

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

La barrière de la langue dans le soin

BRILLOUET Sidonie  
Formation Infirmière  
Promotion 2017-2020



Valentine Brillouet, le 14/04/2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat de.....Infirmier.....

**Travaux de fin d'études :**  
**(nom du document).....La barrière de la langue dans le soin.....**

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 ».

**Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du document).....La barrière de la langue dans le soin....., à dater et à signer**

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de.....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.....06/04/2020.....

**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<sup>er</sup> : 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.: Cheminement vers la question de départ.....	1
1.1.: Situations d'appel.....	1
1.2.: Questionnements.....	2
1.3.: Intérêts professionnels.....	2
1.4.: Question de départ.....	2
2.: La construction du cadre conceptuel.....	2
2.1.: La communication.....	3
2.1.1.: Définition générale.....	3
2.1.2.: Approche mathématique de la communication.....	3
2.1.3.: Approche sociologique de la communication.....	4
2.1.4.: Communication dans la relation soignant-soigné.....	5
2.1.4.a): Facteurs favorisant de communication.....	5
2.1.4.b): Difficultés de communication.....	5
2.1.4.c): 2 langues: incompréhension culturelle ?.....	6
2.2.: Le prendre soin.....	7
2.2.1.: Définition générale.....	7
2.2.2.: Le prendre soin selon Walter Hesbeen.....	7
2.2.3.: Le prendre soin selon Marie-Françoise Collière.....	7
2.2.4.: Critères de qualité du prendre soin.....	8
2.2.4.a): Prendre soin d'un patient allophone.....	8
2.2.4.b): La question de l'interprétariat.....	9
3.: L'exploration empirique.....	10
3.1.: Organisation des entretiens.....	10
3.2.: Objectifs des entretiens.....	10
3.3.: Réalisation des entretiens.....	11
4.: Analyse des entretiens.....	11
4.1.: Le prendre soin selon deux infirmières des urgences.....	12
4.2.: La communication selon deux infirmières des urgences.....	13
4.3.: La barrière de la langue.....	13
4.3.a): Eléments facilitateurs dans la communication.....	13
4.3.b): Difficultés.....	13
4.3.c): Adaptations infirmières face à la barrière de la langue.....	14
4.3.d): Impact de la barrière de la langue dans le soin.....	15
4.3.e): Les langues étrangères, au service du soin?.....	15
4.3.f): La place de la culture.....	16
5.: Discussion.....	16
5.1.: Cheminement vers la question de recherche.....	19
6.: Conclusion.....	21
Bibliographie	
Annexes	

Je souhaite remercier sincèrement Monique Tiercin pour sa patience, sa compréhension, et ses précieux conseils, qui m'ont permis de continuer à avancer tout au long de l'écriture de ce MIRSI pendant ma 3ème année.

Merci à mes précieuses grandes soeurs d'avoir bien voulu relire et corriger mon abstract.

Merci Valentine pour ton illustration qui fait de ma page de garde une feuille vivante, personnalisée et introduit de façon visuelle le sujet de mon mémoire selon ton propre vécu de patiente. Je suis fière d'avoir ma grande soeur comme illustratrice.

Merci à ma famille d'avoir relu mon mémoire avec bienveillance, à la recherche de mes petites fautes d'orthographe, comme à l'école. C'était aussi une manière de vous présenter mon travail, vous qui me soutenez depuis le début dans cette formation.

Merci à ma super coloc. Merci Marine de m'avoir supportée, boostée, conseillée, et fait rire.  
Merci pour ton amitié précieuse qui m'a aidée, entre autres, à écrire ce mémoire.

Merci à ma tante qui m'a permis de faire ce stage aux urgences, d'expérimenter la barrière de la langue dans le soin au quotidien pendant 6 semaines et qui m'a bichonnée.

Et enfin merci à ma famille et à mes amis, merci de votre présence auprès de moi.

## Introduction :

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, je suis amenée à réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Cet exercice de recherche, nouveau pour moi, me permet d'approfondir ma réflexion sur un thème choisi, et ainsi de personnaliser ma formation de future IDE. En effet, je me suis orientée par moi-même vers un sujet qui me tient à coeur, m'intéresse, et s'inscrit dans l'augmentation actuelle des dynamiques migratoires et des déplacements touristiques.

Ainsi, j'ai décidé d'axer ma réflexion sur le thème de la communication avec un patient parlant une langue différente de la nôtre. En effet, j'ai pu observer et expérimenter à plusieurs reprises au cours de mon parcours de stage, la difficulté rencontrée par les soignants pour prendre en soin un patient non francophone.

De plus, j'ai aussi été confrontée à cette difficulté en dehors du cadre professionnel, lors d'un voyage à Bruxelles. En juin 2019, je suis amenée à sécuriser un homme accidenté en scooter, qui parle seulement anglais. Lors de cet accompagnement, je cherche beaucoup mes mots, et m'aperçois que je manque de vocabulaire, en particulier de vocabulaire médical et de techniques pour rassurer le monsieur avant qu'il ne soit pris en charge par les pompiers.

Afin d'illustrer les soins à des patients ne parlant pas la même langue que le soignant, je vais présenter deux situations de soin vécues en stage.

### 1.: Cheminement vers la question de départ :

#### 1.1.: Situations d'appel :

La première situation qui m'a amenée à me questionner sur la barrière de la langue dans les soins s'est déroulée lors de mon deuxième stage de première année. Un patient anglais en attente d'une chirurgie pour rupture de cordage, doit passer une ETO pour prévoir par la suite sa chirurgie. Le patient semble comprendre le français et le parle un peu, il est en France depuis longtemps. Il respecte les conditions de jeûne depuis la veille au soir, jusqu'à la salle d'attente de l'ETO, où il prend un verre d'eau. Son examen ne peut donc pas avoir lieu, ce qui décale la suite de sa prise en charge et met en danger plus longtemps son pronostic vital.

La deuxième situation autour de la barrière de la langue a eu lieu lors de mon stage de S5. Le patient albanais, à J1 d'une amygdalectomie, ne parle ni français, ni anglais, mais comprend quelques mots de français. Il attend la visite du médecin pour s'en aller, et après le repas du midi, demande à aller fumer en bas. Nous essayons de lui expliquer qu'il vaut

mieux qu'il attende pour ne pas louper le passage du médecin, mais aussi que c'est néfaste pour la cicatrisation, mais il ne comprend pas, il retourne dans sa chambre. Les médecins arrivent une heure plus tard, l'IDE va voir le patient avec eux, et me dit quand elle ressort que le patient a fumé dans sa chambre.

### 1.2.: Questionnements :

Nos soins peuvent-ils être d'aussi bonne qualité lorsqu'il s'agit d'un patient qui ne parle pas la même langue? Ne risque-t-on pas de passer à côté d'informations importantes (allergies, traitements, antécédents, ...)? Ne risque-t-on pas d'aller contre les principes éthiques et moraux (consentement éclairé, directives anticipées, ...)? A-t-on les clés pour le prendre en soin dans sa globalité (versant relation d'aide, ...)? Est-ce possible d'installer une relation de confiance vraiment solide? Comment communiquer avec un patient allophone pour lui transmettre les consignes suite à une opération? Comment transmettre les informations au patient ne parlant pas français lorsque l'option de l'interprétariat n'est pas envisageable? Comment explorer les interrogations éventuelles du patient s'il ne peut les exprimer ni en anglais ni en français?

### 1.3.: Intérêts professionnels :

Dans le contexte actuel de mondialisation, nous sommes de plus en plus en relation avec des personnes ne parlant pas la même langue que nous, ce qui nous apporte une richesse culturelle.

Dans le soin, il en est de même : les soignants font face aux soins prodigués à des patients qui ne comprennent pas forcément les circonstances, les soins faits, ... Cela amène à des situations inédites, dans une profession où l'intention du soignant est de prendre en soin son patient, en ayant le consentement, et la compréhension de celui-ci.

J'ai donc choisi d'axer mon Mémoire de Recherche en Soins Infirmiers sur ce thème, pour approfondir mes connaissances sur le phénomène de la barrière de la langue.

### 1.4.: Question de départ :

Après cette réflexion et l'émergence de ces différentes questions, je pense qu'il est important de déterminer deux thèmes différents autour de la barrière de la langue dans le soin : la communication, et le prendre soin. C'est ainsi que je me pose la question suivante : En quoi la barrière de la langue entre le soignant et le patient influence-t-elle la qualité du prendre soin ?

## 2.: La construction du cadre conceptuel :

La barrière de la langue est une notion concernant la communication orale (ou écrite), qui peut, comme le mot “barrière” l’indique, porter atteinte à l’échange entre deux personnes ne parlant pas la même langue. C’est pourquoi, je vais d’abord approfondir et définir le concept de la communication, pour ensuite pouvoir identifier le domaine dans lequel intervient le principe de la barrière de la langue, partie intégrante de ma question de départ.

### 2.1.: La communication :

#### 2.1.1.: Définition générale :

Dans le dictionnaire Larousse, la communication est définie comme le “fait de [...] transmettre quelque chose.”, mais également “action de communiquer avec quelqu’un, d’être en rapport avec autrui, en général par le langage.”. La communication est donc un processus impliquant deux sujets, qui interagissent entre eux. Pour Géraldine Samson, la communication, c’est étymologiquement “[...] mettre en commun”, mais donc aussi “[...] échanger des messages, transmettre des informations, avoir une relation interhumaine.” (Samson, 2018).

Afin de mieux cerner le concept de communication, je vais aborder la communication sous plusieurs angles de vue : sociologique, mathématique, ...

#### 2.1.2.: Approche mathématique de la communication :

Pour comprendre la notion de communication, nous pouvons nous attarder sur un modèle, expliqué par le mathématicien Claude Shannon, qui apparaît dans le cours de Géraldine Samson en 2018 : pour ce scientifique, la communication est “[...] un message transmis par un émetteur vers un récepteur dans un certain contexte.” Dans son modèle, Shannon évoque 4 éléments :

**Emetteur** = personne qui parle

**Récepteur** = destinataire des messages envoyés par l’émetteur.

**Message** = “Le récepteur ne peut comprendre ce message que si le langage utilisé par l’émetteur est clair et connu de ce premier”.

**Feed-Back** = “renseigne sur la manière dont le message a été reçu [...] consiste à confirmer ou infirmer la réception du message [...]”. Il peut être positif ou négatif. (Samson, 2018). On voit ici que cette théorie de communication est très linéaire et cadrée, ce qui est expliqué par le fait qu’elle provienne d’un ingénieur mathématicien.

#### 2.1.3.: Approche sociologique de la communication :

A présent, dans son ouvrage de 1995, Pierre Lebel nous apporte une autre vision de la communication, plutôt sociologique, dans le cadre de la profession infirmière. Pour lui, le processus de communication s'explique selon le schéma de communication élaboré par Shannon. Cependant, Lebel (1995) précise des conditions à ce modèle, "[...] il n'y a communication que s'il y a aller-retour entre les partenaires." (p.14). De plus, le langage, lorsqu'il est utilisé comme étant le code de la communication, chaque interlocuteur est "[...] conditionné par un système de références ou de référentiels liés à sa personnalité et à sa culture." (p.14). Ainsi, le sociologue pose ici le fait que notre communication est influencée par notre culture.

Pour Pierre Lebel (1995), "La finalité de la communication est majoritairement [...] de contribuer à restaurer la santé." (p.14), il affirme la communication comme essentielle au processus de soin, au rétablissement du patient et ajoute "La qualité de la communication conditionne celle de toutes les prestations contribuant à garantir la santé." (p.13). Autrement dit, le soignant aura beau parler autant qu'il peut avec le patient, s'il ne le cible pas, s'il n'adapte pas sa communication au patient, le reste de sa prise en soin pourra être mise à mal.

Plusieurs voies de communications existent, Pierre Lebel (1995) évoque les sens comme base de la communication, et l'ouïe comme celui le plus répandu, grâce à l'utilisation de la voix et des mots (p.25). Cependant, l'auteur prévient "Il faut rester prudent avec le langage verbal parce qu'il [...] peut semer beaucoup d'ambiguïtés." (p.26). En effet, l'exemple d'un mot avec plusieurs sens peut être employé par le soignant avec tel sens, mais compris par son interlocuteur comme ayant tel autre sens. L'auteur Lebel (1995) explique également que "Ce n'est pas seulement en parlant que l'infirmière communique de manière auditive [...] Tous les bruits sont autant d'éléments de communication ou d'informations auxquels elle est attentive." (p.26). C'est ainsi qu'en dehors du langage, la communication de l'infirmière se fait également par l'écoute : du patient, des bruits de son environnement, des signaux sonores, ... De même, la communication visuelle est également importante dans le travail du soignant comme l'explique Lebel (1995): "Un sourire de paix ou une grimace de souffrance sont des éléments de communication.". L'observation du patient par le soignant lui permet d'en apprendre plus sur son patient, de mieux le connaître pour mieux personnaliser son soin. Grâce au sens kinesthésique, l'infirmier peut également communiquer avec le patient: "Il y a des contextes de soins infirmiers où le toucher est langage." (Lebel, 1995, p.28). Lebel (1995) conclut son chapitre sur les différentes voies de communication ainsi : "La communication, fondement de l'activité infirmière, doit être comprise et maîtrisée dans toutes les voies de sa manifestation." (p.31)



#### 2.1.4.: Communication dans la relation soignant-soigné :

La communication dans le domaine du soin apparaît comme essentielle pour les auteurs. Cette notion intervient donc dans la relation soignant/soigné :

Bioy, Bourgeois et Nègre, expliquent (2003): “Il semble en effet impossible d’apporter un soin sans parler ni échanger avec le patient [...]”, (p.42). Ainsi, la communication est posée par ces auteurs comme une clé pour la relation soignant/soigné. Ils ajoutent ensuite : “Dans cette relation, les capacités de communication du soignant améliorent la satisfaction du patient, [...]” (p.43). En effet, le patient, potentiellement fragilisé s’il est amené à faire appel à un service de soin, a besoin d’être mis en confiance. L’approche relationnelle et communicationnelle du patient prend donc tout son sens dans la mise en confiance du patient.

##### 2.1.4.a): Facteurs favorisant de communication :

Tout d’abord, lors d’une communication entre deux personnes, on sait que “seulement 10% de l’information passe par le canal de la parole”, le reste des éléments à transmettre à quelqu’un passerait par notre paralangage (Samson, 2018). Cela signifie que le langage servirait de façon minime dans la communication, et que la qualité de cette communication se ferait majoritairement grâce à la communication non verbale, d’où l’importance de l’écoute, de l’observation, l’utilisation de ses différents sens dans la communication, une implication spontanée et volontaire des individus communiquant entre eux.

##### 2.1.4.b): Difficultés de communication :

Lors d’une relation de communication, certains paramètres peuvent faire obstacle à ce processus. Dans le cours de Géraldine Samson (2018), il est évoqué plusieurs catégories de difficultés à la communication : difficultés liées au codage ou décodage, difficultés physiques, ....

Par exemple, “L’émetteur peut choisir un mode de communication inadapté, un vocabulaire inapproprié.” (Samson, 2018). Ainsi, lors de l’échange entre un soignant et un patient, si le soignant se contente de l’utilisation du vocabulaire médical et scientifique, sans expliquer plus simplement ses propos, alors le patient risquera de ne pas forcément comprendre le discours du soignant. Géraldine Samson évoque aussi la différence de langage comme une difficulté à la communication.

Dans les difficultés physiques, on retrouve pour l'émetteur un problème de bégaiement, le fait de ne pas parler assez fort. Du côté du récepteur, cela pourrait être un problème d'aphonie, de surdité, d'hypoacousie. "Parfois, l'expérience ou les croyances, l'éducation ou la culture peuvent altérer la compréhension du message." (Samson, 2018), ces paramètres sont donc également sources de difficultés de communication, tout comme le bruit, les parasites, des émotions trop intenses, ....

#### 2.1.4.c): 2 langues: incompréhension culturelle ?

A présent, je vais évoquer la question de la différence culturelle, parce qu'en effet, lorsque le soignant entre en relation avec un patient qui ne parle pas la même langue que lui, il est fort probable que ces deux personnes n'aient pas la même culture. Or, cette différence de culture peut être source d'incompréhensions mutuelles.

