culture</p>	<p>« Je dirais que ça va au-delà du fait qu'il parle une langue étrangère c'est à dire que le patient a une autre culture. »</p> <p>« Même s'il est en France, il peut encore avoir accès à sa culture. »</p> <p>« Montrer que je sais qu'ils viennent d'ailleurs, qu'ils ont d'autres habitudes culturelles etc. »</p>
	<p>Outils utilisés pour un retour aux sources</p>	<p>« Et donc je sais que des fois j'utilise le média musique par exemple. »</p> <p>« Quelqu'un qui vient du monde arabe qui aime la musique orientale, bah je vais lui dire "viens", je vais lui mettre sa musique. »</p> <p>« En leur parlant de leur pays »</p> <p>« Tout ce qui peut les rattacher à leurs racines en fin de compte. »</p>

	<p>La place et l'intérêt de la culture pour les soignants</p>	<p>« On se pose pas la question, alors que là tu te la poses, fin moi je me la pose quand je suis confronté à ces patients-là. »</p> <p>« Au moins je montre de l'intérêt à ce qu'ils sont, de par leur culture »</p> <p>« Mais peut être qu'on ne le fait pas assez souvent. »</p> <p>« Puis je pense c'est peut-être aussi que ça intéresse peut-être pas assez de soignants. »</p> <p>« Mais c'est comme quelqu'un qui parle la langue française, on s'intéresse aussi un petit peu à lui sauf qu'on le fait machinalement. »</p>
<p>Milieu carcéral</p>	<p>Influence du milieu carcéral sur la prise en charge des patients</p>	<p>« Je suis pas sûr que le milieu carcéral change quelque chose. Le milieu carcéral pour moi, il influence pas. »</p> <p>« Peut-être apporter des difficultés supplémentaires. »</p> <p>« Alors du coup je dirais en milieu carcéral, j'ai du mal à y répondre en étant à l'UHSA pour le coup. Parce que comme on est vraiment dans un lieu de soins à l'hôpital, c'est pas tu vois comme à l'UCSA où tu es dans les murs de la prison ou le SMPR. »</p>
	<p>Impact sur la communication des détenus envers les soignants</p>	<p>« Souvent on prend des patients étrangers incarcérés, ils arrivent en France et peu de temps après ils connaissent la prison. Donc en fait de ce qu'ils connaissent de la France c'est que la détention. Je pense que pour le coup ça a peut-être un impact pour eux, dans leur communication avec nous. »</p> <p>« Résultat ils vont arriver avec des aprioris sur ce qu'on peut être, qu'on est raciste, que y'a que de l'injustice en France etc. Donc quand ils arrivent ici effectivement ils vont nous renvoyer un petit peu ça au début. »</p>

		« Mais je pense que oui, effectivement pour eux, ça a peut-être un impact sur la communication qu'ils ont avec nous, au moins au début. »
	Attitudes des patients envers les soignants	« Donc ils arrivent ici, ouais ils sont apeurés, des fois dans certains cas. »
	Attitudes des soignants envers les patients	« Je peux prendre des pincettes ou leur porter plus d'attention parce que je sais que c'est difficile pour eux puisqu'ils connaissent que la prison. » « Je vais y aller avec un peu plus de pincettes, un peu plus de douceur. » « Je vais essayer de réhumaniser un peu la relation »
	La connaissance du motif d'incarcération	« Déjà j'essaye de pas trop m'intéresser à ce qu'ils ont fait » « S'ils m'en parlent, je l'accueille, c'est que pour eux ça une fonction. » « Mais il faut pas se laisser influencer par les raisons pour lesquelles ils sont en détention. » « Non on les sait pas. On les sait que s'ils nous en parlent. Nous on n'a pas du tout accès ici à leur, bah j'ai envie de dire leur profil pénal. »
	Les conséquences de la connaissance du motif d'incarcération	« Ça dépend des cas. » « De manière globale je dirais non. Dans certains cas, moi ça peut me heurter. »
	Mécanismes de protection des soignants face au motif d'incarcération	« Je me dis que ça fait partie de leur pathologie. » « Dans certains cas je vais relier ça à leur pathologie parce qu'effectivement le passage à l'acte, il va donner du concret à la patho. Mais, j'essaye de m'extraire un peu... » « Pour que ce soit plus facile pour moi, je vais l'expliquer par leur parcours de vie. »

