

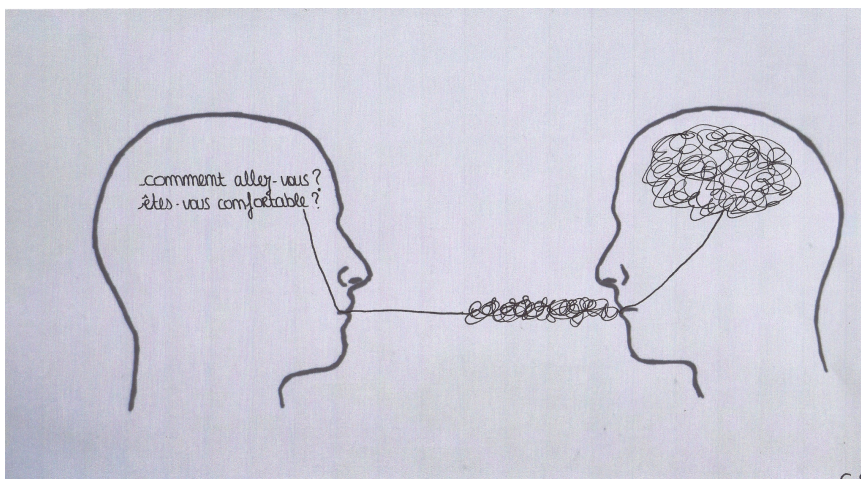


Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes

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.



Formateur référent : MALEYRAN Christophe.

HUTIN Margot

Formation Infirmière Promotion 2018-2021.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

## Diplôme d'État d'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'État 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 20/03/2021**

**Identité et signature de l'étudiant : HUTIN MARGOT**

Fraudes aux examens :

CODE PÉNAL, 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.

*« Si vous parlez à un homme dans une langue qu'il comprend, vous parlez à sa tête.*

*Si vous lui parlez dans sa langue, vous parlez à son cœur » – Nelson Mandela*

## Sommaire :

<b>Introduction.....</b>	<b>p1</b>
<b>Cheminement vers la question de départ.....</b>	<b>p2</b>
I- Situation de départ.....	p2
II- Questionnements.....	p3
III- Question de départ.....	p4
<b>Le cadre théorique.....</b>	<b>p5</b>
I- La relation soignant-soigné.....	p5
I-1 La définition.....	p5
II-2 Les différentes composantes de la relation.....	p5
II- La communication.....	p7
II-1 La communication verbale.....	p7
II-2 La communication non-verbale.....	p8
III- La barrière linguistique.....	p9
III-1 L'impact de la barrière linguistique sur la relation.....	p9
III-2 Les solutions permettant de surmonter la barrière linguistique.....	p11
<b>Le dispositif méthodologique du recueil de données.....</b>	<b>p14</b>
I-L'organisation des entretiens.....	p14
II-Les objectifs des entretiens.....	p14
III- La réalisation des entretiens.....	p14
IV- Le bilan du dispositif.....	p15
<b>L'analyse descriptive et interprétative des entretiens.....</b>	<b>p16</b>
I- Si on parle de fréquence.....	p16
II- Leur description de la relation avec une barrière linguistique.....	p16
III- Des difficultés ?.....	p16
IV- Leurs solutions pour pallier à cette barrière linguistique.....	p17
V- Un impact sur la relation selon les professionnelles.....	p17
VI- Leurs ressentis face à cette prise en soins.....	p18

VII- Des conseils ?.....	p18
<b>La discussion.....</b>	<b>p19</b>
I- La récurrence de la situation.....	p19
II- La relation soignant-soigné.....	p20
III- La communication : méthodes et conseils.....	p21
IV- Le ressenti des soignants.....	p24
<b>Conclusion.....</b>	<b>p27</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>p29</b>
<b>Annexes.</b>	
<b>L'abstract.</b>	

## **Remerciements.**

**Je tiens à remercier en premier lieu Mr MALEYRAN Christophe, le formateur qui m'a accompagné tout au long de l'écriture de ce mémoire et qui a su faire preuve d'écoute, de conseils et de réassurance jusqu'à la fin.**

**À quelques camarades de la promotion 2018-2021 avec qui nous avons partagé nos questions, nos doutes, nos idées, nos remises en question. Merci pour votre soutien.**

**Je remercie également les membres de ma famille pour leur aide, leurs conseils, leur relecture.**

**Enfin, je remercie Mr Serveau C pour son illustration qui égaie ma page de garde.**

## **Introduction.**

Dans le cadre de la dernière année de la formation en Soins Infirmiers, je suis amenée à réaliser un Mémoire d'initiation à la recherche en Soins Infirmiers.

Lors de nos différents enseignements, différents lieux de stages nous sommes amenés à rencontrer des situations, des personnes ou des professionnels qui nous touchent plus ou moins. Ces expériences diverses et variées forgent petit à petit notre identité de futurs professionnels de santé, et pendant ces 3 années de formation nous sommes amenés à réfléchir sur nos pratiques professionnelles, à nous remettre souvent en question, à apprendre de nos erreurs, à conduire une réflexion.

A la suite d'une expérience vécue en stage qui m'a touchée et suite à laquelle j'ai été amenée à me poser beaucoup de questions, j'ai choisi de diriger ma réflexion sur la barrière de la langue dans les soins.

Il me semble également qu'il soit intéressant d'explorer ce sujet car, du fait du nombre croissant de personnes non francophones séjournant ou de passage en France, nous sommes de plus en plus confrontés à cette barrière linguistique dans notre pratique professionnelle..

## **Cheminement vers la question de départ.**

### **I- La situation de départ.**

La situation qui m'a amené à travailler sur la barrière de la langue est une situation vécue lors de la sixième semaine mon stage du semestre 3 dans un service d'hépatologie et gastrologie. Nous accueillons en début d'après-midi, Monsieur S venant pour passer une coloscopie sous anesthésie générale le matin suivant. Monsieur S est un patient d'origine Géorgienne ne parlant pas du tout la langue Française. Il vient dans le service pour une coloscopie de dépistage dans un contexte d'anémie ferriprive.

A son arrivée, il est accompagné d'un ami et d'une interprète. Je lui présente la chambre dans laquelle il va séjourner le temps de son hospitalisation. Nous entrons dans celle-ci et commençons l'entretien d'entrée. Je commence par vérifier son identité, je lui demande son nom, prénom et date de naissance. L'interprète traduit mes propos, Monsieur S me tend son passeport pour que je vérifie les informations que je lui ai demandées. Je continue l'entretien en demandant les différentes informations nécessaires au séjour de Mr S ; l'autonomie, les éventuelles allergies, le régime alimentaire, la personne de confiance et ses traitements. Je lui explique ensuite le protocole de préparation digestive avec le produit qu'il a emmené avec lui. Je lui laisse la feuille de protocole où toutes les étapes et horaires sont notés dans sa chambre pour l'aider à comprendre. L'interprète traduit toujours mes propos au patient et nous réussissons à nous comprendre ainsi.