Dans son article, Thierry Baubet (2012) indique que la culture du patient doit être prise en compte dans le soin, puisqu'elle influe sur le comportement du patient, et nous est donc nécessaire pour le comprendre. De ce fait, certaines attitudes du patient, pourraient être considérées par le soignant comme des symptômes, et donc l'alerter, alors qu'elles prennent tout leur sens une fois remises dans le contexte culturel. L'auteur évoque "Les situations de transe ou de possession", où "Les symptômes sont spectaculaires [...] mais la signification peut être tout à fait bénigne." (p.24). Arrive alors parfois l'intérêt de se renseigner auprès de "l'entourage familial, voire à des "informateurs" au sens anthropologique [...]" (p.25), pour permettre de distinguer une simple expression culturelle d'un comportement pathologique.

De son côté, Lisa Djadaoudjee (2013) donne l'exemple des mimes, des gestes employés par le soignant pour essayer d'entrer en communication avec un patient non francophone, qui peuvent être interprétés différemment par les deux interlocuteurs. "Sans les mots du patient attestant de la bonne compréhension du message, il est difficile de juger ce qu'il a compris." (p.37). Ainsi, de même qu'une langue est propre à une culture, un langage non verbal pourra être différent selon la culture d'origine de la personne. Donc si deux interlocuteurs ne peuvent pas communiquer verbalement parce qu'ils n'ont pas les mêmes codes, il apparaît compliqué que ces deux personnes arrivent à se comprendre uniquement grâce au non verbal des mimes, étant donné qu'un geste peut vouloir dire quelque chose pour une culture, et autre chose dans une autre culture.

Dans la relation avec un patient, la communication apparaît comme un élément clé du prendre soin. Avec un patient qui ne parle pas la même langue, il en est de même. C'est pourquoi, je vais à présent développer la notion de prendre soin.

## 2.2.: Le prendre soin :

### 2.2.1.: Définition générale :

Tout d'abord, le concept du "prendre soin", se décompose en deux mots distincts : "soin" et "prendre". Avant tout, je vais me baser sur la signification du mot soin, défini comme étant "un acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un". Dans le domaine de la santé, on pourrait donc relier la définition du soin avec celle donnée par l'OMS sur la santé : "État de complet bien-être physique, mental, et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.". Ainsi, le soin serait donc une manière de veiller à la santé de quelqu'un puisque l'élément visé par le soin est le bien-être de la personne, et que le bien-être total d'une personne constitue sa santé. Quant au prendre soin, il est défini comme étant le fait d' "[...]avoir soin de quelqu'un, [...], pourvoir à son salut, à ses besoins, à ses nécessités, à sa fortune" (Soin, s. d.).

### 2.2.2.: Le prendre soin selon Walter Hesbeen :

Walter Hesbeen (1997, p.7), définit le soin comme étant "[...] le fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose, pour s'occuper de son bien-être[...]". Tandis que pour lui, le "[...] "prendre soin" désigne cette 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" (Hesbeen, 1997, p.8). Cette définition qu'il nous donne ramène au caractère personnalisé que les soignants apportent en fonction de chaque patient, que l'intention du soin se veut unique, adaptée à tel ou tel patient.

### 2.2.3.: Le prendre soin selon Marie-Françoise Collière :

Marie-Françoise Collière, (1996, p.70), nous donne d'abord sa définition du soin : "Soigner se situe au carrefour de ce qui fait vivre et de ce qui fait mourir, de ce qui permet de vivre et de ce qui compromet la vie." Le soin s'articule autour de la vie, et vise un équilibre pour la personne. Pour le prendre soin : "[...] pourvoir à ce qui est indispensable pour que la vie continue [...]", ainsi, ressort ici le fait que le prendre soin est propre à chacun, étant donné que chaque personne a des priorités différentes dans sa vie. Donc pourvoir à ce qui est indispensable pour que la vie de quelqu'un continue est pourvoir à ce qui est indispensable pour lui-même et non pour ce que l'on pense indispensable, ou ce qu'autrui pense

indispensable. Aussi, elle ajoute : “[...] ce n’est pas autour de la maladie que se sont développés les pratiques de soins, mais autour de tout ce qui permet de survivre [...]”. Selon Marie-Françoise Collière, le prendre soin vise la continuité de la vie, grâce à la réponse aux besoins propres de chacun.

#### 2.2.4.: Critères de qualité du prendre soin :

A présent, nous pourrions nous intéresser à la vision propre des patients eux-mêmes, puisque ce sont les premiers concernés par la qualité du prendre soin. Ainsi, Walter Hesbeen (1997, p.52), évoque une étude réalisée par l’Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, publiée en 1996, concernant “Les attentes exprimées par la population” sur les notions importantes dans l’exercice du prendre soin infirmier. Ainsi, les usagers du système de santé québécois ont évoqué des critères rassemblés en trois catégories générales : “communication”, “habiletés et connaissances techniques”, et “attitudes et comportements.”. Si on analyse cette étude, on remarque que la partie concernant les habiletés et les connaissances techniques est beaucoup plus réduite au niveau des attentes des patients. Cela signifierait que les patients sont plus attachés aux compétences communicationnelles et relationnelles qu’aux compétences techniques des infirmiers, et affirmerait donc la communication comme élément phare dans la qualité des soins, du point de vue des patients en tout cas.

#### 2.2.4.a): Prendre soin d’un patient allophone :

Prendre en soin signifie connaître le patient pour ajuster le soin, comme nous l’avons vu dans la définition de ce concept. Or, lorsqu’un soignant prend en soin un patient qui ne parle pas la même langue que lui, cela signifie que ce patient est potentiellement d’une culture différente. Alors, le soignant, pour connaître le patient, peut apprendre à connaître sa culture. C’est ce postulat qui est véhiculé dans l’article de Lisa Djadaoudjee (2013). En effet, elle aborde la question de l’investigation de la culture du patient auprès de lui-même, mais également de ses proches : “Lorsqu’il s’agit d’un membre de la famille, nous pouvons approfondir notre connaissance de la personne soignée et de sa culture [...]” (p.38). Le soignant peut tout à fait rechercher des notions, des connaissances sur la culture de son patient: “[...] il peut être intéressant d’utiliser également d’autres canaux d’information sur sa culture, son pays d’origine.” (p.39). Aujourd’hui, les médias d’information étant nombreux, cela permet aux soignants de pouvoir s’informer facilement sur d’autres cultures, même lointaines.

#### 2.2.4.b): La question de l'interprétariat :

Dans le référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques de l'HAS intitulé "Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé", l'interprétariat linguistique est défini comme "[...] fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction." (p.10); autrement dit, l'interprète médical est l'intermédiaire entre patients et professionnels de santé, afin de leur permettre d'entrer en relation. Aussi, dans la "Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France" (UNAF, 2012), l'interprétariat est au service des deux populations que sont les soignants et les patients allophones. Par cet appui aux patients allophones, l'interprétariat leur permet de comprendre leur situation et de décider d'autoriser ou non des soins, d'être acteurs dans leur parcours de soins. L'interprétariat apporte ainsi aux soignants "[...] les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions." (Annexe, p.1) auprès de patients impliqués, comprenant leur situation de santé, et en capacité de donner ou non leur consentement.

A ces personnes, l'interprétariat apporte : "[...] les moyens d'expressions afin qu'elles puissent se poser en sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins." (annexe, p.1); ici, la charte fait référence au "[...] droit à l'information, au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée [...]" comme le rappelle le référentiel de l'HAS (HAS, 2017, p.6).

Par ailleurs, l'interprétariat dans un contexte de soin, permet, en plus d'entrer en communication avec le patient, d'apprendre à mieux le connaître.

D'après l'article de Thierry Baubet (2012), cet outil permet au soignant de fiabiliser l'évaluation clinique. "Idéalement, l'évaluation doit permettre au clinicien comme au patient d'utiliser leur langue maternelle et nécessite la collaboration d'un interprète." (p.25). C'est à dire que pour que le médecin puisse questionner, expliquer et investiguer les symptômes auprès du patient, et que celui-ci soit en mesure de lui apporter des réponses précises, compléter, de décrire son état, il faudrait que chacun s'exprime avec son propre langage. Or, cela engendrerait la barrière de la langue, et donc une rupture de communication. D'où l'importance pour l'auteur, d'impliquer un interprète dans la prise en soin du patient, permettant de faire le pont entre les deux langues.

Lisa Djadaoudjee (2013), elle, affirme que l'interprétariat est bénéfique dans le soin au patient non francophone : "[...] il semble important de faire appel à eux le plus souvent possible avec l'accord du soigné" (p.38). Cependant, elle pose quelques conditions au recours à cet outil de soin pour qu'il soit efficace : "[...] il faut s'assurer de l'instauration d'un réel climat de confiance pour ne pas biaiser les échanges [...]" (p.38). En effet, si la relation

de confiance entre patient et soignant n'est pas solide à la base, y introduire un troisième interlocuteur non connu ne ferait que fragiliser encore plus la relation de soin, et donc mettre en échec le dispositif d'interprétariat. Aussi, Lisa Djadaoudjee avance le fait que le soignant doit cibler ses questions, afin d'obtenir des informations pertinentes, éviter que l'intervention de l'interprète ne serve seulement qu'à faire parler le patient. L'entretien doit donc être préparé en amont.

Néanmoins, l'auteur émet une réserve face à l'interprétariat, puisqu'un tel dispositif ne peut être mis en place pendant toute la durée d'hospitalisation d'un patient non francophone: " [...] il paraît illusoire d'avoir constamment au lit du patient un interprète nous permettant de communiquer avec lui." (p.38). Ainsi, le soignant peut s'appuyer ponctuellement sur l'interprète pour communiquer de façon plus assurée avec le patient, mais il ne devra pas se contenter de cela, et s'impliquer à nouveau dans la communication avec son patient au départ de l'interprète, trouver d'autres médias de communication, d'autres techniques, dont la recherche de la connaissance culturelle du patient.

### 3.: L'exploration empirique :

#### 3.1.: Organisation des entretiens :

Lors de mon stage de S6-1 dans un service d'urgence, je prévois les entretiens MIRSI. J'aimerais m'entretenir avec des infirmiers ayant exercé depuis au moins 4 ans, ou 2 ans aux urgences, pour maximiser les chances qu'ils aient rencontré des patients ne parlant pas français au cours de leur exercice. Je pose une durée plus courte pour un exercice aux urgences du fait de la durée de prise en charge relativement courte, permettant de voir plus de patients que dans un service autre, donc plus de possibilités pour les infirmiers d'avoir rencontré des patients étrangers. Aussi, les urgences sont le premier interlocuteur des patients ne parlant pas français (touristes, voyageurs d'affaires, ou migrant), étant donné qu'ils n'ont pas de référents médicaux (médecin traitant) sur place en cas de problème de santé. De plus, l'hôpital où se déroule mon stage étant un hôpital de montagne, les soignants y travaillant ont l'habitude de prendre en soin des touristes étrangers venus en vacances au ski. Afin d'avoir un support de travail pour analyser mon entretien, je prévois l'enregistrement de l'entretien avec le dictaphone de mon téléphone.

#### 3.2.: Objectifs des entretiens :

→ Échanger avec des professionnels ayant pris en soin des patients allophones :

- Le ressenti du soignant face à la barrière de la langue
- L'impact de la barrière de la langue sur la qualité du prendre soin

- Les techniques et connaissances utilisées au cours de ces situations

### 3.3.: Réalisation des entretiens :

Je prévoyais de proposer deux entretiens dans un endroit tranquille autour d'un café en ville, pour permettre aux soignants interrogés de se sentir détendus et avoir l'esprit libre de leur travail. Cependant, la plage horaire de travail des IDE dans ce service étant de 12h, et l'architecture montagneuse des environs ne permettant pas des déplacements rapides, j'ai décidé de réaliser les entretiens au sein de l'hôpital, pour éviter aux soignants d'être contraints de revenir dans la vallée seulement pour un entretien.

J'ai donc affiché dans la salle détente un mot annonçant mes entretiens, et deux infirmières expérimentées se sont inscrites (lors d'une nuit pour l'une, diplômée depuis 25 ans, et pendant une journée de 12h pour l'autre IDE, diplômée depuis 18 ans).

Les difficultés rencontrées lors de ces entretiens ont donc été de ne pas pouvoir couper de l'activité du service étant donné que nous faisons ces entretiens sur le temps de travail des infirmières. Le fait de réaliser un entretien la nuit a peut être diminué la qualité des échanges, après douze heures sans pause, la concentration n'était pas la même. Pour l'autre entretien, nous avons été interrompues à plusieurs reprises par le personnel qui venait en pause. Aussi, du fait qu'il s'agissait d'une journée, je pense ne pas avoir autant approfondi les réponses de l'infirmière autant en lui posant des questions complémentaires, par peur de trop l'accaparer sur son temps de travail et laisser les autres infirmières trop longtemps sans aide.

Cependant, je pense avoir pu m'entretenir avec des infirmières expérimentées, donc avec la connaissance de la prise en soin d'un patient allophone, permettant des entretiens riches d'apprentissages et de connaissances. De plus, ce service des urgences étant confronté au tourisme exactement au moment des entretiens (saison hivernale), et à une communauté portugaise résidente croissante, le contexte était propice à la prise en soin de patients ne parlant pas la même langue, ce qui a permis aux infirmières d'être en situation, et de les faire penser à des situations récentes. De plus, j'ai réalisé ces entretiens sur ma dernière semaine de stage, je connaissais donc les infirmières interrogées et me sentais à l'aise.

### 4.: Analyse des entretiens :

Tout d'abord, les deux infirmières interrogées étaient diplômées depuis plus de 15 ans, un gage d'expérience, et potentiellement de nombreuses rencontres avec des patients allophones. Elles travaillent toutes les deux aux urgences depuis au moins 3 ans, dans un

hôpital de montagne, proche de plusieurs stations de ski. En période d'hiver, elles sont donc confrontées tous les jours aux touristes étrangers, en plus des patients qui habitent là-bas et ne parlent pas forcément français (communauté portugaise). Ces deux infirmières ont donc la pratique de la prise en soin des patients qui ne parlent pas la même langue qu'elles.

#### 4.1.: Le prendre soin selon deux infirmières des urgences :

Lorsque j'ai demandé aux deux infirmières leur définition concrète du prendre soin, les réponses n'ont pas été similaires. L'une aborde les étapes et les composantes du prendre soin : "Accueillir, entendre, soigner, laisser repartir.". Tandis que l'autre infirmière voit plutôt ce concept en globalité, et dans son contexte : "Prendre en charge un patient qui présente un problème de santé à l'instant T.". Les sens qu'elles donnent au prendre soin se rejoignent malgré tout avec le lieu d'exercice des deux soignantes. Travaillant aux urgences, elles abordent ce concept du prendre soin tel qu'elles le pratiquent au quotidien dans leur métier, dans une relation de soin ponctuelle : le patient arrive et est en demande de soins parce qu'il se trouve en souffrance au moment où il vient ; leur travail est donc de le prendre en soin momentanément, pour lui permettre de le "laisser repartir" après avoir solutionné ce problème de santé ponctuel.

Par rapport aux critères de qualité du prendre soin, chacune a des mots différents pour les expliciter mais le sens qu'elles y donnent se rejoignent. L'une évoque le fait "d'être disponible dans tous les sens du terme. En temps [...] dans la tête et dans le savoir faire", tandis que l'autre évoque "l'écoute, la communication". Cependant, pour écouter et communiquer, il faut être disponible en temps et dans sa tête afin d'accueillir et d'entendre le patient convenablement et précisément ici, qualitativement. Enfin, l'un des critères qu'elles évoquent toutes les deux est la nécessité de la qualité du côté des soins techniques prodigués.

Lorsque les infirmières parlent des éléments clés du prendre soin d'un patient qui ne parle pas la même langue, pour l'une d'elles, ce sont les mêmes que le prendre soin en général. Pour l'autre professionnelle par contre, on observe de légères différences dans les mots qu'elle emploie. Elle ajoute le fait de "faire comprendre" au patient, et "pouvoir rassurer". Ces deux éléments supplémentaires s'expliquent peut être par le fait que lorsqu'un patient est en demande de soins, cela signifie qu'il est inquiet pour sa santé, il sent qu'il y a quelque chose d'inhabituel. Dans un pays où les gens ne parlent pas la même langue que lui, cela peut être un facteur aggravant l'inquiétude, d'où le fait de "pouvoir rassurer" le patient, encore plus que s'il parlait la même langue.