		<p>« Parce que la plupart ils ont des parcours de vie catastrophique et donc ça va peut-être être plus facile pour moi d'accepter. »</p> <p>« C'est plus facile pour moi d'accepter ce qu'ils sont en train de me dire. Donc je me dis "bah oui mais s'ils ont fait ça c'est parce que ci, ça, et ça" et donc ça me gêne pas et je continue à les prendre en soin. »</p> <p>« C'est vrai que c'est une question que je ne me suis pas posé. »</p> <p>« Ou que j'évite de me poser »</p> <p>« Je me dis à partir du moment où je vais me dire il y a le milieu carcéral qui vient s'ajouter, ça va changer mon comportement. »</p> <p>« Et je veux pas de ça. »</p> <p>« Ça devient difficile de prendre soin des gens qui ont commis des crimes. »</p> <p>« Je sais pas comment je me protège de ça mais en tout cas il ne faut pas que ça interfère dans ma communication, dans la prise en soin non, non. Peu importe ce qu'on a fait, on a le droit, on a tous le droit à des soins. »</p>
Le prendre soin	Altération du prendre soin	« <i>Parce que des fois justement on peut pas prendre soin convenablement du patient.</i> »
	Difficultés d'évaluation de la pathologie en lien avec la barrière de la langue	<p>« C'est compliqué pour le coup. Ne serait-ce que pour savoir s'il est délirant ou pas, comme on ne parle pas sa langue. »</p> <p>« Bah on ne peut pas identifier des symptômes »</p>
	Impact de la barrière de la langue sur la mise en place d'actions soignantes	<p>« Tu ne sais pas ce qu'il attend de toi, tu ne sais pas comment tu peux l'aider. »</p> <p>« <i>Je trouve vraiment que ça peut impacter sur derrière les actions de soins.</i> »</p>
	Altération de la relation soignant-soigné	« Il avait tellement peur de nous, qu'il faisait des pièges dans sa chambre. »

		<p>« Si tu baissais la poignée y'avait le verre d'eau qui tombait. »</p> <p>« Puis au fur et à mesure qu'on a pu entrer en communication avec lui, il a arrêté de faire des pièges dans sa chambre. »</p>
	<p>Apprendre de la culture de l'autre pour avoir un effet bénéfique dans la relation soignant- soigné</p>	<p>« Et moi je pense que pour rentrer en communication et avoir de la confiance avec un patient »</p> <p>« Ça va le mettre dans une dans une ambiance un peu différente »</p> <p>« Il va être en confiance et donc il va peut-être se permettre. »</p> <p>« Il va faire plus d'efforts pour nous dire certaines choses. »</p> <p>« J'essaye au moins de les mettre dans des conditions où ils se sentent un peu plus à l'aise »</p> <p>« Si on montre qu'on s'intéresse un peu à la d'où ils viennent, après je pense que c'est plus facile pour eux. »</p> <p>« Je pense que ça facilite la communication entre lui et moi. »</p> <p>« Mais voilà c'est montrer de l'intérêt, quand c'est un étranger, peut être lui montrer un peu plus d'intérêt au moins au début, pour qu'il se sente à l'aise. »</p>

NOM : JOUAN

PRENOM : Eva

TITRE : L'impact de la barrière de la langue dans le prendre soin des patients détenus

During my internship in prison, I realised that a great number of patients spoke a foreign language, this is why I decided to carry out my research work around the following question: in the prison environment, how does the language barrier influence the nursing care of the inmate? To answer this question, I have studied authors' writings on the topics underpinned by my subject such as the prison environment, the communication, the nursing care. Then, I have had the chance to interrogate two professionals who made me realise the impact of prison environment on this nursing care. It so happens that this framework of intervention does not affect profoundly the nursing role with patients speaking a foreign language. Nevertheless, the caregivers note that beyond the fact that they express themselves in a foreign language, they also have a different culture from their own. I then realised that the nurse's personal values might influence his nursing care. Moreover, depending on the importance it gives to the other's culture, the nursing care might be affected. To conclude, this work highlights the consequences of the language barrier on the patient's care, the tools needed to communicate with these patients, as well as the importance not to leave aside the other's culture, which is essential to take care of the patient in all his identity.

Lors d'un stage en prison, face à la multitude de patients parlant une langue étrangère, j'ai décidé de réaliser mon mémoire avec pour question de départ : en milieu carcéral, en quoi la barrière de la langue influence – t – elle le prendre soin infirmier d'un patient détenu ? Pour cela, je me suis intéressée aux écrits d'auteurs sur les concepts sous tendus par mon sujet, comme le milieu carcéral, la communication, et le prendre soin. Par la suite j'ai pu interroger deux professionnels qui m'ont permis de me rendre compte de l'impact du milieu carcéral sur ces prises en charge. Il se trouve que ce cadre d'intervention n'affecte pas profondément le travail infirmier auprès des patients parlant une langue étrangère. Cependant, les soignants notent qu'au-delà de s'exprimer par une langue différente, ces patients ont aussi une autre culture que la leur. C'est alors qu'il m'est apparu que les valeurs personnelles de l'infirmier pouvaient influencer son prendre soin. De plus, en fonction de l'importance qu'il donne à la culture de l'autre la prise en charge peut en être affectée. En conclusion, ce travail met en lumière les retentissements de la barrière de la langue sur la prise en charge d'un patient, les outils permettant de communiquer avec ces patients, ainsi que l'importance de ne pas laisser de côté la culture de l'autre, indispensable pour prendre soin du patient dans toute son identité.

MOTS CLES : Language barrier / prison environment / culture / caring

MOTS CLES : Barrière de la langue / milieu carcéral / culture / prendre soin

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS PONTCHAILLOU

2 Rue Henri Le Guilloux, 35033 RENNES Cedex 9.

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers - 2020