A la fin de ce moment, l'interprète s'en va nous expliquant qu'elle n'était convoquée que pour une certaine heure et doit donc s'en aller.

Je dis au patient que je dois maintenant lui poser un cathéter pour l'intervention, je vois à son visage qu'il n'a pas compris ce que c'était. Je vais donc chercher un cathéter dans mon chariot pour lui montrer et tenter de lui expliquer. Je lui montre le matériel et essaie de mimer sur mon bras ce que je vais faire. Il acquiesce en parlant dans sa langue et fait un signe de la main pour me dire qu'il a compris.



Je vais chercher mon chariot avec le matériel dont j'aurais besoin puis rejoins Monsieur S dans la chambre. Une fois dans la chambre avec le patient je lui demande de s'allonger en lui montrant le lit et lui explique, en utilisant des gestes, que je vais mettre le garrot pour repérer ses veines.. Mr S me fait comprendre, avec ses gestes et quelques mots, qu'il est habituellement difficile à piquer et qu'il faut s'y reprendre à 4/5 fois pour y arriver : « difficile veines 4/5 fois ».

Avant de commencer j'explique, toujours avec des mimes, que quand je piquerais il pourra inspirer fort et souffler au moment où je lui dirais. Il acquiesce en levant son pouce. En voulant remettre des gants rapidement, je casse mon premier gant, à ce moment Mr S rigole et me dit que j'ai trop de force en faisant le geste avec son bras. Je termine mon soin et, à ce moment, Mr S me demande quel médicament je lui injecte, je lui explique que ce n'est pas un médicament que c'est simplement du sérum physiologique pour rincer la veine. Voyant à son visage qu'il n'avait pas compris je reformule plus simplement en disant que « c'est comme de l'eau, pas un médicament » ; Monsieur S semble avoir compris.

Le soin se termine à ce moment, je redescends le lit du patient, range mon matériel et dit « je reviens tout à l'heure vous apporter la préparation, à plus tard » ce à quoi Mr S me répond « super, merci » avec un grand sourire.

## **II- Questionnements.**

Si l'interprète n'avait pas été présente au début aurait-il tout compris ? Aurais-je manqué des informations importantes ?

La "première impression/mise en relation" avec le patient aurait-elle été la même ? Du point de vue du patient et de mon point de vue ?

A t-il bien compris tout ce que je lui ai expliqué ? Ai-je bien compris tout ce que lui m'a dit ?

La relation soignant-soigné et la relation de confiance lors de l'accueil à l'hôpital est-elle impactée ? La barrière de la langue peut-elle être un frein à une relation soignant-soigné de qualité ? Quelles sont les répercussions que celle-ci entraîne ?

Existe-t-il des méthodes, protocoles, solutions pour garantir la transmission correcte des informations aux patients ? De même pour que la personne puisse nous transmettre ses interrogations, informations importantes etc..?

Une relation avec une barrière linguistique est-elle toujours mal vécue par le soignant ? par le patient ?

### **III- La question de départ.**

Avec le recul de la situation et les questions qui ont pu en émerger, il me semblait pertinent d'explorer non seulement la barrière de la langue dans les soins, mais aussi l'impact que celle-ci peut avoir dans la relation soignant-soigné.

C'est ainsi que je me pose la question suivante :

**En quoi la barrière de la langue peut-elle impacter la relation soignant-soigné lors de l'accueil d'une personne non francophone à l'hôpital ?**

Nous allons donc tout d'abord nous pencher sur la relation soignant-soigné dans sa globalité, ensuite nous nous pencherons sur la communication dans un contexte de soin puis nous terminerons avec la barrière linguistique.

## Le cadre théorique.

### I- La relation soignant-soigné.

#### I-1 La définition :

Le terme relation vient du Latin "*relatio*" qui signifie le "rapport". La relation est donc un lien qui met en rapport une personne à une autre.

#### I-2 Les différentes composantes de la relation :

Selon Louis Malaboef (1992) il existe 4 types de relation soignant-soigné :

- *Relation de civilité;* qui intervient en dehors des soins et qui correspond aux codes socioculturels ( être poli, saluer, se présenter etc..)
- *Relation fonctionnelle;* qui intervient dans le but de recueillir des données sur le patient afin de mieux le connaître.
- *Relation de compréhension;* dont le but est l'empathie, pour soutenir le patient ( écoute active, réassurance..)
- *Relation d'aide thérapeutique;* qui intervient dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique, dans le but de soigner le patient.

Dans la prise en soin d'un patient, toutes ces relations sont mises en œuvre plus ou moins consciemment par les professionnels de santé dans le but d'une prise en soin globale du patient.

Ensuite, comme nous avons pu l'étudier dans le cadre de l'Unité d'Enseignement intitulé *Psychologie, Sociologie et Anthropologie* au premier semestre de la formation en Soins Infirmiers, nous pouvons différencier 6 dynamiques de relations de soins:

- *L'alliance thérapeutique* qui peut être définie comme une collaboration active entre le soignant et le soigné dans un but thérapeutique nécessaire pour toute démarche soignante.

- *La bientraitance* définit par La Haute Autorité de Santé (HAS)

« Démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance ».

- *La maltraitance* qui peut se définir comme le fait d'agir sur quelqu'un ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation.

- *Le refus de traitement* qui évoque l'absence d'accord avec le patient autour d'un projet de soins acceptable malgré un processus décisionnel partagé.

- *L'observance* qui est la concordance entre le comportement du patient vis-à-vis de son traitement et les recommandations de son médecin.

- *La non-observance* qui, à l'inverse, est une discordance entre le comportement du patient vis-à-vis de son traitement et les recommandations de son médecin.

Ces différentes dynamiques de soins entre un patient et un soignant vont avoir un rôle dans la construction de la relation soignant-soigné et plus ou moins l'influencer de façon positive ou négative.

Enfin, dans les années 1950, le psychologue américain nommé Elias Hull Porter a mené une étude qui a permis de dégager 6 attitudes principales que nous appliquons spontanément dans nos relations et que nous avons pu étudier pendant le second semestre de notre première année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers à travers le cours de Mme Le Bihan.

- *Le jugement* : Attitude qui consiste à juger, évaluer ce qui est bien ou non, convenable, faisable, approuvé ou désapprouvé ce que l'autre dit.
- *L'interprétation* : Attitude qui consiste à renvoyer à son interlocuteur ce qu'on a compris de ses propos.
- *Le soutien* : Attitude visant à apporter à l'autre un encouragement, une consolation ou une compensation.
- *Le conseil* : Attitude qui consiste à dire à l'autre ce qu'il devrait ou ne devrait pas faire, proposer des solutions.

- *La compréhension* : Attitude consistant à reformuler le plus fidèlement possible ce qui a été exprimé par l'autre, pour clarifier ses propos sans les déformer.
- *L'enquête* : Attitude qui consiste à recueillir davantage d'informations sur ce qu'exprime l'interlocuteur, pour saisir au mieux sa pensée.

L'analyse de ces différentes attitudes nous permet de mesurer l'effet que nous produisons sur nos interlocuteurs et nous rend plus clairement conscients du genre de relations que nous établissons avec lui.