#### 4.2.: La communication selon deux infirmières des urgences :

Par rapport à l'importance que les infirmières accordent à la communication, le critère de l'augmentation de la charge de travail impacte selon elles leur rapport à la communication : “[...] ça se perd un peu avec le temps,[...] je pense prendre moins [...] le temps de communication que j’aie pu avoir en service ou ailleurs.”. Cependant, la communication reste un rôle majeur dans le métier d'infirmière, qui permet une compréhension globale du patient “[...] tu fais tout quoi”, c’est à dire que la communication permet d’entendre, de comprendre, et de se faire comprendre auprès du patient. De même, la communication permet d’entendre des éléments au delà des paroles : “entendre qu’il hurle, pas parce qu’il a mal mais qu’il a peur”; voir des détails importants pour les diagnostics infirmiers par exemple: “la communication, [...] c’est pas que le verbal”.

L'une des soignantes reconnaît que la communication non verbale dans la prise en soin d'un patient allophone prend d'autant plus de place, vu que la communication verbale est compliquée, voire parfois impossible.

Ainsi, la communication apparaît comme essentielle au travail infirmier.

#### 4.3.: La barrière de la langue :

##### 4.3.a): Eléments facilitateurs dans la communication :

Selon les infirmières avec lesquelles je me suis entretenue, parler Anglais est une aide précieuse pour prendre en soin un patient allophone. L'expérience leur a permis de l'apprendre, de pairs étrangers (Danois, Suédois, ...) et à force de pratiquer, de répétition, de même qu'essayer de parler anglais malgré les fautes: “Je parlote l’anglais [...]”. La deuxième infirmière reconnaît que les cours d'anglais instaurés dans le nouveau diplôme viennent compléter, enrichir, le niveau BAC, certes utile à la communication, mais non aidants dans la communication soignante, médicale.

##### 4.3.b): Difficultés :

Les deux professionnelles recensent différentes difficultés engendrées par la barrière de la langue. Tout d'abord, le fait d'essayer d'apprendre à communiquer dans de nouvelles langues étrangères, pour essayer d'être plus à l'aise dans le prendre en soin des patients allophones.

Ensuite, elles abordent le fait qu'aux urgences, les difficultés ne sont pas les mêmes en fonction du poste occupé. A l'IAO, la difficulté est de comprendre la raison qui amène le patient à consulter, de lui attribuer le code de tri adapté sans passer à côté d'une parole, d'un symptôme grave. Pour les IDE en soin cette fois, la difficulté est d'expliquer au patient :

lui expliquer la situation, lui expliquer les soins et les examens qu'on va lui faire, ce que ça va lui faire, et pourquoi on les lui fait. La réassurance apparaît également compliquée, voire impossible : "il a peur, tu peux rien lui dire", "pour rassurer, tu peux pas rassurer, c'est super dur".

Aux urgences, les patients peuvent faire appel à des accompagnateurs-traducteurs, ou les soignants à des traducteurs professionnels. La première professionnelle explique ne pas se sentir forcément à l'aise avec ça, par peur que le patient n'ose pas dire quelque chose qui le gêne à son ami, ou que le traducteur n'utilise pas le mot juste, et dénature la parole du patient.

Par ailleurs, un autre paramètre entre en compte et peut entraver la communication : la réciprocité. C'est à dire que selon elles, il ne suffit pas que l'infirmière soit dans une démarche de compréhension, qu'elle aille vers le patient ; il faut aussi que le patient veuille entrer en communication, se rende disponible et compréhensif quand l'infirmière n'arrive pas à saisir toutes les informations d'un anglophone qui parle trop vite par exemple.

En parlant d'une situation marquante concrète autour de la barrière de la langue, l'infirmière évoque la naissance d'un malentendu après qu'elle ait utilisé des onomatopées pour essayer de communiquer avec le patient. Sur le moment, l'effet produit a paniqué le patient qui comprenait cette interjection dans sa langue, avec un sens grivois, expliquant le fait que le patient se soit retrouvé choqué et inquiet, alors même que l'infirmière produisait ce son pour essayer de le comprendre justement et de savoir la raison pour laquelle il venait. L'infirmière évoque le sentiment d'impuissance face à l'incompréhension du mal-être évident du patient.

#### 4.3.c): Adaptations infirmières face à la barrière de la langue :

Lorsqu'elles se trouvent en difficulté, les infirmières évoquent le recours à l'Anglais comme un réflexe. Réflexe parfois inadapté parce que sans faire exprès, lorsqu'elles reçoivent un patient qui ne parle pas français, elles basculent leur langage en Anglais mais ce n'est pas toujours mieux compris par le patient justement.

Lorsque le patient ne parle ni Anglais ni Français, une des soignantes dit utiliser les gestes, les onomatopées, le fait de montrer les zones du corps, de faire des mimiques. Elle insiste sur le non verbal à plusieurs reprises : les gestes, les mimes et les sons, montrer. En dernier recours, quand la communication est vraiment compliquée, elle a recours au dessin pour expliquer au patient.

Souvent, les professionnelles affirment que les patients viennent accompagnés, ou arrivent à avoir, au téléphone, une personne de leur entourage qui traduira. L'hôpital peut

également avoir recours à des traducteurs professionnels mais les deux infirmières interrogées ne l'ont jamais utilisé pour l'instant.

Aussi, peut-être pour combler le fait de ne pas pouvoir communiquer par les mots, l'une des infirmières avoue adopter une proxémie différente avec les patients qui ne parlent pas la même langue. Elle dit être plus proche d'eux en les touchant, pour essayer de les rassurer, et en utilisant le regard.

#### 4.3.d): Impact de la barrière de la langue dans le soin :

L'une des infirmières évoque le fait de ne pas se sentir capable de rassurer le patient, de ne pas pouvoir détourner l'attention du patient du soin en discutant avec lui par exemple. Elle affirme même: "[...] il manque je dirai, les  $\frac{3}{4}$  du soin [...]". C'est à dire que sans pouvoir expliquer les soins qu'elle va faire au patient, sans donner des informations simples qui peuvent paraître évidentes pour nous, infirmières, qui connaissons les soins, mais pas forcément pour un patient jamais venu à l'hôpital, (comme le fait qu'après la pose du cathéter, il n'y a plus d'aiguille dans le bras du patient), elle pense son soin comme réalisé de façon incomplète. De plus, elle évoque la prise en soin des patients venant pour un motif psychique, "je pense que là, ça serait un peu ma partie échec du travail". Elle ne se sent pas capable, sans comprendre le contexte de vie du patient, le motif qui le fait aller mal, de le prendre en soin. Elle fait également le lien entre les techniques utilisées parfois (GoogleTrad), et explique qu'elles ne sont pas toujours pertinentes pour ce genre de prise en soin. Autrement dit une application de traduction ne peut pas traduire des propos de réassurance, et ne peut pas apaiser, rassurer, écouter, le patient comme si c'était réellement le soignant qui parlait.

Les deux infirmières affirment également la crainte de passer à côté d'informations importantes pour le patient, au risque de le mettre en danger.

#### 4.3.e): Les langues étrangères, au service du soin ? :

Face au fait de parler Anglais, voire plusieurs langues étrangères, lorsqu'on est infirmière, les deux soignantes tombent d'accord pour dire que "Bien sûr, ça serait utile [...]".

L'infirmière reconnaît en illustrant d'une situation de soin l'utilité des langues étrangères: "[...] on avait une collègue qui parlait le patois [...] les personnes Alzheimer elles comprenaient le patois, [...] Le fait de parler la même langue, une langue de leur enfance, c'était hyper apaisant."

#### 4.3.f): La place de la culture :

A propos de la culture souvent différente de celle du soignant lorsque le patient est allophone, les infirmières assurent que “[...] la langue n’est pas une barrière culturelle.”. C’est à dire que la culture peut tout à fait intervenir dans le soin. Cependant, elles s’accordent pour dire que lorsque la culture induit un refus de soin de la part du patient, ou des aménagements trop compliqués, voire impossible à mettre en place ou à apporter, cela leur pose problème et les dérange : “Le problème c’est le refus de soins par rapport à leur culture.”, et “[...] ça ne me pose aucun problème tant que ça m’empêche pas de faire mes soins.”.

## 5.: Discussion :

A présent, je vais élaborer des liens entre la question de départ, ma réflexion personnelle et le cadre conceptuel. La question de départ étant la suivante : En quoi la barrière de la langue entre le soignant et le patient influence-t-elle la qualité du prendre soin?

Globalement, en réponse à ma question de départ, selon les infirmières interrogées, la barrière de langue complique la prise en soin du patient. Le mot “complique” décrit bien leur ressenti puisqu’il revient à plusieurs reprises au cours des entretiens. Dans une situation où la langue fait obstacle, elles se sentent moins à l’aise, moins en sécurité, avec la peur de passer à côté d’un élément clé pour la prise en charge médicale du patient.

Je suis en accord avec ce ressenti, que j’ai pu expérimenter lors des situations d’appel, et en stage aux urgences justement. En effet, l’absence de langage commun crée un fossé entre le soignant et le patient. Fossé qui induit un manque d’informations nécessaires à la prise en soin, particulièrement aux urgences lors de l’entretien d’accueil. Le patient a-t-il des antécédents médicaux? des traitements quotidiens? des allergies? Une nuit pendant mon stage aux urgences, un patient portugais avec des difficultés respiratoires arrive ; Il ne parle ni français ni anglais, et n’est donc pas en capacité de nous expliquer la raison de sa venue. Seule l’observation clinique nous a permis de déceler les difficultés respiratoires en question, l’augmentation de la fréquence respiratoire, ...

Ce type de prise en soin est également rendu complexe, étant donné qu’on ne peut pas forcément agir de la même manière. L’infirmière évoque le fait de ne pas pouvoir rassurer, expliquer au patient. Elle parle même d’“échec professionnel” dans le cadre de la prise en soin d’un patient venant pour un motif psychologique.

Je suis du même avis qu’elle, c’est à dire que je ne me sens pas en capacité de prendre en soin dans sa globalité un patient qui ne parle pas la même langue que moi. Je ne peux pas entrer en relation d’aide avec lui : par exemple, trouver des paroles de réassurance, le faire verbaliser, j’ai peur d’utiliser un mot mal adapté et que le patient

l'interprète de la mauvaise manière. Selon moi, la barrière de la langue est une sorte d'entrave à la relation d'aide dans une telle situation de soin.

Pour pallier aux difficultés de communication avec un patient qui ne parle pas la même langue qu'elles, les infirmières sont conscientes des aménagements, des aides à leur disposition pour conserver le lien avec le patient. Elles abordent le recours à l'interprétariat notamment, mais qu'elles n'ont jamais eu l'occasion d'expérimenter. Dans mes lectures, les auteurs évoquent également le recours à l'interprétariat, justement comme sécurité dans la prise en soin du patient, permettant à soignant et patient de se donner réciproquement toutes les informations nécessaires à une situation de soins.

De mon côté, je pense également que j'aurai des réticences à faire appel à un interprète. J'aurais peur de fragiliser encore plus la relation soignant/soigné, en faisant intervenir une troisième personne qui ne serait pas présente en permanence pour permettre la communication. Je pense malgré tout que c'est une précieuse solution et qu'il faut la mettre en place au maximum, comme le dit Lisa Djadaoudjee. L'une des infirmières craignait aussi la dénaturation des propos du patient dans la traduction de l'interprète. Cependant, les interprètes médicaux sont formés, et savent utiliser justement le vocabulaire qui se rapproche au mieux des propos du patient et du soignant, "[...] l'interprète médical [...] retranscrit avec justesse - autant que possible - les nuances, les traits d'humour, les émotions, ..." (UNAF, 2012, p.12).

A la suite des entretiens, un autre impact de la barrière de la langue apparaît : le fait que les soignants aient un plus grand recours à la communication non verbale. L'une des infirmières insiste sur ce constat, qui lui permet de s'investir auprès des patients allophones sans forcément leur parler anglais, en leur permettant de se faire comprendre, de comprendre, et d'être compris grâce à un autre canal. Lisa Djadaoudjee évoquait cet autre biais de communication dans son article, et moi-même, je me suis aperçue que j'utilisais encore plus la communication non verbale avec un patient qui ne parle pas français.

En effet, j'ai remarqué parler plus avec les mains, faire plus de gestes pour montrer, peut-être pour remplacer les explications de mes soins que j'aurais données à un patient francophone par exemple. D'autre part, le modèle de communication évoqué dans mon cadre théorique affirme que les informations sont transmises seulement à hauteur de 10% par la communication verbale. Ainsi, avec un patient allophone, si 10% de la communication n'est pas accessible (communication verbale), il reste les 90% autres, ce qui prouve qu'une communication peut malgré tout être établie.

La barrière de la langue impose souvent d'utiliser l'anglais. Mais soignants et patients ne sont pas forcément à l'aise: ils le "parlotent" comme le disait l'infirmière. Les deux

professionnelles ont insisté sur la nécessité de parler au moins l'anglais sinon plus. D'autant plus en fonction du poste occupé lorsqu'on est infirmière : type de service, situation géographique de l'hôpital, type de population reçue, ...

Pour ma part, je suis également convaincue de l'importance des langues étrangères et du plus qu'elles nous apportent dans notre pratique. Notamment l'anglais, langue universelle, qui permet de s'adapter à beaucoup de patients ne parlant pas français. Etre à l'aise en Anglais m'a beaucoup aidée lors de mon stage aux urgences, cela m'a permis de prendre en soin les différents patients non francophones consultant aux urgences, et parfois d'être une ressource pour mes collègues. Qu'en est-il de ces promotions qui ont validé leur diplôme avec la formation supplémentaire d'anglais depuis le nouveau diplôme de 2012? Est-ce un plus dans leur exercice? La formation dispensée actuellement est-elle adaptée pour être opérationnel auprès des patients?

Un autre constat face à la barrière de la langue est fait par les infirmières : les patients se montrent reconnaissants lorsqu'on essaie de leur parler dans une langue qu'ils connaissent (souvent les Anglais). Peut-être par le fait de faire un pas vers le patient en changeant de "canal" de communication, lui fait un pas vers nous pour se montrer plus ouvert.

Je pense que cette implication du soignant est plus que nécessaire, et pas seulement pour les patients allophones : le soignant doit se montrer ouvert, impliqué et disponible dans la communication avec le patient. En effet, le patient est "reconnaisant" lorsque le soignant essaie de communiquer dans sa langue, plus ouvert, plus apaisé, et donc plus compréhensif par la suite (s'il y a de l'attente, si on n'a pas toutes les informations, si on les fait patienter, ...). L'implication du soignant permet de "faciliter" la suite de la prise en soin. Les patients sentent quelque chose qui leur rappelle d'où ils viennent en quelque sorte, et dans un lieu hostile tel que l'hôpital, cela les apaise. J'ai pu remarquer cette ouverture de la part des patients lorsque j'essayais de leur parler en anglais pour leur permettre de mieux comprendre et de se faire comprendre.

Lors de mes entretiens, ma dernière question évoquait la barrière culturelle qui accompagne souvent la barrière linguistique. En effet, de mon point de vue, lorsque quelqu'un parle une langue différente de la nôtre, nous sommes la plupart du temps issus de cultures différentes (l'inverse n'étant pas vrai). Je me demandais donc comment globalement on pouvait assurer la même qualité des soins à une personne qui ne parle pas la même langue ni la même culture que nous. Avec cette interrogation, les infirmières ont fait ressortir une notion régulièrement présente dans des situations de soin avec des personnes culturellement différentes : le refus de soins. Les infirmières interrogées étaient d'accord sur

le fait qu'elles acceptaient la culture du patient. Cependant, lorsque le soin, les modalités du soin, ou les traitements proposés sont en désaccord avec sa culture et amenaient leur patient au refus de soin, les professionnelles acceptaient plus difficilement cette différence culturelle. De mon côté, je pense que dans le soin, nous devons prendre en compte les différences culturelles entre soignant et soigné pour assurer la même qualité de soin. C'est à dire que si un patient a une demande en rapport avec sa culture, il est de notre devoir de pouvoir le respecter, tant que cela est possible et faisable (par exemple transmettre le patient à un collègue homme s'il préfère recevoir les soins de la part d'un homme). S'adapter à la culture du patient, c'est s'adapter à lui, et faire un pas vers lui, pour lui montrer notre implication, pour apprendre à le connaître, d'où l'importance de pouvoir accéder aux demandes culturelles des patients lorsqu'on le peut.