## **II- La communication.**

La communication, du Latin "*communicare*" ( mettre en commun, partager ) est un processus qui permet de transmettre des informations à autrui.

Le dictionnaire Larousse (n.d) définit la communication comme "*Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse*"

Pierre Lebel (1995) nous dit que :

*«L'infirmière est donc le pilier de la communication en ce sens qu'elle supporte toutes les communications autour du malade à propos de sa santé. A tous niveaux elle relaie entre le malade et d'autres personnes, même entre le malade et sa famille. Elle doit donc à la fois savoir écouter et savoir dire. » (p20)*

Ceci met en exergue l'importance de la communication dans une relation soignant-soigné.

### **II-1 La communication verbale :**

Comme nous avons pu l'apprendre dans le cours sur la théorie de la communication ( 15/04/19 ) de Mme Le Bihan Christine, pour Claude Shannon la communication est "*[...] un message transmis par un émetteur vers un récepteur dans un certain contexte.*" (Shannon et al., 2018)

Il sera le premier à créer un schéma de la communication et décrit dans celui-ci 7 éléments principaux :

- *L'émetteur* : La personne qui parle.
- *Le message* : Informations que l'émetteur veut faire passer au récepteur.
- *Le récepteur* : La personne destinataire des messages envoyés par l'émetteur.
- *Le feed-back* : Le retour que fait le récepteur.
- *Le canal* : Mode de transmission du message qui peut être bruité.

Les canaux techniques externes ( téléphone, lettres, mails..)

Les canaux physiologiques internes ( l'audition, le toucher, l'odorat, la vue ou le goût )

- *Le contexte* : Ce qui va influencer le contenu et l'interprétation du message.
- *Le code* : Décoder ce que dit l'autre.

Autrement dit, dans une relation le contexte est un facteur influant sur la communication avec le patient. En effet, si le contexte de la conversation n'est pas favorable à celle-ci, elle sera forcément impactée. De même pour les canaux de transmissions du message.

## **II-2 La communication non-verbale :**

La communication non-verbale est définie comme tous les messages transmis sans intervention de la parole, avec les gestes, les expressions corporelles etc..

Jean-Dominique Durbin (2011) précise que "*La communication non verbale représente 70 % des messages que l'on transmet et que l'on reçoit*" (p261) et Guy Barrier (2010) précise également que "*[...]les gestes permettent de compléter, de renforcer ou de contredire un message : en cela, leur rôle pragmatique est donc essentiel*" (p. 134).

Cela montre que la communication non verbale est une part très importante, voire essentielle de la communication avec un patient. C'est parfois en observant la personne avec qui nous sommes en relation, que nous pouvons nous rendre compte de choses qui n'ont pas été dites oralement. Par exemple, l'expression du visage peut transmettre un message tout à fait autre que celui que nous avons oralisé. De la même façon quand il y a un obstacle à la communication ( barrière de la langue, mauvaise audition etc..), un geste ou une expression du visage peut permettre de transmettre un message : un pouce levé pour donner son accord, un sourire pour exprimer la joie ou le contentement ou le froncement des sourcils pour exprimer l'incompréhension.

Guy Barrier (2010) ajoute par ailleurs *“Mais dans le même temps, le non-verbal peut être source de malentendus, de préjugés, de stéréotypes. En fonction de petits indices il nous arrive maintes fois de retirer de grandes conclusions, de confondre la partie pour le tout, la carte pour le territoire.”* (p134).

On comprend là l'importance de rester attentif aux gestes transmis et aux réactions que ceux-ci engendrent, car ils peuvent être source de malentendus ou d'incompréhension pouvant endommager ou altérer la communication et par conséquent la relation soignant-soigné.

### **III- La barrière linguistique.**

Christine Paillard, docteur en science du langage, citée par Brigitte Bourgeois (2016), définit la barrière linguistique ainsi; « *désigne une compétence freinée par l'usage non approprié d'une langue différente d'une autre à un moment donné* » (p26)

#### **III-1 L'impact de la barrière linguistique dans la relation :**

S'il existe un obstacle à la communication lors d'une prise en soin, cela pourrait entraîner des conséquences préjudiciables sur la compréhension, l'information et le consentement aux soins que nous souhaitons apporter aux patients.

Plusieurs textes encadrent ce droit à l'information et au consentement. Voici les principaux :

- La Loi du 4 mars 2002 consacre deux principes liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et aux traitements qui lui sont proposés et le droit du patient d'être informé sur son état de santé.

- La Charte de la personne hospitalisée ( Ministère des Solidarité et de la Santé, 2019 ), dit que « *L'information donnée au patient doit être accessible et loyale [...]* » ainsi que « *Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient* » et « *Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient* »

- L' article R4127-36 du Code de la Santé Publique précise que « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter le refus après avoir informé le malade de ses conséquences* ».

Ces textes mettent en avant le fait que l'information transmise au patient, ainsi que son consentement aux soins, doivent impérativement être recherchés et être clairs pour les deux parties et ce malgré l'obstacle à la communication.

D'autre part, lorsque l'on rencontre une personne non francophone, il est également probable que des différences culturelles plus ou moins importantes existent.

Selon le docteur en sciences infirmières Joyce Newman, citée par Brigitte Bourgeois dans l'article La créativité des soignants face à la barrière linguistique (2016), « *le phénomène culturel de la communication ne peut être minimisé, si l'on veut donner des soins culturellement adaptés* » (p29) autrement dit il faut rester vigilant aux différences culturelles, aux habitudes des patients car quelque chose qui nous paraît être commun et sans mauvaises intentions, pourra avoir une toute autre signification pour une personne d'une autre culture. C'est en intégrant cette dimension culturelle que la communication avec un patient qui ne maîtrise pas bien la langue française peut être facilitée.

Enfin, la barrière de la langue peut atteindre la relation soignant-soignée, la relation de confiance que nous essayons de construire avec tous les patients.

Une relation soignant-soigné biaisée par la barrière linguistique peut entraîner des conséquences sur le patient comme pour le soignant. En effet, d'abord du côté du patient, il



pourra se sentir incompris, impuissant, seul face au fait que les personnes qu'il a en face de lui ne le comprennent pas, ne comprennent pas ce qu'il ressent, ses craintes, ses douleurs etc.. Cela peut parfois engendrer du stress supplémentaire, de la peur parfois même de l'agacement, de l'agressivité de la part des patients.

Du côté soignant, cela peut engendrer également de l'impuissance, de la peur, du stress car nous avons le sentiment de ne pas réussir à répondre correctement aux besoins de ces patients, nous avons l'impression de passer à côté de quelque chose, une information importante, ne pas réussir à remplir notre rôle de soignant entièrement.

### **III-2 Les solutions permettant de surmonter la barrière linguistique :**

Selon le Docteur Charles Vanbelle cité par Jean-Dominique Durbin (2011) « *les problèmes linguistiques constituent la principale difficulté de prise en charge* » (p261) , il existe donc aujourd'hui des méthodes pour pallier ceux-ci.

Lorsque nous sommes amenés à communiquer avec une personne ne maîtrisant pas notre langue, un des premiers réflexes pour se faire comprendre est le "mimétisme". En effet c'est de manière inné que nous essayons de nous faire comprendre à l'aide de gestes reflétant parfois très approximativement ce que nous voulons dire. Il existe également aujourd'hui des moyens visuels caractérisant les besoins ou les actes les plus sollicités à l'hôpital permettant aux patients de comprendre ou de nous montrer ce qu'ils veulent, ou nous voulons leur dire. Pour exemple, l'ouvrage de Marie-José Michel (2000) reprend différents thèmes couramment utilisés au quotidien à l'hôpital avec des images simples permettant au patient de montrer simplement sur le livre ce dont ils ont besoin au personnel soignant.

Ces techniques suffisent parfois à comprendre les besoins les plus communs des patients (boire, manger etc..). Cependant, quand il s'agit de termes plus spécifiques ou d'informations importantes, le mimétisme et les images ne suffisent plus. En effet, le mime a ses limites. Nous ne sommes jamais sûrs à 100% que ces gestes soient compris par l'interlocuteur et une réponse mimée ne garantit pas une bonne compréhension du message transmis, ni le consentement du soigné.

Face aux difficultés rencontrées lors de prises en soins de personnes ne parlant pas leur langue, certains professionnels ont créé des outils disponible sur internet permettant de

traduire les mots, les phrases les plus couramment utilisés dans le domaine médical pour faciliter la communication avec leur patients.

Par exemple, une infirmière exerçant aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes a créé "TraLELHo" (*Traductions pour Les Étrangers à L'HOpital*) disponible sur internet et gratuitement. Dans le même principe, le Dr Charles Vanbelle a créé "traducmed" qui est également disponible sur internet et en application sur smartphone. Ces deux sites permettent de traduire dans plus d'une centaines de langues des phrases et questions couramment employées à l'hôpital et ainsi permettre une communication plus aisée.

Dans d'autres cas, quand une personne non francophone est hospitalisée, elle est souvent accompagnée d'un membre de sa famille parlant ou ayant des notions de français. Le rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé (2008) relève que :

*À défaut d'avoir recours à un interprète professionnel, les médecins essayent souvent de s'appuyer sur les familles pour se faire comprendre. Le patient ne parlant pas français est ainsi accompagné tout au long de sa prise en charge par un membre de sa famille qui joue le rôle d'interprète. Cette solution n'est cependant pas totalement satisfaisante. En effet, la qualité de la traduction peut être problématique. Le patient et le traducteur peuvent également être gênés d'aborder certains problèmes de santé (sexualité, addiction...) devant un membre de sa famille. Enfin cette méthode de traduction pose de toute façon la question de la confidentialité des informations transmises. (p9)*

Les personnes accompagnant les patients sont généralement leurs enfants qui, eux, ont appris le français à l'école. Dans ce cas, la communication et l'échange d'informations avec le patient devient plus aisé. Cependant cette technique a aussi ses limites. En effet, le vocabulaire médical n'est pas toujours connu par le membre de la famille et peut être donc déformé ou mal interprété. Ceci peut engendrer de l'incompréhension entre les deux parties. Il faut également prendre en compte le secret professionnel et la confidentialité des informations traduites, par exemple le patient pourrait ne pas souhaiter que certaines

informations concernant sa santé soient communiquées devant son enfant, un membre de sa famille ou une connaissance.

Une autre solution peut alors être envisagée : *l'interprétariat*.

Qu'il soit professionnel ou non, l'interprétariat paraît être une des solutions les plus adéquates pour pallier cette barrière linguistique. En effet, il existe aujourd'hui dans certains hôpitaux un réseau de personnes parlant couramment une ou plusieurs langues et qui sont appelés pour être interprètes dans les services hospitaliers. Certains soignants peuvent également jouer ce rôle s'ils ont ces capacités. Cela paraît être une bonne alternative puisque ces personnes sont formées et connaissent donc le vocabulaire médical et les particularités de la confidentialité et du secret professionnel. Un climat de confiance où le patient pourra plus facilement se confier s'instaure alors .

Par ailleurs Claire Mestre anthropologue psychothérapeute, citée par Brigitte Bourgeois (2016), précise que

*« toute personne bilingue n'est pas forcément un bon interprète, il faut acquérir une position : le secret et le non jugement, une technique de traduction au plus près des mots du patient, une juste distance relationnelle vis-à-vis du professionnel soignant et du patient ».* (p28)

En effet, le choix de la personne qui va traduire et donc faire le lien entre les soignants et le patient est primordial pour garantir l'exactitude des informations transmises et le respect de celles-ci et ainsi favoriser une relation soignant-soigné de qualité.

## **Le dispositif méthodologique du recueil de données**

### **I- Organisation des entretiens.**

Du fait du contexte actuel et de la crise sanitaire, nous n'étions pas autorisés à faire des entretiens en présentiel avec des professionnels du CHU hormis ceux que nous pouvions rencontrer pendant nos stages du semestre 6.

Prenant en compte cette contrainte j'ai décidé de rechercher des infirmières dans mon entourage et mes connaissances. C'est ainsi que j'ai pu rencontrer via GoogleMeet, après échanges de mails pour la prise de rendez-vous, deux infirmières diplômées toutes les deux depuis 3 ans; une infirmière travaillant dans un service de rhumatologie, dermatologie, endocrinologie et diabétologie et dans un service Médecine Interne et Maladie Infectieuse dans la ville de Cherbourg ainsi qu'une infirmière exerçant dans un service de diabétologie à Strasbourg.

Le fait que ces deux infirmières travaillent toutes les deux en diabétologie était une coïncidence.

### **II- Objectifs des entretiens.**

L'objectif de ces deux entretiens était d'échanger avec des professionnels de santé qui rencontrent fréquemment des personnes allophones et ainsi pouvoir recueillir leur ressenti face à ces situations, les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, les moyens qu'ils mettent en place pour la communication avec ces patients, l'impact de la barrière de la langue sur le prendre soin selon eux, et enfin les conseils qu'ils pourraient apporter pour une prise en soins de qualité de ces patients.

### **III- Réalisation des entretiens.**

Avant de rencontrer les infirmières via GoogleMeet, nous avons échangé par courriel pour leur expliquer brièvement mon sujet de recherche ainsi que les objectifs de l'entretien avec

une durée approximative de l'échange pour qu'elle puisse s'organiser puisque ces entretiens étaient fait sur leur temps personnel. Je n'ai pas imposé de date, nous avons convenu ensemble d'un moment propice pour nous deux.

Quand nous nous rencontrons à l'heure du rendez-vous, je commence par les remercier de se rendre disponible pour répondre à mes quelques questions, les informe à nouveau sur le temps que cette rencontre et précise que l'entretien va être enregistré et que si elles veulent ne pas mettre leur caméra elles le peuvent.