Cependant, si ces demandes mettent la vie du patient en danger, retardent sa prise en soin, ou impactent la qualité de celle-ci, le mieux est peut-être de discuter avec lui pour lui expliquer les conséquences, et voir si d'autres adaptations sont possibles. Si malgré tout il maintient sa demande et que nous ne sommes pas en mesure d'y accéder, d'en savoir l'incidence, d'avoir un consentement libre et éclairé en quelque sorte.

De plus, je pense qu'en tant que soignant, le refus de soin est souvent source de questionnements et d'incompréhension. En effet, lorsqu'un soin est proposé au patient, il est à destination de sa santé, de son bien-être, mais d'une vision soignante ou médicale. Pour les patients, certains soins ou traitements sont en désaccord avec leur culture, leurs croyances, leur vision des choses, alors que cette culture ou ces croyances justement, leur apportent un réconfort, un soutien, dans leurs décisions et dans leurs actions. Refuser un traitement ou un soin sera peut-être "mauvais" pour leur santé de notre point de vue, mais cela leur permettra sans doute d'être en accord, en "paix", avec leurs croyances, leur culture. Annelise Lemaitre le résume très bien par cette phrase dans son article "Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent": "Il est important de ne pas projeter sur nos patients, résidents, nos propres désirs, nos interprétations des situations" (2015, p.99).

### 5.1.: Cheminement vers la question de recherche :

Ainsi, pour répondre à la question : "En quoi la barrière de la langue entre le soignant et le patient influence-t-elle la qualité du prendre soin?". Prendre en soin un patient allophone amène à une rencontre. C'est l'accueillir, comme tout autre patient, dans sa globalité, et s'adapter à lui. S'adapter à lui en modifiant nos modes de communication, en expliquant grâce à des gestes, en passant par un traducteur en ligne par exemple, mais surtout, parfois et même souvent, parler Anglais. Grâce à la réforme du diplôme infirmier de 2009, la

nouvelle formation nous dispense des cours d'Anglais. Pour moi, avoir des notions d'anglais est une condition sine qua non pour être infirmière. L'idéal serait de pouvoir parler la langue de chaque patient non francophone qui arrive, mais ça ne serait pas envisageable. Alors, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur ses collègues lorsqu'ils ont les connaissances linguistiques plus adaptées au patient que les nôtres. Quant au fait de savoir parler anglais, des formations complémentaires sont disponibles à la sortie du diplôme, dans le cadre de la formation continue. En effet, ce type de formation est nécessaire: même en ayant des connaissances grâce à notre propre expérience ou grâce à la formation apportée par les IFSI, les réflexes linguistiques se perdent au fur et à mesure. Il n'y a que la pratique qui permet de garder un niveau adapté. Lors de mon stage aux urgences, j'ai pu constater qu'au début, j'avais du mal à utiliser l'anglais avec les patients, particulièrement l'anglais médical. C'est au fur et à mesure de l'évolution du stage, et donc de la pratique quotidienne de l'anglais, que j'ai retrouvé de l'aisance à communiquer en anglais avec les patients. Les professionnels peuvent profiter des offres de formation continue pour entretenir leur niveau d'anglais, et ainsi être opérationnels pour prendre en soin les patients allophones. En s'engageant dans la formation continue, le professionnel s'implique également auprès des patients, pour assurer de leur apporter la meilleure qualité des soins possible.

Souvent pendant mon stage, les patients anglophones étaient rassurés lorsque j'essayais de leur parler en Anglais. Les infirmières ont également souligné au cours des entretiens, que les patients allophones étaient soulagés lorsqu'on leur parlait dans une langue qu'ils connaissaient mieux que le français. Les patients sont reconnaissants du "pas" avancé vers eux de la part du soignant. Cependant, certains patients allophones ne prêtent pas forcément attention aux efforts fournis par les soignants pour entrer en communication avec eux. L'infirmière donne l'exemple des Texans, qui malgré les efforts prodigués par les soignants pour essayer de comprendre leurs paroles, parlent vite avec un accent prononcé. Cela élargit ainsi le fossé créé par la barrière de la langue. L'infirmière, peu à l'aise avec l'anglais, essayant malgré tout de l'utiliser pour communiquer avec ses patients, se retrouve bloquée face à des patients peu compréhensifs et qui ne font pas l'effort de leur côté pour être compréhensibles. A l'inverse, j'ai vu des patients reformuler leurs phrases, utiliser des mots plus simples, montrer avec des gestes, pour eux aussi, nous faire comprendre leurs paroles, et rendre la communication accessible.

Ainsi, on voit que la communication dans le cadre de la barrière de la langue est compliquée, mais possible. Possible grâce aux aménagements de la part de chaque "émetteur". Améliorer sa communication non verbale, améliorer son anglais, améliorer sa posture, faire appel à des aides extérieures telles que les traducteurs en ligne, les



interprètes, ... Toutes ces petites choses qui font que le soignant s'adapte au patient, l'accueille malgré la barrière de la langue, et entre en communication avec lui malgré cette barrière. Venir accompagné d'un ami bilingue, montrer pour expliquer, parler plus lentement et articuler, trouver des mots simples, pour que le patient se fasse comprendre auprès du soignant.

La communication dans le cadre de la barrière de la langue est compliquée, mais on remarque qu'on peut aller au delà de cette barrière grâce aux efforts mutuels du soignant et du patient. C'est un échange entre deux émetteurs volontaires qui permet au final la communication. Le soignant, volontaire pour communiquer et comprendre son patient. Ce dernier, volontaire pour recevoir des soins, apporter les éléments nécessaires aux soignants pour la réalisation de ces soins. Ce constat m'amène ainsi à une nouvelle question de recherche : En quoi l'implication réciproque dans la prise en soin du soignant et du patient allophone tend au bon déroulement du soin?

## 6.: Conclusion :

A partir de deux situations de soin impliquant des patients qui ne parlaient pas la même langue que moi, je me suis questionnée sur l'influence de la barrière de la langue dans la relation de soin avec le patient. Ma réflexion conduit à la question de départ suivante : En quoi la barrière de la langue entre le soignant et le patient influence-t-elle la qualité du prendre soin? Cette interrogation m'a amenée, pour mieux comprendre et délimiter ce sujet, à consulter des ouvrages autour de deux grands concepts : le prendre soin et la communication. Au fil de ces différentes lectures, ma vision de ces deux concepts et du thème de la barrière de la langue dans le soin s'est approfondie et des questions pratiques ont émergé. J'ai pu poser ces questions lors de mon stage aux urgences en semestre 6. En réalisant deux entretiens semi-directifs auprès d'infirmières du service de cet hôpital de montagne, des résultats par rapport à ma question de départ sont apparus : l'importance du langage non verbal, la nécessité pour une infirmière de parler au moins anglais, l'implication du soignant dans la prise en soin, les alternatives de communication telles que l'interprétariat, ... Grâce à ces constatations, et à l'expérimentation de la prise en soin de patients allophones tout au long de mon stage, j'ai forgé ma réflexion et l'ai confrontée aux données des écrits, aux positionnements des infirmières et à quelques nouvelles lectures. J'en suis finalement arrivée à me poser de nouveaux questionnements, autour de l'implication dans la prise en soin. Une question de recherche est finalement ressortie de tout ce cheminement : En quoi l'implication réciproque dans la prise en soin du soignant et du patient allophone tend au bon déroulement du soin?

Cette recherche m'a permis d'évoluer à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, j'ai pu mener une réflexion de façon structurée du début à la fin, en suivant un guide, et je serai à même de pouvoir réitérer cet exercice plus tard pour éventuellement évoluer au niveau professionnel en passant des diplômes de spécialisation.

Ensuite, au niveau professionnel à proprement dit, cette recherche m'a permis d'observer et d'analyser de l'extérieur la relation avec un patient qui ne parle pas la même langue. Voir ce que cela implique, ce que les infirmiers mettent en place dans leurs pratiques, les difficultés que cela occasionne. La rencontre avec un patient qui ne parle pas la même langue est analogue à celle d'un patient en général : on rencontre une nouvelle personne et on doit apprendre à la connaître pendant le temps où on la prend en soin. Avec un patient allophone, il faut trouver une manière d'apprendre à le connaître malgré la barrière de la langue, et pour cela entre autres, s'impliquer encore plus dans cette rencontre.

Malgré le manque d'inspiration qui m'a parfois freinée dans l'écriture de ce mémoire, cette démarche de recherche a été très riche. Ce travail a pu être stressant, dans les échéances et dans l'incompréhension parfois de la suite à donner au travail, mais l'accompagnement de ma formatrice et le soutien des collègues de promotion ont été bénéfiques.

Cette démarche de recherche en soins infirmiers me permet d'aborder la prise en soin d'un patient allophone de manière plus sereine pour mon prochain stage, et surtout pour ma future vie professionnelle. Je sais que je peux compter sur mes notions en anglais médical, sur les nombreuses applications de traduction (dont certaines créées par des soignants), sur les collègues, les accompagnateurs et sur les interprètes médicaux.

## Bibliographie:

### Ouvrages:

- Bioy, A., Bourgeois, F., Nègre, I. (2003). Communication Soignant-Soigné. Repères et pratiques. Paris : Bréal.
- Collière, M.-F. (1996). Soigner ... Le premier art de la vie. Paris: InterEditions.
- Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson.
- Lebel, P. (1995). Communication professionnelle de l'infirmière. Vincennes: Editions hospitalières.

### Articles:

- Djadaoudjee, L. (2013). La barrière culturelle dans le soin. La revue de l'infirmière, 62(195), 37-39.
- Baubet, T. (2012). Les soins d'urgence en situation transculturelle. La revue de l'infirmière, 61(178), 24-25.

### Conférences, cours:

- Samson, G.. (2018). Théories sur la communication [Cours].

### Pages web:

- HAS, (2017). Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Repéré à: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_referentiel\\_de\\_competences....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf).
- Communication. (s. d.). Dans le dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561?q=communication#17429>.
- Soins. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>.
- Lemaitre, A. (2015). "Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent". Repéré à: <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2015-4-page-95.htm>
- Soin. (s. d.). Dans Dictionnaire Littré en ligne. Repéré à: <https://www.littre.org/definition/soin>.
- OMS, (1946). Constitution. Repéré à: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>.
- UNAF, (2012). Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. Repéré à: <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>

## Table des annexes:

Annexe I: Situation d'appel n°1

Annexe II: Situation d'appel n°2

Annexe III: Guide d'entretien

Annexe IV: Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe V: Entretien n°1

Annexe VI: Entretien n°2

Annexe VII: Poster scientifique

## Annexe I

### Situation d'appel n°1:

Lors de mon stage de semestre 2 en service de Cardiologie, un patient Anglais de 60 ans, habitant en France depuis 20 ans, arrive des Soins Intensifs de Cardiologie, en attente de sa chirurgie de réparation de rupture de cordages. Si les cordages de la valve mitrale lâchent entièrement, aucune réanimation n'est possible, le patient doit donc observer un repos strict au lit, et être scopé sous télémétrie pendant tout son séjour. Monsieur L. parle très peu français, mais semble comprendre les phrases lorsqu'on discute avec lui. Je décide de lui parler en Anglais quand je le prends en soin, ce qui arrive occasionnellement puisque ce n'est pas un des patients de mon secteur.

A plusieurs reprises, le patient est retrouvé debout dans sa chambre, dans sa salle de bains, alors qu'on lui a expliqué plusieurs fois son repos au lit et les intérêts. A chaque fois, les soignants lui ré-exploquent l'importance d'observer ce repos au lit, le patient semble comprendre.

Aussi, sa télémétrie est souvent décollée, ce qui se produit à plusieurs moments où je suis en stage, et un après-midi, je me charge d'aller la remettre avant d'aller faire d'autres soins. Une fois l'appareil réinstallé, Monsieur L. se met à me parler de physique et de découvertes scientifiques, un sujet compliqué à comprendre en français, encore plus en anglais. Je suis mal à l'aise, parce que je n'ai pas le temps, à ce moment-là, de rester discuter avec lui sur ce sujet atypique et complexe, je dois aller voir d'autres patients pour faire d'autres soins. Cependant, je n'arrive pas à mettre fin à la conversation, j'ai peur que mes tournures de phrases ne soient pas polies et respectueuses. En Français, j'aurais été beaucoup plus à l'aise, et sûre que mes propos soient respectueux malgré le fait que je souhaite clore la conversation, quitte à revenir discuter plus tard et avoir plus de temps disponible.

Avant de pouvoir être opéré, Monsieur L. doit subir une Échographie Trans-Oesophagienne, un examen nécessitant d'être à jeun. Les informations sur cette échographie sont apportées à Monsieur L. par l'équipe, qui s'assure du fait qu'il les ait comprises. En effet, outre le déroulé de l'examen, les risques, le but, ... la compréhension du respect du jeûne est vraiment importante, au risque de devoir décaler l'intervention s'il n'est pas respecté, et donc augmenter encore le risque de rupture totale des cordages. Jusqu'au lendemain matin, Monsieur L. respecte la consigne de jeun, et est donc emmené par le brancardier pour passer son ETO. Au retour dans le service, le brancardier nous explique que le patient n'a pas eu son examen, puisqu'il a bu un verre d'eau dans la salle d'attente.

Ici, tout le temps d'attente de la chirurgie était une menace pour la vie du patient puisque les cordages pouvaient rompre à tout moment, et plus il était opéré tôt, plus il serait en sécurité.

Suite à cette situation, je me demande si le patient avait réellement compris ce que les soignants lui expliquaient, les informations vraiment claires et compréhensibles, si on a trouvé les mots correspondant aux explications que nous avons à apporter: peut-être que ce qu'on a dit en anglais au patient n'était pas une traduction exacte, et n'a pas suffi à lui faire comprendre l'importance du jeun, la gravité de sa situation?.

Ainsi, je me demande si nos soins peuvent être d'aussi bonne qualité lorsqu'il s'agit d'un patient qui ne parle pas la même langue? Prendre en soin un patient étranger est-il imprudent en termes de compréhension mutuelle et donc susceptible d'induire des risques pour la santé du patient s'il ne comprend pas toutes les consignes qu'on lui apporte, les explications, ...? Ne risque-t-on pas de passer à côté d'informations importantes (allergies, traitements, antécédents, ...)? Ne risque-t-on pas d'aller contre les principes éthiques et moraux (consentement éclairé, directives anticipées, ...)? A-t-on les clés pour le prendre en soin dans sa globalité (versant relation d'aide, ...)? Est-ce possible d'installer une relation de confiance vraiment solide?

## Annexe II

### Situation d'appel n°2:

En service de chirurgie, nous prenons en soin un matin Monsieur A., un patient à J-1 d'une amygdalectomie. Le patient est albanais, il a 45 ans, et ne parle ni le français ni l'anglais, comprend les mots très simples (médecin, sortir, douleur, ...). Il s'agit de mon 2ème jour de stage, j'accompagne donc l'IDE pendant la matinée.

Ce matin-là, à chacun de nos passages, le patient nous demande l'heure de passage du médecin pour qu'il sache à quelle heure il pourra sortir. La communication est compliquée, nous passons par les gestes, les mots-clés simples, la répétition, la reformulation. Le problème qui se pose ici est que nous ne pouvons pas expliquer au patient que les médecins ne passent pas à horaires fixes, et c'est sans doute pour cela que Monsieur A. redemande la même information à chaque passage.

Plus tard dans la matinée, nous nous apprêtons à entrer dans la chambre d'un patient, mais nous apercevons Monsieur A. au bout du couloir devant sa porte. Il semble "à l'affût" des médecins, et paraît interrogateur. Je vais donc vers lui pour essayer de lui dire d'attendre dans sa chambre pour être plus à l'aise. Il me demande alors s'il peut descendre fumer en bas. A ce moment-là, je me dis qu'il vaudrait mieux qu'il attende avant de fumer étant donné que cela ralentit la cicatrisation et que ça ne ferait qu'irriter sa cicatrice d'amygdalectomie. De plus, les médecins pourraient passer à ce moment et donc obligés de revenir plus tard, ce qui retarderait la sortie de Monsieur A.. J'essaie de lui expliquer d'attendre avant de fumer, pour éviter la douleur, et pour être sûr de voir les médecins, mais Monsieur A. ne comprend pas. Je réessaie, en employant d'autres mots et en appuyant mes paroles par des gestes pour montrer. L'infirmière me rejoint et dit à nouveau au patient de ne pas aller fumer en bas et d'attendre le médecin dans sa chambre. Monsieur A. y retourne et nous continuons notre tour.

Le chirurgien ORL arrive plus tard pour voir Monsieur A., et l'infirmière l'accompagne. En sortant de la chambre après la visite médicale, elle me dit qu'il y avait une odeur de cigarette dans la chambre, et pense que Monsieur A. y a fumé.

Ici, la difficulté rencontrée avec le patient étranger était de ne pas pouvoir lui expliquer l'intérêt de rester dans sa chambre, et de s'abstenir de fumer. En effet, s'il descendait au moment du passage des médecins, cela aurait pu décaler son horaire de sortie, donc le faire attendre encore plus longtemps, et cela aurait aussi obligé les médecins à revenir à un autre moment, alors qu'ils étaient disponibles précisément maintenant. Aussi, Monsieur A. n'a donc pas pu avoir l'information de ne pas fumer pendant quelque temps (au moins 24h conseillées, mais le mieux est d'attendre quelques jours), avec le risque que cela

retarde sa cicatrisation, d'impacter sa santé par la suite, voire de devoir être repris au bloc ou revu par le chirurgien?.

De plus, en sortant de la chambre de Monsieur A., l'infirmière m'a fait une remarque sur son attitude face au patient: "On crie tous alors qu'ils ne sont pas sourds.". Cette remarque m'a parue très vraie, mais je me suis dit qu'on comparait alors la barrière de la langue à un handicap aussi lourd que la surdité. Je me suis alors confortée dans l'idée de travailler mon mémoire sur la barrière de la langue dans les soins, puisque je n'étais visiblement pas la seule à rencontrer des difficultés dans la prise en soin des patients ne parlant pas français, que je n'étais pas la seule à avoir l'impression de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout de la prise en soin.

A la suite de cette situation, je me suis demandé comment communiquer avec un patient étranger pour lui transmettre les consignes suite à une opération? Etant donné qu'il s'agit souvent de vocabulaire compliqué, il est difficile de le faire comprendre aux patients. Aussi, les interprètes existent, mais le patient était dans notre service pour une nuit et une matinée, il n'aurait donc pas été possible d'avoir un interprète disponible sur une si courte période. Comment transmettre les informations au patient ne parlant pas français lorsque l'option de l'interprétariat n'est pas envisageable? Comment explorer les interrogations éventuelles du patient s'il ne peut les exprimer ni en anglais ni en français? Puisqu'il n'y a pas que les soignants qui ont besoin de communiquer des informations au patient, celui ci a en général des questions, des craintes, et il est important qu'il puisse les exprimer. Comment sécuriser le retour à domicile des patients qui sortent avec un traitement? Dans cette situation, le patient avait une prescription d'antalgiques, mais s'il ne sait pas les horaires à respecter entre les prises, il risque le surdosage, et il est de notre rôle de s'assurer qu'il le sache.



Organisation des entretiens:

Lors de mon stage de S6-1 dans un service d'urgence, je prévois les entretiens MIRSI.

J'aimerais m'entretenir avec des infirmiers ayant exercé depuis au moins 4 ans, ou 2 ans aux urgences, pour maximiser les chances qu'ils aient rencontré des patients ne parlant pas français au cours de leur exercice. Je pose une durée plus courte pour un exercice aux urgences du fait de la durée de prise en charge relativement courte aux urgences, permettant de voir plus de patients que dans un service autre, donc plus de possibilités pour les infirmiers d'avoir rencontré des patients étrangers. Aussi, les urgences sont le premier interlocuteurs des patients ne parlant pas français, touristes, voyageurs d'affaires, ou migrants, étant donné qu'ils n'ont pas de référents médicaux (médecin traitant) sur place en cas de problème de santé.

De plus, l'hôpital où se déroulera mon stage étant un hôpital de montagne, les soignants y travaillant ont donc l'habitude de prendre en soin des touristes étrangers venus en vacances au ski.

Afin d'avoir un support de travail pour analyser mon entretien, je prévois l'enregistrement de la conversation avec l'application dictaphone de mon téléphone.

Objectifs de l'entretien:

→ Échanger avec des professionnels qui ont rencontré des situations de prise en soin d'un patient étranger:

- Le ressenti du soignant face à la barrière de la langue
- L'impact de la barrière de la langue sur la qualité du prendre soin
- Les techniques et connaissances utilisées au cours de ces situations

Réalisation des entretiens:

Je prévoyais de proposer deux entretiens dans un endroit tranquille autour d'un café en ville, pour permettre aux soignants interrogés de se sentir détendus et avoir l'esprit libre de leur travail. Cependant, la plage horaire de travail des IDE dans ce service étant de 12h, et l'architecture montagnaise des environs ne permettant pas des déplacements rapides, j'ai décidé de réaliser les entretiens au sein de l'hôpital, pour éviter au soignant d'être obligés de revenir dans la vallée seulement pour un entretien.

J'ai donc affiché dans la salle détente un mot annonçant mes entretiens, après en avoir parlé à ma tutrice de stage, et deux infirmières expérimentées se sont inscrites (lors d'une nuit pour l'une diplômée depuis 25 ans, et pendant une journée de 12h pour l'autre IDE diplômée depuis 18 ans).

Les difficultés rencontrées lors de ces entretiens ont donc été de ne pas pouvoir couper de l'activité du service étant donné que nous faisons ces entretiens sur le temps de travail des infirmières. Le fait de réaliser un entretien la nuit a peut être diminué la qualité des échanges, étant donné que nous avons passé douze heures sans pause, la concentration n'était pas la même. Pour l'autre entretien, nous avons été interrompues à plusieurs reprises par le personnel qui venait en pause. Aussi, le fait qu'il s'agissait d'une journée, je pense ne pas avoir approfondi les réponses de l'infirmière autant en lui posant des questions complémentaires, par peur de trop dépasser et de laisser les autres infirmières trop longtemps sans aide.

Cependant, je pense avoir pu m'entretenir avec des infirmières expérimentées, donc avec la connaissance de la prise en soin d'un patient étranger, ce qui a permis des entretiens riches d'apprentissage et de connaissances. Aussi, ce service des urgences étant confronté au tourisme exactement à la période de réalisation de mes entretiens (saison hivernale), et à une communauté portugaise résidente croissante, le contexte était propice à la prise en soin de patient ne parlant pas la même langue, ce qui a permis aux infirmières d'être en situation, et de les faire penser à des situations récentes. De plus, j'ai réalisé ces entretiens sur ma dernière semaine de stage, je pense avoir été d'autant plus à l'aise grâce au fait de connaître les infirmières interrogées.

### **Introduction:**

Poser le contexte de l'entretien, donner le sujet du mémoire, l'utilité des entretiens.

Poser les conditions pour obtenir le consentement du professionnel: anonyme, enregistré.

Mon sujet de mémoire est donc "la communication avec un patient ne parlant pas la même langue."

-En quelques mots, est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours professionnel?

### **Corps de l'entretien:**

A présent, je vais aborder les questions plus ciblées sur mon sujet de mémoire.

-Qu'est-ce que c'est pour vous, le prendre soin?

-Quels sont, selon vous, les critères de qualité des soins / du prendre soin?

-Quels sont selon vous, les éléments clés du prendre soin d'un patient qui ne parle pas la même langue que vous?

-Quelle est la place de la communication dans votre rôle infirmier? (Qu'est-ce communiquer avec un patient? )

-En regard de la communication avec un patient ne parlant pas la même langue que vous, quelles facilités avez vous rencontrées?

-Quelles difficultés avez vous rencontrées? (rechercher la barrière de la langue?)

(Décrivez moi une de vos situations de soin.)

-Comment faites-vous lorsque vous êtes en difficulté?

-Selon vous, quel impact peut avoir la barrière de la langue sur la qualité du prendre soin d'un patient ne parlant pas la même langue que vous? (Quel type de relation avez vous lorsqu'un patient ne parle pas la même langue que vous? Conduire un entretien d'aide du début jusqu'à la fin? Relation de civilité ou relation de soin?)

(-Parlez-vous une langue étrangère? Si oui, laquelle? Quel apport dans la relation de soin que vous mettez en place avec le patient et dans la qualité de cette relation? )

-Vous semblerait-il utile de parler plusieurs langues dans votre métier?

Lors de la prise en soin avec un patient ne parlant pas la même langue que vous, cela signifie qu'il peut être issu d'une culture différente de la vôtre, dans ce cas là:

-Comment, selon vous, assurer la même qualité de prise en soin à un patient de notre culture et un patient de culture différente?

**Conclusion de l'entretien:**

-Avez vous des choses à ajouter?

Remerciements.

Rappel sur le caractère anonyme de l'entretien.

## Annexe IV

### Tableaux d'analyse des entretiens:

**Rouge / Bleu:** éléments importants pour l'analyse

**Texte en bleu dans les réponses:** précisions, compléments de questions pour leur faire développer et préciser leurs réponses

Thème	IDE 1	IDE 2
<b>Expérience professionnelle</b>	J'ai fait de la clinique orthopédique à Lyon, pendant quelques années, <b>je suis partie en Martinique, j'ai fait de la pédiatrie et du libéral</b> , je suis revenue ici j'ai du faire 2 ans de scolaire, j'ai dû rester 5 ans en médecine, j'ai fait un DU et un DIU de soins palliatifs, j'ai fait 3 ans de faisant fonction de cadre dans un EHPAD pas ici, et <b>je suis revenue sur les urgences, [...] ça fait 3 ans.</b>	Oui, j'ai bossé <b>8 saisons d'hiver en station chez un médecin libéral</b> , et après j'ai fait beaucoup d'autres postes, en région parisienne, en hôpital, j'ai bossé en Corse en libéral, à Tahiti, en clinique, en prison dans le Val d'Oise, et voilà là <b>les urgences depuis 10 ans.</b>

Thème	IDE 1	IDE 2
<b>Définitions, description concrètes du prendre soin</b>	<b>Accueillir, entendre, soigner, laisser repartir.</b>	Donc prendre en soin c'est prendre en charge un <b>patient qui présente un problème de santé à l'instant T.</b>

Thème	IDE 1	IDE 2
<b>Critères de qualité du prendre soin</b>	Le premier critère ça serait d'être <b>disponible</b> , dans tous les sens du terme. En <b>temps</b> , mais <b>dans la tête</b> aussi, et <b>dans le savoir faire.</b>	Ca va être <b>l'écoute</b> , la communication avec le patient, et puis c'est mon côté urgentiste, la <b>technicité.</b>
Thème	IDE 1	IDE 2

<p><b>Spécificités du prendre soin d'un patient qui ne parle pas la même langue, différences, similitudes</b></p>	<p>Entendre et faire comprendre, entendre, faire comprendre pour pouvoir rassurer, pour pouvoir soigner et laisser repartir.</p>	<p>Ca va être la même chose pour moi, qu'il parle Anglais, Français ou Russe c'est pareil. Du coup les mêmes mots, communication, technicité, écoute, ...</p>
---	--	---

<p>Thème</p> <p><b>Importance de la communication dans le rôle IDE</b></p>	<p>IDE 1</p> <p><b>Le premier rôle</b> je dirais. La communication, tu fais tout quoi, tu comprends ce qu'a ton patient, tu peux faire un diagnostic infirmier, mais tu peux aussi entendre d'autres choses quoi: entendre qu'il hurle, pas parce qu'il a mal mais qu'il a peur, t'as besoin de comprendre ce qu'il te dit pour savoir ce qu'il a, et puis lui il a besoin de comprendre ce que toi tu lui dis pour aller mieux. Tout ce qu'il y a autour. Fin que la communication c'est, en fait c'est pas que le verbal, c'est ça en fait, et qu'il soit étranger ou pas. Mais quand il est étranger, je trouve que le non verbal c'est encore plus important.</p>	<p>IDE 2</p> <p>Alors je dirais que ça se perd un peu avec le temps, donc moi ça fait 17 ans que je suis diplômée, 18 cette année, j'avoue que je pense prendre moins de temps, surtout par le fait de travailler aux urgences, moins le temps de communication que j'aie pu avoir en service ou ailleurs... Oui, parce que pour moi manque de temps...</p>
--	---	---

<p>Thème</p> <p><b>Critères favorisant la communication avec un patient qui ne parle pas la même langue.</b></p>	<p>IDE 1</p> <p>Le côté facile, ... on va dire le côté facile c'est qu'on a parfois à ne pas expliquer, parfois sur un diagnostic difficile à annoncer, au moins, si vraiment il ne comprend pas tu n'as pas besoin de le dire, donc ça permet de se cacher derrière la barrière de la langue, parfois ça peut être utile, et c'est horrible à dire, mais des fois aux urgences, ça permet de gagner du temps, quand vraiment il ne comprend pas, tu agis et tu peux passer à autre chose. Est-ce que c'est de la facilité... D'une façon</p>	<p>IDE 2</p> <p>J'ai eu la chance de travailler, quand j'ai bossé en station, avec une Danoise qui était trilingue, et une Suédoise. J'étais la seule française, donc elles m'ont appris l'anglais médical, donc ça a été beaucoup plus facile et quand je suis arrivée aux urgences j'avais déjà les bases de l'anglais pratique, pratique infirmière.</p>
--	---	---

	<p>générale on est quand même pas hyper à l'aise.... Ca permet d'aller vite, mais c'est pas une facilité.</p> <p>Des fois les médecins ici nous envoient faire des soins et ils n'ont pas encore expliqué aux patients, donc quand c'est quelqu'un qui parle la même langue que toi ou une langue que tu parles, t'es obligée de leur expliquer et t'es super mal à l'aise parce que à la fois tu dois avancer ton travail, et à la fois tu peux, enfin normalement on n'a pas le droit d'annoncer, d'expliquer, et puis des fois on sait même pas tout à fait.</p> <p>Quand le patient est étranger, tu fais le soin, et puis tu lui dis que le docteur va arriver. Mais est-ce que c'est une facilité sincèrement non. Tu te sens quand même pas géniale géniale à la fin.</p>	<p>J'avais un niveau bac Anglais, et clairement je n'avais pas, dans nos études à l'école on n'avait pas du tout de cours d'Anglais, donc j'avais juste le niveau bac, auquel j'avais eu une bonne note, mais qui reste un niveau scolaire, et j'avais pas du tout le langage infirmier, médical, donc j'ai tout appris là-haut en station.</p> <p>Tu sais pas parler l'anglais médical quand tu sors du Lycée si t'as pas fais comme vous vous faites vos cours ...</p>
--	--	--

Thème	IDE 1	IDE 2
<b>Difficultés face à la barrière de la langue</b>	<p>La difficulté ça dépend. Les différents postes aux urgences, quand t'es à l'accueil, c'est vraiment de comprendre quel problème a le patient. Quand on n'a vraiment aucun mot en comment, pourquoi il vient?</p> <p>Ca c'est une vraie difficulté, et puis après dans les soins à un moment donné on est quand même bien obligé d'expliquer un maximum et de rassurer et puis t'as le patient qui te regarde horrifié, il a peur et tu ne peux rien lui dire. Et je dirais ce que j'ai dit pour le bon côté et aussi le côté horrible. Tu vas piquer quelqu'un tu peux pas le prévenir, il sait pas il comprend pas, il est hyper affolé, du coup il est super réticent, du coup tu ne gagnes pas toujours du temps.</p> <p>Et quelles difficultés, c'est surtout au départ, comprendre ce qu'il a.</p> <p>Surtout à l'IAO, tu peux pas te tromper, s'il t'a dit un mot hyper important "j'ai mal au coeur" et que t'as compris qu'il avait mal au ventre...</p> <p>Ca peut changer tout le tri, tout le diagnostic, ouais... Et puis pour rassurer, tu peux pas rassurer, c'est super dur.</p> <p>Il y a aussi le fait de passer par un traducteur, j'aime bien que le patient utilise ses propres mots ... La description d'un symptôme ou d'un sentiment ... les mots ne sont pas utilisés au hasard ... que ce soit à</p>	<p>Quelles difficultés j'ai pu rencontrer?</p> <p>Apprendre, moi ça a été difficile pour moi, je m'étais fait un carnet et je notais les mots, comment ça se disait et tout, parce qu'au début c'est quand même compliqué de prendre en</p>