L'entretien commence, dans un premier temps j'explique pourquoi j'ai choisi ce sujet de recherche et leur expose brièvement ma situation de départ puis, nous poursuivons avec les questions que j'ai préparé en amont avec mon guide d'entretien en le respectant plus ou moins au fur et à mesure de la discussion.

Je termine par les remercier encore une fois du temps qu'elles m'ont consacré.

#### **IV- Bilan du dispositif.**

La principale difficulté pour la réalisation de ces entretiens était la situation sanitaire et le fait de ne pas pouvoir rencontrer en face à face des professionnels de santé. En effet, le fait que l'entretien soit fait en visioconférence les professionnels n'était pas forcément à l'aise avec cette méthode car n'avaient pas l'habitude de celle-ci. Cette méthode a également quelques inconvénients tels que la qualité de l'image et du son etc... De ce fait même si la conversation s'est faite naturellement, je pense que l'utilisation de la visioconférence peut-être une limite.

Cependant, j'ai pu m'entretenir avec deux infirmières qui rencontrent régulièrement des personnes ne parlant pas leur langue. Elles ont donc pu me renseigner de façon assez réaliste sur leur quotidien quant à cette prise en soin, ainsi que les méthodes qu'elles, ou leur service, mettent en place pour celle-ci.

## **L'analyse descriptive des entretiens**

### **I- Si on parle de fréquence.**

Pour ce qu'il s'agit d'incidence, les deux infirmières étaient d'accord pour dire que la prise en soins des patients non francophones était assez fréquente dans les régions (Normandie , Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine) où elles résident et parlent notamment de « vagues » en périodes de vacances par exemple. En effet, elles évoquent toutes les deux une recrudescence importante de ce phénomène pendant les vacances d'été.

La seconde infirmière ajoute également à la fin de l'entretien qu'aujourd'hui, et dans les années à venir, nous serons de plus en plus amenés à rencontrer ce genre de situation où la barrière de la langue est présente dans notre prise en soin.

### **II- Leur description de la relation avec une barrière linguistique.**

Concernant leur description de la relation soignant soigné, la prise en soin d'une personne qui ne parle pas leur langue, les deux infirmières n'ont pas évoqué les choses de la même manière.

Pour la première infirmière, la relation passe beaucoup par le sourire, le regard, la bienveillance, qu'une relation de confiance se construit tout de même au fur et à mesure pour une bonne relation de soins. En revanche, la deuxième IDE évoque plutôt une relation compliquée, avec une communication compliquée de la même manière.

### **III- Des difficultés ?**

Quand nous avons évoqué les difficultés lors de la prise en soins des patients ne parlant pas notre langue, les IDE se sont rejoints dans leur réponses, elles ont toutes les deux mis en évidence les difficultés de compréhension des termes techniques, précis mais nécessaire à la prise en soins des patients. Le début de la relation de confiance, avec des difficultés d'approfondissement des entretiens est pour elles une des principales difficultés.

Une nuance s'est faite tout de même ; pour la première infirmière ces difficultés se retrouvent seulement au début de la prise en soin, puisque pour elle avec son expérience, au fur et à mesure de l'hospitalisation ces difficultés du début diminuent vraiment. Alors que pour la deuxième infirmière, ces difficultés ont tendance à se prolonger pendant toute l'hospitalisation mais évoque quand même des améliorations en fonction de la volonté du patient.

#### **IV- Leurs solutions pour pallier à la barrière linguistique.**

Pour ce qui est des solutions qu'elles utilisent dans leur quotidien auprès des patients ne parlant pas leur langue, les deux infirmières ont donné des réponses similaires sur quelques outils comme par exemple les applications de traduction ou encore le mime. Elles ont toutes les deux évoqué l'importance des indications que leur collègues pouvaient leur donner quant à certains patients qu'elles ont elles-même déjà pu voir et donc pu communiquer avec eux. Le recours à des traducteurs professionnels ou non a été également évoqué des deux côtés. La deuxième infirmière évoque en plus le fait de faire appel à un ou plusieurs membres de la famille qui pourraient avoir des notions de français ou parler la langue couramment. Celle-ci me parle également de différents supports écrits et multipliés en plusieurs langues qu'ils ont pu créer dans son service de soins pour communiquer avec les patients et contribuer à leur éducation thérapeutique notamment.

#### **V- Un impact sur la relation selon les professionnelles.**

Pour cette question, les deux réponses ont été vraiment différentes. Pour la première infirmière, c'est vraiment le début de la relation de confiance qui est compliquée. En effet, elle me rapporte que créer une relation de confiance prend un peu plus de temps avec une personne qui ne parle pas notre langue, qu'elle se créera avec un peu plus de difficulté mais que ce n'est vraiment pas un frein à long terme pour elle.

Pour la deuxième infirmière, la relation soignant-soigné est forcément impactée. Pour elle il y aura moins d'approfondissement dans la relation, moins de présence auprès du patient

donc la relation sera compromise. Elle évoque aussi le fait que la famille est également impactée par cette barrière linguistique.

## **VI- Leurs ressentis face à cette prise en soins.**

Pour la question du ressenti qu'elles ont face à ces situations de barrière linguistique, elles évoquent toutes les deux une forme d'appréhension, de stress. La deuxième infirmière me parle également d'un effort supplémentaire à faire, de pression, d'énervernement supplémentaire. Elle insiste sur le fait que ce soit compliqué comme prise en soin et que parfois il y a une sorte de sentiment d'impuissance qui s'installe avec certains patients.

## **VII- Des conseils ?**

Ma dernière question portait sur les conseils qu'elles pourraient donner à des soignants pour une prise en soin « optimale » d'un patient avec qui nous présentons une barrière linguistique.

La première infirmière insiste sur la bienveillance autour de ces patients, le fait de garder le sourire, ne pas se montrer agacé ou déstabilisé par la situation, ne pas baisser les bras, ne pas laisser tomber. Elle reprend également les outils tels que les mimes, les applications, et toutes les ressources que nous pouvons avoir à notre disposition pour communiquer avec ces personnes.

La deuxième infirmière évoque le fait d'avoir beaucoup de patience, de s'investir, de se renseigner sur son temps personnel pour essayer d'améliorer la communication et donc la prise en soin des patients.



## **La discussion.**

Pour cette dernière partie j'ai choisi d'organiser son écriture en regroupant certaines questions des entretiens pour ainsi avoir 4 grandes parties. Une première partie sur la récurrence de cette situation, une seconde portant sur la relation soignant-soigné, une troisième sur la communication et une dernière partie focaliser sur le ressenti des soignants.