<p>l'accueil ou lors d'un soin ... "Il a peur de la prise de sang", dit le traducteur... est-ce qu'il a peur de l'aiguille? De la vue du sang? La personne qui s'exprime va souvent utiliser le mot juste. Et puis chez les douleurs abdo notamment, <b>tout ce que l'on dit en tête à tête mais que l'on ne peut pas dire à l'ami qui traduit...</b></p> <p>-Après la difficulté qu'on rencontre, t'as les gens qui essayent de communiquer avec toi, et puis il y a ceux qui n'essayent pas du tout de communiquer avec toi, par exemple les américains qui ont l'habitude que tout le monde parle anglais, si tu leur dit "Parlez doucement je ne comprends pas" et qu'ils ont leur accent Texan par exemple, ils font aucun effort, et là tu peux tout faire ce que tu veux, ils coupent eux même la communication quoi. Donc faut vraiment que le patient en face soit volontaire parce que sinon tu n'y arrives pas.</p>	<p>charge ces gens quand tu as pas les bases. Puis j'ai acquis au bout de quelques mois, de quelques années, c'est pas venu comme ça..</p>
--	--

Thème	IDE 1
<p><b>Expérience de situation de soin</b></p>	<p>Alors c'est souvent ici avec les Polonais, notamment, et alors moi j'utilise beaucoup le langage des signes et les onomatopées "aïe aïe aïe, ouille ouille ouille, ..." pour leur montrer tu vois où ils ont mal ... Sauf que "aïe aïe aïe" ça ne veut pas du tout du tout dire ça en Polonais, mais alors ça a une signification complètement opposée, alors forcément le monsieur il m'a regardée avec des yeux complètement horrifiés, c'est un truc sexuel ou je ne sais quoi ... On a beaucoup rit après, mais sur le coup c'était pas marrant du tout, et là c'est juste super compliqué parce que t'as quelqu'un qui hurle et que tu sais pas pourquoi. Après j'ai jamais eu de situation dramatique où on ne puisse pas se faire comprendre mais ça c'est vraiment compliqué, quand quelqu'un a mal mais qu'il ne sait même pas te dire où il a mal, qu'il est recroquevillé et que tu ne sais pas c'est super compliqué.</p>

Thème	IDE 1	IDE 2
<p><b>Réactions des infirmières en difficulté face à un</b></p>	<p>La gestuelle, les mains, vraiment, "aïe aïe aïe", je montre la tête, "aïe aïe aïe" ah ouais, les mains, comme les italiens, à fond à fond à fond, et alors assez bizarrement, je ne sais pas pourquoi c'est plus fort que moi, même s'il est</p>	<p>Alors j'avoue, c'est rare, alors pas la même langue, l'anglais je n'ai pas de problème, par contre oui on a quand même des patients qui parlent ni anglais</p>

<p><b>patient allophone</b></p>	<p>polonais, portugais, ou je ne sais quoi, quand il ne comprend pas le français je lui parle toujours en Anglais,</p> <p>C'est une espèce de réflexe tout pourri, on a aussi quand même une espèce de petit traducteur me semble-t-il, et après j'essaie vraiment d'utiliser des mots, juste des mots, de pas faire de phrases. "Aïe, ok, où? La taille? le poids?" oui <b>j'utilise beaucoup la gestuelle, les mains, les mots</b> et puis <b>si vraiment c'est compliqué j'essaie de dessiner</b>: le coeur, je ne dessine pas l'estomac hein mais, et puis <b>je leur montre et je touche</b>, si je sais pas où c'est dans la jambe: le pied? La jambe? Ca... <b>Pour les soins je montre</b>, et puis <b>j'essaie de rassurer plus par la gestuelle</b>, des choses comme ça, <b>poser une main</b>, dire "ça va aller" ...</p> <p>-Ouais, <b>vraiment le toucher, le regard</b>, essayer de <b>choper le regard</b>, de leur dire "ça va aller", et puis de <b>leur montrer ce que j'utilise</b> quoi, tu vois si c'est le tensiomètre je leur fais "pfiou (en montrant un rond qui se gonfle)", ouais je fais <b>beaucoup de mimiques</b> ..</p> <p>[...] Après je sais qu'il <b>y a des endroits où il y a des traducteurs assez facilement</b>, ici euh ... Alors après, on essaie toujours de voir s'il y a pas un <b>numéro de téléphone</b>.... S'il! Notre ami <b>GoogleTrans</b>!! Alors sauf que l'autre fois je suis tombée sur un monsieur russe, et qui écrivait en russe, et qui ne me le traduisait qu'en russe, donc il a pas compris que l'écriture cyrillique ça fonctionnait pas... Donc là <b>on a vraiment vraiment vraiment eu du mal</b>, même <b>les médecins ont eu du mal</b>, en plus c'était son fils qui était malade donc il était au taquet le monsieur... Sinon si <b>maintenant GoogleTrans ça marche bien</b>, clairement ...</p> <p>[...] Après je te parle peut être dans le désordre mais je me dis qu'<b>on devrait avoir des outils simples</b>, notamment à l'entrée des urgences, avec des dessins justement, un bonhomme qui vomit, un bonhomme qui a mal, on devrait avoir des petites fiches comme ça, comme on utilise pour les enfants ou pour les gens qui ne communiquent pas. <b>Ca serait simple</b>. C'est vrai qu'il faudrait qu'on fasse ça!</p>	<p>ni français, <b>Google traduction qui marche bien</b>, ou je sais pas quelle appli, <b>ou éventuellement quelqu'un de l'équipe qui parle cette langue</b>, on a quand même des gens qui parlent espagnol, tu peux tomber sur quelqu'un qui parle un peu l'allemand, genre le chef de service. Mais voilà... <b>On a des traducteurs mais je t'avoue que j'ai jamais fait appel</b>.</p> <p><b>On a des traducteurs de toutes les langues, mais on a quand même souvent quelqu'un au téléphone, l'accompagnant, un accompagnant au téléphone qui peut traduire</b>. Souvent les gens qui viennent ici, des Polonais, des Ukrainiens, des gens comme ça, ils ont quelqu'un au bout du fil qui est bilingue normalement qui parle au moins Anglais ou Français, donc ils nous le passent, pour lui demander s'il a des antécédents, etc...</p>
---------------------------------	---	--



Thème	IDE 1	IDE 2
<p><b>Impact de la barrière de la langue sur la qualité du prendre soin</b></p>	<p>Alors l'impact .... bêtement ...</p> <p>-Est-ce que t'as la même relation avec un patient qui parle pas la même langue?</p> <p>-Alors pas du tout, enfin non pas du tout ;... alors fin ça dépend ... Quand on peut pas du tout, fin c'est pas un Anglais où tu parles à l'infinif ou je sais pas quoi, non tu <b>peux pas du tout avoir la même relation</b>, parce que tu peux pas, même si t'utilises le toucher même si t'utilises le regard, tu <b>peux pas juste lui dire, lui expliquer, le comprendre encore une fois</b>. Mais même à la limite si tu l'as après une fois qu'il y a le diagnostic de fait, tu <b>peux pas le rassurer avec des mots simples</b>, tu <b>peux pas détourner son attention</b> en lui disant "quel travail vous faites?" quand tu le piques pour pas qu'il ne voit que tu le piques, tu <b>peux pas lui dire que pendant 30 secondes il va avoir mal parce que tu vas lui mettre le plâtre mais qu'après il va aller mieux</b>, donc il manque je dirai, les ¾ du soin quoi ...</p> <p>-Surtout pour la réassurance donc?</p> <p>-Oui, la <b>réassurance et puis le bon déroulement du soin</b>. Quand on explique à quelqu'un qu'on le pique il bouge pas.</p> <p>-Oui parce qu'il sait ce qu'on va lui faire?</p> <p>-Si t'arrives avec ton aiguille comme ça, il sait ce que tu vas lui faire. Par exemple avec les cathé, il y a pleins de gens qui connaissent pas les cathé, qu'on jamais mis les pieds dans un hôpital, et qui savent pas, t'<b>arrives pas à leur faire comprendre qu'il y a pas d'aiguille après</b>. Ils sont là, ils sont <b>terrorisés</b>, ils ont le bras plié, ou au contraire tu veux qu'ils plient le bras et ils le plient pas, ou au contraire il faut qu'ils tendent le bras et ils le font pas, donc c'est super compliqué quoi, super compliqué.</p> <p>-Au niveau de la relation d'aide justement, quand un patient va pas bien au niveau psychique?</p> <p>-Alors clairement, moi en tout les cas, un <b>patient qui va pas bien sur le plan psychique, et qui parle pas la même langue</b> euh ... A part lui tenir la main, mais sauf que t'as des moments, a des trucs psychiques où ils veulent pas que tu les touches, là t'es carrément bloquée, .... Ou un agité, c'est compliqué hein ... Alors l'autre fois la petite qui s'était faite agressée sexuellement, je me suis assise à côté d'elle un moment je lui ai pris la main, mais parce que c'était quelque chose de facile et qu'elle a accepté, mais quelqu'un d'agité ou de vraiment psychiatrique euh ...</p> <p>-Oui, ça peut les faire partir.</p>	<p>Bah clairement pour moi, passer à côté de quelque chose de grave...</p> <p>-Un antécédent ou un symptôme par exemple?</p> <p>-Oui...</p> <p>Clairément je trouve ça très difficile de prendre en soin les gens qu'on ne comprend pas parce qu'ils sont pas à même de nous expliquer le détail qui fera la différence de son diagnostic...</p> <p>Après bon... Ca reste médical derrière, le médecin derrière si lui se sent en difficulté, lui fera</p>

<p>-Ca peut augmenter la violence, puis tu sais pas .. Donc très sincèrement, moi <b>je pense que là, ça serait un peu ma partie échec du travail</b> ... Je pense que c'est <b>la fuite</b>, franchement je pense que c'est <b>la fuite</b> sur un plan psychique comme ça. Déjà faut comprendre, tu vois ... Est-ce qu'il est en dépression? Même si c'est juste quelqu'un de déprimé ...</p> <p>-Oui, <b>qu'est ce qu'il se passe dans sa vie, est-ce qu'il y a des facteurs déclenchants?</b> ...</p> <p>-A part le voir arriver, si vraiment il peu pas te dire, s'il arrive et qu'il pleure, pourquoi il pleure? Il a mal? Il a mal où? Il a perdu quelqu'un? ...</p> <p>[..]Mais encore une fois, [GoogleTrad] pour une jambe cassée ça marche, pour une douleur psychique ... c'est mort ...</p>	<p><b>appel à un traducteur</b> ou quelque chose comme ça... Mais c'est sur que <b>c'est pas toujours évident.</b></p>
--	--

<p>Thème</p> <p>IDE 1</p> <p><b>Utilité des langues étrangères dans la pratique infirmière</b></p> <p>Je <b>parlote l'anglais</b> ... Je parlote.</p> <p>Très <b>sincèrement, 80% de la population parle l'anglais</b>. Après ici, à Bourg-Saint-Maurice, faudrait parler le Portugais, c'est sur... Après, <b>les gens portugais arrivent souvent à se faire accompagner par quelqu'un qui parle français</b>. Je pense que si on parlait déjà tous couramment l'anglais ça serait bien.</p> <p>Après je pense qu'il faut <b>s'adapter suivant les lieux de travail</b>. Mais est-ce qu'on peut parler tu vois? j'allais dire aujourd'hui on a de plus en plus de Russes, de plus en plus de Polonais, et puis bientôt ils veulent attirer les chinois. Est-ce qu'on pourrait apprendre toutes ces langues là, non, sachant que les Chinois parlent parfaitement l'anglais ...</p> <p>Mais je pense que de plus en plus, et puis les infirmières seront de plus en plus spécialisées, et qu'<b>on fera de plus en plus, du moins je l'espère, de publications, et tout ça ça sera fait en Anglais</b>. Moi quand on a fait mon mémoire, ça a été traduit en Anglais, c'est pas moi qui l'ai fait, mais y'a eu besoin de le traduire en anglais pour que ça soit exporté. Donc <b>je pense juste qu'il faut qu'on parle tous anglais</b>, malheureusement mais c'est comme ça, c'est la réalité. Après, puisque tu parles des langues, on a une collègue en médecine, où il y a beaucoup de personnes âgées, <b>on avait une collègue qui parlait le patois, alors c'est pas de l'anglais, c'est pas tout à fait une langue étrangère, mais quand même si, et</b></p>	<p>IDE 2</p> <p>Bien sur... <b>Ca serait utile...</b></p> <p>Maintenant on peut pas imposer à une infirmière d'être trilingue... Fin déjà bilingue... Je me considère bilingue médicale en Anglais, après c'est pas demain que je vais me mettre à apprendre l'espagnol... J'en rêverais mais c'est</p>
---	---

<p>c'était hyper utile. Et les personnes Alzheimer elles comprenaient le patois, et vraiment cette aide soignante euh... Elle était précieuse...</p> <p>-Ah vraiment oui!! Elle apaisait les gens, c'était un truc de dingue! Vraiment! Le fait de parler la même langue, et une langue de leur enfance, c'était hyper apaisant.</p>	<p>trop tard, il aurait fallut que je fasse ça plus tôt...</p>
--	--

<p>Thème</p> <p><b>Assurer la même qualité de soins à une personne culturellement différente</b></p>	<p>IDE 1</p> <p>Moi pour le coup, je pense que ça à rien avoir avec la langue, parce que quand on s'occupe de quelqu'un de musulman, de juif, un chinois, un français, on a déjà pas la même culture. Donc pour moi en tout les cas, la langue n'est pas une barrière culturelle. On peut parler une langue différente et avoir la même culture, et parler la même langue et avoir une culture différente. Donc très sincèrement, moi ce qui est adaptable en culture ça me pose aucun problème dans le soin, notamment dans les soins palliatifs, y'en a qu'on lave pas, y'en a qu'on lave, on met pas les mains en croix, ça me pose aucun problème tant que ça m'empêche pas de faire mes soins. En gros, une femme qui veut pas être examinée par un homme et que j'ai qu'un homme ça me pose problème, maintenant proposer une femme si j'ai une femme ça me pose pas de problème. Je pense que l'hôpital et les soins ne doivent pas s'adapter aux cultures si ça gêne, si une femme est voilée ça me pose pas de problème si elle a mal aux pieds. Si elle s'est ouvert le crâne et qu'elle veut pas quitter son voile ça me gêne mais sinon ça me gêne pas, ... Après y'a jamais rien qui culturellement ... Les personnes juives qui se font amener à manger ça me pose pas de problème ... Ca a jamais été un problème. Au contraire parce que si tu parles la même langue, t'échanges, et si tu parles pas la même langue, on en revient toujours au même problème, les échanges c'est compliqué. A la limite, si tu parles pas la même langue, c'est peut être là où je ferai le plus d'efforts en me disant il faut vraiment essayer de les rassurer. Dans la mesure du temps et du</p>	<p>IDE 2</p> <p>Alors je dirai que c'est pas forcément qu'il parle pas la même langue qu'on est pas de la même culture... Parce que tu peux avoir des français qui parlent français et qui sont Musulmans et là c'est sur qu'on a pas la même culture... Moi ça rentre pas en ligne de compte la culture, sauf si on va tomber sur, on a souvent ce soucis, on a beaucoup de témoins de Jéhovah qui viennent, et eux dans leur culture ils ont pas le droit de recevoir du sang par exemple ou des choses comme ça, ça va être ça la barrière. Le problème c'est le refus de soins par rapport à</p>
--	--	--

<p>possible et tout ça. C'est peut être là la limite où je ferai le plus d'efforts, mais je trouve que dans le soin, on a quand même pas des demandes hallucinantes, je veux dire .... Y'a toujours des gens bizarres hein, mais très sincèrement, ....</p>	<p>leur culture. Et notamment cette population ça pose problème.</p>
---	--

Thème	IDE 1	IDE 2
<p>Précisions complémentaires</p>	<p>Si tu vois, juste le truc, il faudrait qu'on le fasse les images, ça nous simplifierait tellement la vie, parce qu'on a vraiment de plus en plus de gens étrangers, des Yougoslaves, enfin <b>des langages totalement différents où on a vraiment aucun mots en commun</b>. Tu prends un <b>espagnol ou un italien, tu rajoutes un "a", un "o", un "r", t'arrives toujours à comprendre une sonorité</b>, mais des nouveaux pays qui arrivent en vacances, fin les nouveaux riches, on va dire, qui arrivent, y'a rien en commun du tout.</p>	<p>Là dans l'immédiat non... Mais je dirai quand même que <b>les gens, notamment les anglais, apprécient beaucoup que le français parle leur langue</b>, parce que eux ne parlent pas du tout... Eux ils l'apprennent très peu vu qu'eux sont la langue universelle, ils voient pas trop forcément l'intérêt de connaître une autre langue, ils font pas forcément d'efforts non plus, et c'est vrai que <b>c'est quand même je pense sympa pour eux quand ils ont en face quelqu'un, "ouf, super, vous parlez Anglais!", et souvent ils te remercient, et ils aiment bien te congratuler sur ton anglais</b>, et ça c'est toujours bon à prendre.</p>

## Annexe V

### Entretien n°1:

-Est-ce que déjà, tu peux m'expliquer où est-ce que tu as travaillé avant les urgences?