### **I- La récurrence de la situation.**

Cette première question était pour moi l'occasion de savoir si les professionnelles avec lesquelles j'allais m'entretenir avaient l'habitude ou non de prendre en soin des personnes ne parlant pas leur langue. En effet, il me semblait intéressant de savoir à quelle fréquence elles étaient confrontées à ces situations pour ensuite, peut-être, pouvoir confronter leurs deux réponses. Ils se rendent compte que ces deux infirmières se rejoignent beaucoup sur leur réponse. Toutes les deux ont évoqué le fait qu'en période de vacances ce phénomène était plus fréquent, et qu'en règle générale elles rencontraient des personnes ne parlant pas leur langue assez régulièrement. Je pense que leur situation géographique peut jouer car elles se trouvaient toutes les deux dans des régions où il peut y avoir un flux migratoire important et/ou des voyageurs ou vacanciers qui passent par celles-ci comme elles ont pu le souligner. Je pense également qu'aujourd'hui les personnes ont peut-être plus de facilité à voyager dans des pays étrangers qu'auparavant, que ce soit pour le tourisme ou pour le travail. Par conséquent, nous sommes plus susceptibles de rencontrer des personnes étrangères dans les services de soins. On peut se demander par ailleurs si ce phénomène est plus fréquent ou non dans les pays qui attirent beaucoup la population touristique et de la même façon dans les régions françaises connues pour être attrayantes touristiquement.

Dans cette même réflexion, on peut se demander également s'il y a certains services potentiellement plus susceptibles que d'autres d'accueillir des personnes ne parlant pas la langue. Par exemple, les urgences est un service de soins qui accueille tout au long de l'année beaucoup de personnes pour des raisons diverses et variées et, pour y avoir effectué un stage je me rend compte que par rapport à d'autres services où j'ai pu exercer, nous rencontrons au moins une fois par jour une personne qui ne parle pas notre langue et pour qui il est parfois compliqué de communiquer, de comprendre pourquoi ils sont là. Il est vrai

que le service des urgences est un milieu où les personnes étrangères vont peut-être plus facilement se diriger lorsqu'elles ont un problème de santé car il reste une référence lorsque l'on ne connaît pas la ville, la région ou le pays dans lequel elles se trouvent. De la même façon SOS Médecin, le SAMU et les pompiers sont certainement aussi régulièrement confrontés à cette même barrière linguistique.

## **II- La relation soignant-soigné.**

Lorsque j'ai abordé avec les IDE la question de la relation soignant-soigné, elles ont toutes les deux évoqué le terme "compliqué". Que ce soit pour le début de la relation pour la première ou pour la deuxième une relation compliquée pendant toute l'hospitalisation. Elles expliquent ceci par les difficultés de communication. En effet, il est complexe pour elles de créer un lien avec une personne avec laquelle il est difficile de se comprendre. Une nuance se fait tout de même entre les deux professionnelles comme nous avons pu le voir dans la partie descriptive; la première IDE croit au fait que la relation de confiance s'installe au fil de l'hospitalisation, met plus de temps mais s'installe tout de même. L'autre infirmière émet plus de réserve et décrit une relation plus distanciée, en étant moins présente, moins d'approfondissement sur la connaissance de la personne soignée.

Se pose alors, pour moi, la question de l'impact sur la qualité de la prise en soin. Notre métier de soignant est basé sur le fait que nous travaillons auprès d'humains, de personnes qui sont à l'hôpital parce-qu'ils ont des besoins. Ces besoins restent communs à toute personne hospitalisée bien-sûr que la langue diffère ou non. Ainsi, dès qu'ils arrivent à l'hôpital une relation s'installe, comme nous avons pu le voir dans la partie théorique avec les différentes relations décrites par Louis Malaboef (1992). Dans un premier temps une relation de civilité qui ne me semble pas vraiment altérée avec la barrière de la langue. Celles qui seront le plus impactées à mon sens sont la relation fonctionnelle et la relation d'aide thérapeutique qui a pour but de recueillir des informations sur le patient pour mieux le connaître pour la relation fonctionnelle et la relation thérapeutique qui intervient dans le but de le soigner. Elles seront par conséquent impactées s'il existe entre le soignant et le patient des difficultés de communication et en particulier de compréhension.

Rappelons que la Charte du patient hospitalisé ainsi que la loi du 4 mars 2002 soulignent le fait que tout acte médical doit être pratiqué qu'avec le consentement de la personne et que celui-ci doit être libre et éclairé. Qu'en est-il alors si le patient ne comprend pas l'acte que nous souhaitons faire ? Son consentement sera forcément biaisé ou sera dans certains cas absent. Nous voyons ici que le respect de ces textes est parfois complexe, cependant à mon sens il est primordial pour la qualité de la prise en soin de nos patients. Mettons nous à leur place et imaginons que s'ajoute au stress de l'hospitalisation souvent présent, une incompréhension quasiment totale de ce que ces soignants veulent nous faire, des explications du médecin sur notre diagnostic etc.. Ainsi il me semble important, comme l'a souligné la première IDE, de faire preuve de patience et de bienveillance de manière plus accrue qu'avec les autres patients dans le but d'être tout à fait sûr de la bonne compréhension de nos actes par le patient. Je pense qu'une relation soignant-soigné de qualité passe en majorité par ceci mais comme avec tous nos autres patients finalement, ce qui diffère seulement c'est l'investissement personnel et le temps qui va peut-être être un peu plus long pour la construction de cette relation. L'expérience que j'ai pu avoir avec le patient de ma situation d'appel montre en effet qu'il est tout à fait possible d'entrer en communication avec quelqu'un qui ne parle pas français et que nous arrivons même à rigoler ensemble.

### **III- La communication : méthodes et conseils.**

Abordons maintenant les méthodes que nous pouvons utiliser pour communiquer. Le premier réflexe que nous avons quand quelqu'un ne comprend pas ce que nous voulons lui dire est d'essayer de le mimer. Ces gestes simples peuvent souvent suffire lorsque nous voulons exprimer un geste ou un besoin plutôt simple, en revanche comme nous avons pu le voir dans la partie cadre théorique, nous ne sommes jamais sûrs à 100% qu'il a été compris comme nous avons voulu le faire comprendre.

Quelque chose qui est beaucoup utilisé également lorsque nous rencontrons des soucis liés à la barrière de la langue, c'est l'utilisation de l'Anglais. En effet, l'Anglais est une langue très répandue dans le monde et apprise à l'école dans beaucoup de pays donc la majorité d'entre nous ont quelques notions d'Anglais sur des mots simples qui peuvent nous aider au même titre que les mimes. En revanche, si les deux parties n'ont pas le même niveau de maîtrise de la langue, le problème de la barrière linguistique reste présent pour ce qui est de l'approfondissement de la connaissance de la personne, l'explication des termes techniques et des soins ou diagnostics.