-J'ai fait de la clinique orthopédique à Lyon, pendant quelques années, je suis partie en Martinique, j'ai fait de la pédiatrie et du libéral, je suis revenue ici j'ai du faire 2 ans de scolaire, j'ai dû rester 5 ans en médecine, j'ai fait un DU et un DIU de soins palliatifs, j'ai fait 3 ans de faisant fonction de cadre dans un EHPAD pas ici, et je suis revenue sur les urgences, ça fait 24 ans en gros, voilà.

-Et là ça fait combien de temps que tu es aux urgences?

-Ca fait 3 ans.

-D'accord. Alors du coup, pour toi, qu'est ce que c'est que le prendre soin?

-Accueillir, entendre, soigner, laisser repartir.

-Et qu'est ce que ce serait les critères de qualité de ce prendre soin?

-Le premier critère ça serait d'être disponible, dans tous les sens du terme. En temps, mais dans la tête aussi, et dans le savoir faire.

-Quels sont selon toi, les éléments clés du prendre soin d'un patient qui ne parle pas la même langue?

-Entendre et faire comprendre, entendre faire comprendre pour pouvoir rassurer, pour pouvoir soigner et laisser repartir.

-Quelle place tu accordes à la communication dans ton rôle propre?

-Le premier rôle je dirai.

-Le rôle majeur, le rôle le plus important.

-La communication, tu fais tout quoi, tu comprends ce qu'a ton patient, tu peux faire un diagnostic infirmier, mais tu peux aussi entendre d'autres choses quoi: entendre qu'il hurle pas parce qu'il a mal mais qu'il a peur, t'as besoin de comprendre ce qu'il te dit pour savoir ce qu'il a, et puis lui il a besoin de comprendre ce que toi tu lui dis pour aller mieux.

-C'est ça, entendre ce qu'il te dit sur ce pourquoi il vient mais aussi entendre ...

-Tout ce qu'il y a autour

-Tout ce qu'il fait avec son corps.

-C'est ça.

-D'accord.

-Fin que la communication c'est, en fait c'est pas que le verbal, c'est ça en fait, et qu'il soit étranger ou pas. Mais quand il est étranger, je trouve que le non verbal c'est encore plus important.

-C'est vrai il y a pas que parler, juste en observant, il y a pleins d'infirmières qui le disent, juste en observant un patient tu peux savoir pleins de choses. Avec un patient qui ne parle pas la même langue que toi, quelles facilités as-tu rencontré? dans une situation de soin.

-Le côté facile, ... on va dire le côté facile c'est qu'on a parfois à ne pas expliquer, parfois sur un diagnostic difficile à annoncer, au moins, si vraiment il comprend pas tu n'as pas besoin de le dire, donc ça permet de se cacher derrière la barrière de la langue, parfois ça peut être utile, et c'est horrible à dire, mais des fois aux urgences, ça permet de gagner du temps, quand vraiment il comprend pas, tu agis et tu peux passer à autre chose. Est-ce que c'est de la facilité... D'une façon générale on est quand même pas hyper à l'aise.... Ca permet d'aller vite, mais c'est pas une facilité.

-Le malaise qu'on aurait à expliquer un diagnostic difficile

-Des fois les médecins ici nous envoient faire des soins et ils ont pas encore expliqué aux patients, donc quand c'est quelqu'un qui parle la même langue que toi ou une langue que tu parles, t'es obligée de leur expliquer et t'es super mal à l'aise parce que à la fois tu dois avancer ton travail, et à la fois tu peux, enfin normalement on a pas le droit d'annoncer, d'expliquer, et puis des fois on sait même pas tout à fait. Quand le patient est étranger, tu fais le soin, et puis tu lui dis que le docteur va arriver. Mais est-ce que c'est une facilité sincèrement non. Tu te sens quand même pas géniale géniale à la fin.

-Alors quelles difficultés?

-La difficulté ça dépend. Les différents postes aux urgences, quand t'es à l'accueil, c'est vraiment de comprendre quel problème a le patient. Quand on a vraiment aucun mot en comment, pourquoi il vient? Ca c'est une vraie difficulté, et puis après dans les soins à un moment donné on est quand même bien obligés d'expliquer un maximum et de rassurer et puis t'as le patient qui te regarde horrifié, il a peur et tu peux rien lui dire. Et je dirai ce que j'ai dit pour le bon côté et aussi le côté horrible. Tu vas piquer quelqu'un tu peux pas le prévenir, il sait pas il comprend pas, il est hyper affolé, du coup il est super réticent, du coup tu gagnes pas toujours du temps.

-C'est à double tranchant en fait.

-Oui... Et quelles difficultés, c'est surtout au départ, comprendre ce qu'il a.

-Surtout à l'IAO donc?

-Surtout à l'IAO, tu peux pas te tromper, s'il t'a dit un mot hyper important "j'ai mal au coeur" et que t'as compris qu'il avait mal au ventre...

-Ca peut changer tout le tri en fait.

-Ca peut changer tout le tri, tout le diagnostic, ouais...Et puis pour rassurer, tu peux pas rassurer, c'est super dur...

Il y a aussi le fait de passer par un traducteur, j'aime bien que le patient utilise ses propres mots ... La description d'un symptôme ou d'un sentiment ... les mots ne sont pas utilisés au hasard ... que ce soit à l'accueil ou lors d'un soin ... "Il a peur de la prise de sang", dit le traducteur... est-ce qu'il a peur de l'aiguille? De la vue du sang? La personne qui s'exprime va souvent utiliser le mot juste. Et puis chez les douleurs abdo notamment, tout ce que l'on dit en tête à tête mais que l'on ne peut pas dire à l'ami qui traduit...

-Oui ... Et est-ce que justement il y a une situation de soins qui t'as marquée, une situation avec un patient qui parlait pas la même langue que toi?

-Alors c'est souvent ici avec les Polonais, notamment, et alors moi j'utilise beaucoup le langage des signes et les onomatopées "aïe aïe aïe, ouille ouille ouille, ..." pour leur montrer tu vois où ils ont mal ... Sauf que aïe aïe aïe ca veut pas du tout du tout dire ça en Polonais, mais alors ça a une signification complètement opposée, alors forcément le monsieur il m'a regardée avec des yeux complètement horrifiés, c'est un truc sexuel ou je ne sais quoi ... On a beaucoup rit après, mais sur le coup c'était pas marrant du tout, et là c'est juste super compliqué parce que t'as quelqu'un qui hurle et que tu sais pas pourquoi. Après j'ai jamais eu de situation dramatique où on puisse pas se faire comprendre mais ça c'est vraiment compliqué, quand quelqu'un a mal mais qu'il sait même pas te dire où il a mal, qu'il est recroquevillé et que tu sais pas c'est super compliqué.

-Et du coup justement, quand tu es en difficulté, comment tu fais?

-La gestuelle, les mains, vraiment, "aïe aïe aïe", je montre la tête, "aïe aïe aïe" ah ouais, les mains, comme les italiens, à fond à fond à fond, et alors assez bizarrement, je sais pas

pourquoi c'est plus fort que moi, même s'il est polonais, portugais, ou je ne sais quoi, quand il comprend pas le français je lui parle toujours en Anglais,

-Oui, c'est un réflexe.

-C'est un espèce de réflexe tout pourri, on a aussi quand même un espèce de petit traducteur me semble-t-il, et après j'essaye vraiment d'utiliser des mots, juste des mots, de pas faire de phrases. "Aïe, ok, où? La taille? le poids?" oui j'utilise beaucoup la gestuelle, les mains, les mots et puis si vraiment c'est compliqué j'essaye de dessiner: le coeur, je ne dessine pas l'estomac hein mais, et puis je leur montre et je touche, si je sais pas où c'est dans la jambe: le pied? La jambe? Ca... Pour les soins je montre, et puis j'essaye de rassurer plus par la gestuelle, des choses comme ça, poser une main, dire "ça va aller"...

-Donc le toucher tu l'utilises encore plus quand le patient ne parle pas la même langue que toi?

-Ouais, vraiment le toucher, le regard, essayer de choper le regard, de leur dire "ça va aller", et puis de leur montrer ce que j'utilise quoi, tu vois si c'est le tensiomètre je leur fait "pfiou (en montrant un rond qui se gonfle)", ouais je fais beaucoup de mimiques ..

-Oui mais la preuve que ça fonctionne puisque finalement t'arrives à avoir des informations quand même.

-Après la difficulté qu'on rencontre, t'as les gens qui essaient de communiquer avec toi, et puis il y a ceux qui n'essayent pas du tout de communiquer avec toi, par exemple les américains qui ont l'habitude que tout le monde parle anglais, si tu leur dit "Parlez doucement je ne comprend pas" et qu'ils ont leur accent Texan par exemple, ils font aucun effort, et là tu peux tout faire ce que tu veux, ils coupent eux même la communication quoi. Donc faut vraiment que le patient en face soit volontaire parce que sinon tu n'y arrives pas.

-Oui une communication à double sens.

-Oui.

-Ok. Du coup, selon toi, quel est l'impact de la barrière de la langue sur la qualité du prendre soin d'un patient qui ne parle pas la même langue?

-Alors l'impact .... bêtement ...

-Est-ce que t'as la même relation avec un patient qui parle pas la même langue.

-Alors pas du tout, enfin non pas du tout ;... alors fin ça dépend ... Quand on peut pas du tout, fin c'est pas un Anglais où tu parles à l'infinitif ou je sais pas quoi, non tu peux pas du tout avoir la même relation, parce que tu peux pas, même si t'utilises le toucher même si t'utilises le regard, tu peux pas juste lui dire, lui expliquer, le comprendre encore une fois. Mais même à la limite si tu l'as après une fois qu'il y a le diagnostic de fait, tu peux pas le rassurer avec des mots simples, tu peux pas détourner son attention en lui disant "quel travail vous faites?" quand tu le piques pour pas qu'il ne voit que tu le piques, tu peux pas lui dire que pendant 30 secondes il va avoir mal parce que tu vas lui mettre le plâtre mais qu'après il va aller mieux, donc il manque je dirai, les ¾ du soin quoi ...

-Surtout pour la réassurance donc?

-Oui, la réassurance et puis le bon déroulement du soin. Quand on explique à quelqu'un qu'on le pique il bouge pas.

-Oui parce qu'il sait ce qu'on va lui faire.

-Si t'arrives avec ton aiguille comme ça, il sait ce que tu vas lui faire. Par exemple avec les cathé, il y a pleins de gens qui connaissent pas les cathé, qu'on jamais mis les pieds dans un hôpital, et qui savent pas, t'arrives pas à leur faire comprendre qu'il y a pas d'aiguille après. Ils sont là, ils sont terrorisés, ils ont le bras plié, ou au contraire tu veux qu'ils plient le

bras et ils le plient pas, ou au contraire il faut qu'ils tendent le bras et ils le font pas, donc c'est super compliqué quoi, super compliqué.

-Au niveau de la relation d'aide justement, quand un patient va pas bien au niveau psychique?

-Alors clairement, moi en tout les cas, un patient qui va pas bien sur le plan psychique, et qui parle pas la même langue euh ... A part lui tenir la main, mais sauf que t'as des moments, a des trucs psychiques où ils veulent pas que tu les touches, là t'es carrément bloquée, .... Ou un agité, c'est compliqué hein ... Alors l'autre fois la petite qui s'était faite agressée sexuellement, je me suis assise à côté d'elle un moment je lui ai pris la main, mais parce que c'était quelque chose de facile et qu'elle a accepté, mais quelqu'un d'agité ou de vraiment psychiatrique euh ...

-Oui, ça peut les faire partir.

-Ca peut augmenter la violence, puis tu sais pas .. Donc très sincèrement, moi je pense que là, ça serait un peu ma partie échec du travail ... Je pense que c'est la fuite, franchement je pense que c'est la fuite sur un plan psychique comme ça. Déjà faut comprendre, tu vois ... Est-ce qu'il est en dépression? Même si c'est juste quelqu'un de déprimé ...

-Oui, qu'est ce qu'il se passe dans sa vie, est-ce qu'il y a des facteurs déclenchants, ...

-A part le voir arriver, si vraiment il peut pas te dire, s'il arrive et qu'il pleure, pourquoi il pleure? Il a mal? Il a mal où? Il a perdu quelqu'un? ... Après je sais qu'il y a des endroits où il y a des traducteurs assez facilement, ici euh ... Alors après, on essaye toujours de voir s'il y a pas un numéro de téléphone... SI!! Notre ami GoogleTrans!! Alors sauf que l'autre fois je suis tombée sur un monsieur russe, et qui écrivait en russe, et qui me le traduisait que en russe, donc il a pas compris que l'écriture cyrillique ça fonctionnait pas... Donc là on a vraiment vraiment vraiment eu du mal, même les médecins ont eu du mal, en plus c'était son fils qui était malade donc il était au taquet le monsieur... Sinon si maintenant GoogleTrans ça marche bien, clairement ... Mais encore une fois, pour une jambe cassée ça marche, pour une douleur psychique ... c'est mort ...

-Est-ce que tu parles une langue étrangère?

-Je parlote l'anglais... Je parlote.

-Et est-ce que ça te semblerait utile qu'on parle plusieurs langues dans notre métier?

-Très sincèrement, 80% de la population parle l'anglais. Après ici, à Bourg-Saint-Maurice, faudrait parler le Portugais, c'est sur... Après, les gens portugais arrivent souvent à se faire accompagner par quelqu'un qui parle français. Je pense que si on parlait déjà tous couramment l'anglais ça serait bien. Après je pense qu'il faut s'adapter suivant les lieux de travail. Mais est-ce qu'on peut parler tu vois? j'allais dire aujourd'hui on a de plus en plus de Russes, de plus en plus de Polonais, et puis bientôt ils veulent attirer les chinois. Est-ce qu'on pourrait apprendre toutes ces langues là, non, sachant que les Chinois parlent parfaitement l'anglais ....

-Je vois à Rennes, quand j'y suis en stage, c'est rare qu'on y soit amené à parler une autre langue comparé à ici.

-Mais je pense que de plus en plus, et puis les infirmières seront de plus en plus spécialisées, et qu'on fera de plus en plus, du moins je l'espère, de publications, et tout ça ça sera fait en Anglais. Moi quand on a fait mon mémoire, ça a été traduit en Anglais, c'est pas moi qui l'ai fait, mais y'a eu besoin de le traduire en anglais pour que ça soit exporté. Donc je pense juste qu'il faut qu'on parle tous anglais, malheureusement mais c'est comme ça, c'est la réalité. Après, puisque tu parles des langues, on a une collègue en médecine, où



il y a beaucoup de personnes âgées, on avait une collègue qui parlait le patois, alors c'est pas de l'anglais, c'est pas tout à fait une langue étrangère, mais quand même si, et c'était hyper utile. Et les personnes Alzheimer elles comprenaient le patois, et vraiment cette aide soignante euh..

-Elle était précieuse...

-Ah vraiment oui!! Elle apaisait les gens, c'était un truc de dingue! Vraiment! Le fait de parler la même langue, et une langue de leur enfance, c'était hyper apaisant.

-Même pour les gens en fin de vie qui vraiment se rattachent aux souvenirs de leur enfance.

-Après je te parle peut être dans le désordre mais je me dis qu'on devrait avoir des outils simples, notamment à l'entrée des urgences, avec des dessins justement, un bonhomme qui vomit, un bonhomme qui a mal, on devrait avoir des petites fiches comme ça, comme on utilise pour les enfants ou pour les gens qui communiquent pas. Ca serait simple. C'est vrai qu'il faudrait qu'on fasse ça!

-Du coup pour un patient qui parle pas la même langue, en général, ça signifie qu'il est issu d'une culture différente de la nôtre, je sais pas si t'es d'accord avec moi, et du coup, comment selon toi, assurer la même qualité de prise en soin à un patient d'une culture différente de la nôtre?

-Moi pour le coup, je pense que ça à rien avoir avec la langue, parce que quand on s'occupe de quelqu'un de musulman, de juif, un chinois, un français, on a déjà pas la même culture. Donc pour moi en tout les cas, la langue n'est pas une barrière culturelle. On peut parler une langue différente et avoir la même culture, et parler la même langue et avoir une culture différente. Donc très sincèrement, moi ce qui est adaptable en culture ça me pose aucun problème dans le soin, notamment dans les soins palliatifs, y'en a qu'on lave pas, y'en a qu'on lave, on met pas les mains en croix, ça me pose aucun problème tant que ça m'empêche pas de faire mes soins. En gros, une femme qui veut pas être examinée par un homme et que j'ai qu'un homme ça me pose problème, maintenant proposer une femme si j'ai une femme ça me pose pas de problème. Je pense que l'hôpital et les soins ne doivent pas s'adapter aux cultures si ça gêne, si une femme est voilée ça me pose pas de problème si elle a mal aux pieds. Si elle s'est ouvert le crâne et qu'elle veut pas quitter son voile ça me gêne mais sinon ça me gêne pas, ... Après y'a jamais rien qui culturellement ... Les personnes juives qui se font amener à manger ça me pose pas de problème ... Ca a jamais été un problème. Au contraire parce que si tu parles la même langue, t'échanges, et si tu parles pas la même langue, on en revient toujours au même problème, les échanges c'est compliqué. A la limite, si tu parles pas la même langue, c'est peut être là où je ferai le plus d'efforts en me disant il faut vraiment essayer de les rassurer. Dans la mesure du temps et du possible et tout ça. C'est peut être là la limite où je ferai le plus d'efforts, mais je trouve que dans le soin, on a quand même pas des demandes hallucinantes, je veux dire .... Y'a toujours des gens bizarres hein, mais très sincèrement, ....

-Est-ce que tu as d'autres choses qui te viennent à l'esprit?

-Si tu vois, juste le truc, il faudrait qu'on le fasse les images, ça nous simplifierait tellement la vie, parce qu'on a vraiment de plus en plus de gens étrangers, des Yougoslaves, enfin des langages totalement différents où on a vraiment aucun mots en commun. Tu prends un espagnol ou un italien, tu rajoutes un "a", un "o", un "i", t'arrives toujours à comprendre une sonorité, mais des nouveaux pays qui arrivent en vacances, fin les nouveaux riches, on va dire, qui arrivent, y'a rien en commun du tout.

-Merci en tout cas!

## Annexe VI

### Entretien n°2:

-Donc il s'agit de mon entretien pour mon mémoire sur la communication avec un patient qui ne parle pas la même langue que nous. Est-ce que tu peux me dire quels postes tu as eu et où, comme expérience professionnelle avant les urgences?

-Oui, j'ai bossé 8 saisons d'hiver en station chez un médecin libéral, et après j'ai fait beaucoup d'autres postes, en région parisienne, en hôpital, j'ai bossé en Corse en libéral, à Tahiti, en clinique, en prison dans le Val d'Oise, et voilà là les urgences depuis 10 ans.

-D'accord. Donc je commence dans le vif du sujet: pour toi, qu'est-ce que c'est le prendre soin?

-Donc tout patient confondus?

-Oui.

-Donc prendre en soin c'est prendre en charge un patient qui présente un problème de santé à l'instant T.

-Ok, et c'est quoi les critères de qualité du prendre soin du coup pour toi?

-Ca va être l'écoute, la communication avec le patient, et puis c'est mon côté urgentiste, la technicité.

-Oui, c'est propre à chacun. Alors du coup dans le cadre de mon mémoire, quels sont les éléments clés du prendre soin d'un patient qui ne parle pas la même langue?

-Ca va être la même chose pour moi, qu'il parle Anglais, Français ou Russe c'est pareil. Du coup les mêmes mots, communication, technicité, écoute, ...

-Ok, et dans ton rôle d'infirmière, quelle place tu accordes à la communication?

-Alors je dirai que ça se perd un peu avec le temps, donc moi ça fait 17 ans que je suis diplômée, 18 cette année, j'avoue que je pense prendre moins de temps surtout par le fait de travailler aux urgences, moins le temps de communication que j'ai pu avoir en service ou ailleurs...

-De moins en moins de place à la communication mais toujours quand même important?

-Oui, parce que pour moi manque de temps...

-Oui.. Et avec un patient qui ne parle pas la même langue du coup, dans la communication, quelles facilités as-tu rencontrées dans ton exercice professionnel?

-J'ai eu la chance de travailler, quand j'ai bossé en station, avec une Danoise qui était trilingue, et une Suédoise. J'étais la seule française, donc elles m'ont appris l'anglais médical, donc ca a été beaucoup plus facile et quand je suis arrivée aux urgences j'avais déjà les bases de l'anglais pratique, pratique infirmière.

-Parce que avant de travailler en station?

-J'avais un niveau bac Anglais, et clairement je n'avais pas, dans nos études à l'école on avait pas du tout de cours d'Anglais, donc j'avais juste le niveau bac, auquel j'avais eu une bonne note, mais qui reste un niveau scolaire, et j'avais pas du tout le langage infirmier, médical, donc j'ai tout appris là-haut en station.

-Oui c'est différent, on peut savoir parler Anglais mais...

-Tu sais pas parler l'anglais médical quand tu sors du Lycée si t'as pas fais comme vous vous faites vos cours ...

-C'est sur ... Et du coup, à l'inverse, quelles difficultés?

-Quelles difficultés j'ai pu rencontrer? Apprendre, moi ça a été difficile pour moi, je m'étais fait un carnet et je notais les mots, comment ça se disait et tout, parce qu'au début c'est

quand même compliqué de prendre en charge ces gens quand tu as pas les bases. Puis j'ai acquis au bout de quelques mois, de quelques années, c'est pas venu comme ça..

-Oui, à force de répétitions..

-Oui

-Alors justement comment tu fais quand t'es en difficulté avec un patient qui parle pas la même langue?

-Alors j'avoue, c'est rare, alors pas la même langue, l'anglais j'ai pas de problème, par contre oui on a quand même des patients qui parlent ni anglais ni français, Google traduction qui marche bien, ou je sais pas quelle appli, ou éventuellement quelqu'un de l'équipe qui parle cette langue, on a quand même des gens qui parlent espagnols, tu peux tomber sur quelqu'un qui parle un peu l'allemand, genre le chef de service (personne ressource). Mais voilà... On a des traducteurs mais je t'avoue que j'ai jamais fait appel.

-Ah oui vous avez des traducteurs ici aussi?

-Oui, on a des traducteurs de toutes les langues, mais on a quand même souvent quelqu'un au téléphone, l'accompagnant, un accompagnant au téléphone qui peut traduire. Souvent les gens qui viennent ici, des Polonais, des Ukrainiens, des gens comme ça, ils ont quelqu'un au bout du fil qui est bilingue normalement qui parle au moins Anglais ou Français, donc ils nous le passent, pour lui demander s'il a des antécédents, etc...

-D'accord... Et selon toi, quel impact peut avoir la barrière de la langue dans la qualité du prendre soin d'un patient qui parle pas la même langue?

-Bah clairement pour moi, passer à côté de quelque chose de grave...

-Un antécédent ou un symptôme par exemple?

-Oui... Clairement je trouve ça très difficile de prendre en soin les gens qu'on ne comprend pas parce qu'ils sont pas à même de nous expliquer le détail qui fera la différence de son diagnostic... Après bon... Ca reste médical derrière, le médecin derrière si lui se sent en difficulté, lui fera appel à un traducteur ou quelque chose comme ça... Mais c'est sur que c'est pas toujours évident.

-Te semblerait-il utile de parler plusieurs langues dans notre métier?

-Bien sur... Ca serait utile... Maintenant on peut pas imposer à une infirmière d'être trilingue... Fin déjà bilingue... Je me considère bilingue médicale en Anglais, après c'est pas demain que je vais me mettre à apprendre l'espagnol... J'en rêverais mais c'est trop tard, il aurait fallu que je fasse ça plus tôt...

-Oui et puis encore une fois c'est pas pareil d'apprendre l'espagnol et d'apprendre l'espagnol médical....

-Complètement...

-Donc, tu vas me dire si t'es d'accord avec moi, mais pour moi, si un patient ne parle pas la même langue que nous, on est sans doute de culture différente... Donc pour toi, comment on peut assurer la même qualité de soin à un patient d'une culture différente de la nôtre?

-Alors je dirai que c'est pas forcément qu'il parle pas la même langue qu'on est pas de la même culture... Parce que tu peux avoir des français qui parlent français et qui sont Musulmans et là c'est sur qu'on a pas la même culture... Moi ça rentre pas en ligne de compte la culture, sauf si on va tomber sur, on a souvent ce soucis, on a beaucoup de témoins de Jéhovah qui viennent, et eux dans leur culture ils ont pas le droit de recevoir du sang par exemple ou des choses comme ça, ça va être ça la barrière. Le problème c'est le refus de soins par rapport à leur culture. Et notamment cette population ça pose problème.

-Est-ce que tu vois d'autres choses en rapport avec ce thème que tu voudrais ajouter?

-Avec la barrière de la langue tu veux dire?

-Oui

-Là dans l'immédiat non... Mais je dirai quand même que les gens, notamment les anglais, apprécient beaucoup que le français parle leur langue, parce que eux ne parlent pas du tout... Eux ils l'apprennent très peu vu qu'eux sont la langue universelle, ils voient pas trop forcément l'intérêt de connaître une autre langue, ils font pas forcément d'efforts non plus, et c'est vrai que c'est quand même je pense sympa pour eux quand ils ont en face quelqu'un, "ouf, super, vous parlez Anglais!", et souvent ils te remercient, et ils aiment bien te congratuler sur ton anglais, et ça c'est toujours bon à prendre.

-Ok, merci beaucoup!

# En quoi la barrière de la langue entre le soignant et le patient influence-t-elle la qualité du prendre soin ?

## Intérêts professionnels:

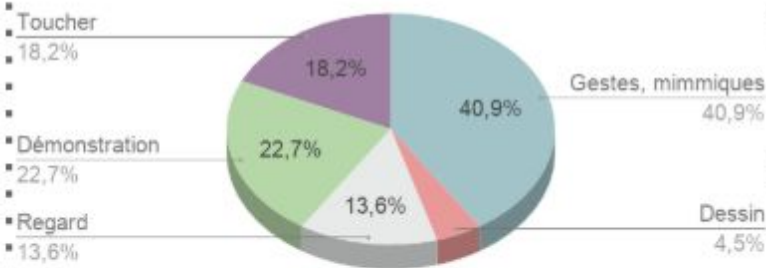
Sujet actuel, puisqu'avec l'augmentation des dynamiques migratoires et des déplacements touristiques, les infirmiers sont confrontés au quotidien à soigner des patients allophones.

## Méthode de recherche:

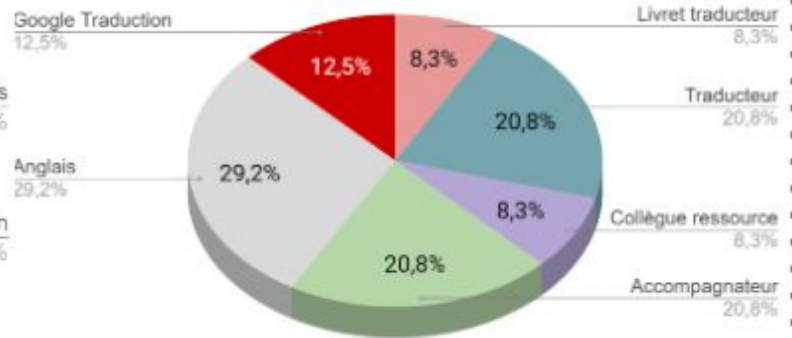
- Lectures d'ouvrages et d'écrits autour de deux grands concepts: prendre soin et communication.
- Entretiens semi-directifs réalisés auprès de 2 infirmières expérimentées aux urgences d'un hôpital de montagne.
- Discussion: confrontation des différents points de vue abordés à ma propre réflexion

## Analyse des entretiens:

### Adaptation, développement du non verbal



### Les techniques verbales au service de la barrière de la langue



Globalement, la barrière de la langue complique la prise en soin. Elle induit une adaptation de l'exercice soignant: recours au non-verbal, à l'anglais, compétence importante selon les infirmières interrogées.

## Discussion:

- Importance de pouvoir parler Anglais** dans l'exercice infirmier: expérimentation au quotidien pendant mon stage de S6-1.
- Barrière de la langue**: élément pouvant constituer une entrave à la relation de soin.
- Entrave que l'on peut dépasser** grâce à notre investissement auprès du patient, en reformulant nos phrases, en créant une sorte de **langage "pont" entre nos deux langues** (non verbal, mimiques, regard, ...) et grâce aux **nouveaux outils à notre disposition** (traducteurs en ligne, interprétariat, ...)

## Ouverture:

-Le dépassement de la barrière de la langue repose en partie sur l'implication du soignant auprès du patient allophone: en montrant son investissement au patient, celui-ci fait un "pas" vers lui, et crée une zone de confiance. Le patient peut à son tour faire un "pas" vers le soignant pour comprendre et se faire comprendre. Ceci amène à la question de recherche:

**En quoi l'implication réciproque dans la prise en soin, du soignant et du patient allophone, tend au bon déroulement du soin?**



NOM: BRILLOUET

Prénom: Sidonie

### La barrière de la langue dans le soin

Nowadays, due to the globalization which operates on our societies, nurses are more and more led to take care of patients who don't speak the same language as them. Whether for tourism or for political or economical reasons, those "new" patients have to be supported and cared the best way. Therefore, I have chosen to do my thesis on the topic of the language barrier, with the following issue: "How does the language barrier between patient and nurse influence the caring quality?". The intent of this thesis is to define the importance of communication in care supply, to understand the language barrier impact and what adaptations it requires from the professional exercise of nursing. For this aim, after having read about those subjects, I interviewed nurses, who have defined some specific elements of those type of carings: talking English, the importance of non-verbal communication, ... Therefore I led my own reflection and came to a final research question ....

Aujourd'hui, de par la mondialisation qui s'opère dans nos sociétés, les infirmiers sont amenés de plus en plus à prendre en soin des patients qui ne parlent pas la même langue qu'eux. Que ce soit pour du tourisme, pour des raisons politiques ou économiques, ces "nouveaux" patients doivent être accompagnés et soignés au mieux. Ainsi, j'ai choisi de baser mon MIRSI sur le thème de la barrière de la langue avec la question suivante: "En quoi la barrière de la langue entre le soignant et le patient influence-t-elle la qualité du prendre soin?". L'enjeu de cette recherche est de définir la place de la communication dans le soin, comprendre l'impact de la barrière de la langue et ce qu'elle induit dans l'exercice professionnel de l'infirmier. Pour cela, après avoir lu autour de ce sujet, j'ai mené des entretiens avec des infirmières, qui ont déterminé des éléments spécifiques à ces prises en soin: parler anglais, l'importance de la communication non verbale, ... J'ai donc mené ma propre réflexion et suis arrivée à une question de recherche finale ...

Key-Words: **Communication - Language Barrier - Quality - Caring -**

Mots-clés: **Communication - Barrière de la langue - Qualité - Prendre soin -**

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS: Pontchaillou

Adresse: 2, rue Henri le Guilloux, 35 000 RENNES

Mémoire d'initiation à la Recherche en Soins Infirmiers - Promotion 2017/2020