Ensuite, au jour d'aujourd'hui la technologie est présente et connue de quasiment tout le monde. Beaucoup d'entre nous avons en permanence nos téléphones sur nous avec une connexion internet ce qui permet d'avoir accès à des services de traduction tels que Google traduction ou encore bien d'autres. Ceux-ci facilitent grandement la communication puisqu'ils s'occupent de traduire ce que nous écrivons ou disons dans notre langue. Attention, comme toute technologie, ces outils ont des failles. En effet, ils ne traduisent parfois pas correctement ou fidèlement et peuvent ainsi causer des malentendus, des incohérences, de plus certaines langues ne sont pas référencés comme le dit Marion, V. une infirmière citée dans un article de l'Eclaireur; *"Pour la quinzaine de langues les plus courantes, on peut se débrouiller avec les traductions de Google. Mais pour traduire du kazhak par exemple, c'est nettement plus compliqué !"*. Comme les deux infirmières ont pu affirmer par leur expérience, souvent les personnes étrangères ont avec eux ce genre d'outils et proposent d'eux même de l'utiliser pour faciliter la communication. Il est vrai que ce genre de technologie permet de discuter plus facilement avec eux même si évidemment la conversation est moins naturelle. Nous pouvons avec ceci parler avec plus d'aisance, ne pas se cantonner aux explications médicales et ainsi créer plus aisément une relation avec le patient. En revanche, il est important de souligner que dans certains services par exemple il n'y a pas d'ordinateur à disposition pour aller dans les chambres, où le téléphone portable dans les poches des soignants est interdit. De même, certaines générations de soignants ne sont pas toujours à l'aise avec les outils informatiques et n'ont pas les ressources nécessaires à l'utilisation d'un logiciel de traduction par exemple. Nous pouvons également ajouter le fait que bien qu'il existe beaucoup de logiciels de traduction, il en existe même spécifiques

au milieu médical, mais ceux-ci sont peu connus. En effet, en discutant avec beaucoup de soignants lors de mes stages, très peu ont connaissance de l'existence de Traducmed par exemple. Ceci est à prendre en compte également car effectivement ces outils nous sont d'une grande utilité mais faut-il les avoir à disposition et savoir comment les utiliser sans que ce soit encore plus chronophage.

Quand les outils ne suffisent plus ou quand l'occasion se présente dès le début de la prise en soin, l'utilisation d'une tierce personne qu'elle soit professionnelle ( les interprètes ) ou non ( le plus souvent un membre de la famille ) facilite grandement la prise en soin du patient. Une personne peut se présenter à l'hôpital avec une personne qui parle la même langue que lui ainsi que le Français, dans ces cas là il est plus facile de communiquer avec elle puisque la tierce personne va répéter de manière générale assez fidèlement ce que nous disons et ce que la personne va nous répondre. Ainsi l'entretien d'accueil va être plus enrichissant, nous allons avoir peut-être plus de détails sur la personne, sur sa maladie, sur sa douleur etc...

En revanche, comme l'a dit Claire Mestre anthropologue psychothérapeute, citée par Brigitte Bourgeois (2016), précise que « *toute personne bilingue n'est pas forcément un bon interprète, il faut acquérir une position : le secret et le non jugement, une technique de traduction au plus près des mots du patient, une juste distance relationnelle vis-à-vis du professionnel soignant et du patient* » En effet lorsqu'une tierce personne est sollicitée dans la prise en soin d'un patient, se pose la question du secret professionnel. Il faut être sûr que celui-ci va être respecté, il faut également prendre en considération que si une personne de la famille est incluse dans la prise en soin d'un patient la question de l'intimité est également remise en cause. Comme nous avons pu le voir dans la partie du cadre théorique, le patient n' a peut-être pas envie que le membre de sa famille présent ou contacté par l'équipe soignante soit au courant de son état de santé ou des détails de celui-ci.

Se pose également la question de la qualité des informations transmises lorsque la personne qui joue le rôle d'interprète n'est pas formée à ce rôle. Les termes techniques médicaux ne sont pas connus de tous dans la population non soignante donc ne seront potentiellement pas traduits fidèlement. Tout ceci engendre parfois des malentendus, des incompréhensions

et ainsi des conséquences à long terme sur la prise en soin du patient puisque s'il n'a pas compris comment bien observé son traitement, son diagnostic, la conduite à tenir par le médecin etc.. il y a potentiellement un retard de prise en soin qui se crée, un mécontentement de la part du patient ou des conséquences bien plus graves à long terme.

Pour ce qui est des conseils que les infirmières ont pu donner pour une prise en soin 'optimale' d'un patient avec lequel nous n'avons pas la langue en commun, le point commun reste tout de même la patience. Je suis en accord avec ceci, en effet malgré tout ce que nous pouvons mettre en place pour communiquer et surtout se comprendre parfois cela ne suffit pas. Les mimes ne traduisent pas assez fidèlement les mots, les traducteurs qu'ils soient électroniques ou personne réelle peuvent commettre des erreurs de la même façon. Ainsi, il me semble important de garder à l'esprit que les informations sur l'état de santé de la personne ou concernant son hospitalisation doivent être claires pour les deux parties comme nous avons pu le voir dans une précédente partie avec la réelle importance du feedback. C'est pour cela qu'il faudra faire preuve de patience et d'imagination parfois.

#### **IV- Le ressenti des soignants.**

Le ressenti face à une prise en soin est bien sûr propre à chacun. Face à une difficulté, chacun réagit de manière différente. Le fait de prendre en soin quelqu'un qui ne parle pas notre langue en ai une. Les deux infirmières avec lesquelles j'ai pu m'entretenir ont toutes les deux évoqué une forme d'appréhension, ou de stress, comme nous avons pu le voir dans la partie descriptive des entretiens. Pour ma part, il est vrai qu'être dans cette situation est toujours source d'appréhension puisque notre rôle est parfois de rechercher, comprendre, analyser ce que le patient nous dit vis-à-vis de son état de santé. Si l'on ajoute la barrière linguistique à ceci, ce rôle en devient forcément plus compliqué. Ne pas comprendre ce que la personne qui est en face de nous veut nous communiquer, parfois en vain, est quelque chose d'assez frustrant pour ma part en tout cas. Par exemple, lorsque j'étais en stage aux urgences avec l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation et que j'accueillais une personne s'exprimant seulement dans une langue étrangère, l'entretien était compliqué. Nous

comprenons visuellement que la personne souffre, nous montre par exemple avec des gestes que la douleur se situe au niveau de l'abdomen mais nous avons du mal à poursuivre l'investigation. Un sentiment de frustration, d'impuissance apparaît souvent dans ces situations. Comme l'évoque la deuxième IDE, il peut s'ajouter un certain agacement également qui je pense est légitime dans certaines situations car un soignant reste malgré tout un être humain en premier lieu. La perte de patience et l'agacement peut tout à fait apparaître dans l'exercice de nos fonctions et pas seulement dans les situations de barrière linguistique. Cependant, il faut garder à l'esprit que tous ces sentiments peuvent aussi être ressentis par les patients, eux aussi dans la plupart des cas ne comprennent pas nos communications et nos attentes .

Je pense donc qu'il est important de rester dans la bienveillance et de prendre son temps même si effectivement construire une relation soignant-soigné avec un patient qui ne parle pas notre langue sera chronophage.

Enfin, si je compare mon expérience avec les dires des deux infirmières avec lesquelles j'ai pu m'entretenir, je pense que l'expérience de ces situations est un réel atout pour réussir à construire une relation soignant-soigné avec des personnes ne parlant pas notre langue. En effet, pour n'avoir été confronté que quelques fois à ces situations je constate qu'il est encore compliqué pour moi de m'entretenir réellement avec une personne ne parlant pas ma langue maternelle.

Les infirmières avec lesquelles je me suis entretenu ont, elles, 3 ans de diplômes et rencontrent régulièrement ce genre de situation. Elles aussi ont parfois encore des difficultés face à celle-ci même si selon elles, avec un petit peu d'expérience elles ont été un peu plus à l'aise, elles ont réussi à trouver un équilibre qui leur permet de communiquer avec ces personnes. En revanche pour elles, le plus compliqué reste évidemment l'approfondissement des entretiens à l'accueil, les termes techniques souvent méconnus et difficiles à expliquer avec des mots simples.

Bien sûr, il existe toujours des solutions pour réussir à se faire comprendre. Nous avons aujourd'hui à notre disposition beaucoup d'outils qui nous facilitent la communication et qui, même sans eux, nous arrivons à communiquer à l'aide de gestes en restant dans les besoins les plus simples. En revanche, je ne peux toujours pas dire que je suis à l'aise dans ces situations.



## Conclusion.

C'est la rencontre, lors de mon stage du semestre 4, avec un patient d'origine Géorgienne, ne parlant pas un seul mot de français, qui a initié ma réflexion sur la prise en soin avec une barrière linguistique. Cette prise en soin m'a amenée à me poser beaucoup de questions concernant notamment la communication avec ces patients et sur l'impact que la barrière de la langue pourrait potentiellement avoir sur la relation soignant-soigné.e. C'est ainsi que ma question de départ s'est construite : **En quoi la barrière de la langue peut-elle impacter sur la relation soignant-soignée lors de l'accueil d'une personne à l'hôpital ?**

Au fil de mes recherches, je me suis penchée dans un premier temps sur la relation soignant-soigné.e en elle-même, puis ensuite sur la communication et enfin sur la barrière linguistique avec les différentes solutions qu'il était possible de mettre en place pour pallier à celle-ci.

Pour étayer mes recherches, j'ai pu m'entretenir avec deux infirmières qui, dans leur pratique quotidienne, sont fréquemment confrontées à la prise en soin des patients ne parlant pas leur langue. Ces deux entretiens ont pu me renseigner sur la réalité du terrain puisque mon expérience personnelle était limitée. L'analyse de ces deux entretiens ont soulevé le fait que la construction d'une relation soignant-soigné.e avec une personne non francophone est souvent compliquée, qu'elle requiert plus de temps. Le principal facteur est un défaut de compréhension lors de la communication avec la plupart du temps un manque d'approfondissement de la connaissance de la personne, des explications des termes techniques complexes. Ainsi, la relation en est impactée.

En revanche, avec l'analyse de ces entretiens et mes recherches personnelles j'ai pu approfondir mes connaissances sur les moyens qui peuvent être mis en place pour faciliter la communication dans une autre langue et en découvrir certains. En effet, bon nombre d'outils de traduction existent aujourd'hui pour faciliter la compréhension des patients comme celle des soignants et ceux-ci sont amenés à se développer au fil du temps avec l'avancée des technologies entre autres. Des outils sont aussi créés par des soignants qui rencontrent ces difficultés au quotidien et qui sont soucieux d'améliorer leur pratique.

De manière globale, je pense que la barrière linguistique a en effet un impact sur la relation soignant-soigné.e. Cela s'explique par le fait que la construction de la relation mettra plus de temps à se faire, que les deux parties devront faire des efforts pour faire un pas plus important vers l'autre pour son bon fonctionnement. En revanche je pense qu'il est tout de même important que la barrière de la langue ne soit pas un réel frein à la construction d'une relation de confiance avec ces patients. Même si la langue diffère, leurs besoins eux sont les mêmes que n'importe quelle personne hospitalisée. Il est vrai que créer cette relation mettra forcément un peu plus de temps, sera peut-être plus compliqué pour nous comme pour eux. C'est aussi notre rôle de soignant d'essayer de tout mettre en œuvre pour que ces besoins soient pris en compte et de s'assurer que la communication des informations liées à son état de santé ou son hospitalisation soient claires pour les deux parties.

La réalisation de ce travail de recherche m'a permis d'apporter des réponses à mes questions de départ et d'enrichir mes connaissances sur ce sujet. Cette réflexion sur ce sujet me semblait importante puisque les soignants sont, dans certains services, confrontés quotidiennement à ces situations et qu'aujourd'hui, avec les nombreuses possibilités de voyages, de travail à l'international, il est possible que nous même soyons confrontés à cette situation en tant que soignant ou même en tant que patient. Il me semble donc important en tant que futur professionnelle de santé d'acquérir autant de clés et d'outils possibles pour assurer au mieux le rôle de soignant, quelque soit l'origine ou les particularités linguistiques du patient.

Par ailleurs, ce travail sur cette question de départ était essentiellement basé sur le ressenti des soignants quant à cette prise en soin particulière. Au terme de cette réflexion, il me semble intéressant de s'interroger sur les ressentis du côté soigné.

## Bibliographie.

### Ouvrages :

- Barrier, G (2010). La communication non verbale : *Comprendre les gestes : perception et signification*. esf EDITEUR
- Lebel, P (1995). *Communication professionnelle de l'infirmière*. Éditions Hospitalières.
- Michel, M-J (2000). *Germes de parole : Communication et relation avec le patient ne pouvant pas s'exprimer oralement*. Masson
- Porter Elias.H., (1950). *An introduction of Therapeutic Counseling*. Boston, Houghton Mifflin.
- Shannon, C. E., Weaver, W., Cosnier, J., Dahan, G., Economides, S., Bellaïche, C., & Rioul, O. (2018). *La théorie mathématique de la communication*. Cassini Ed

### Articles :

- Baubet, T (2012). Les soins d'urgence en situation transculturelle. *La revue de l'infirmière*, n°178, 24-25.
- Bourgeois, B (2016). La créativité des soignants face à la barrière de la langue. *L'aide-soignante*, n°176, 26-29.
- Delacour, M (2013). Un outil de communication adapté pour les patients anglophones. *La revue de l'infirmière*, n°195, 43-44.
- Djadaoudjee, L (2013). La barrière culturelle dans le soin. *La revue de l'infirmière*, n°195, 37-39.
- Durbin, J.D (2011). La prise en charge des patients présentant une barrière de la langue. *Interbloc*, n°30 (4), 260-261.
- Farota-Romejko, I (2014). Les enjeux de la communication avec un patient non francophone. *Soins Aides-Soignantes*, n°61, 20-21.
- Malaboef, L. (1992). La relation soignant-soigné, du discours au passage à l'acte. *Soins*

*formation pédagogie*, 4, 4-7.

- Marin, I & Farota-Romejko, I & Larchangé, S & Kessar, Z (2012). Soigner en langue étrangère [Dossier]. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, n°111, 11-19.
- Munoz, M & Kapoor-Kohli, A. (2007). Les barrières de la langue comment les surmonter en clinique ? *Le médecin du Québec*, n°42 (2), 45-52.
- Plaza, C (2017). Soigner une personne réfugiée non francophone. *L'aide-soignante*, n°187, 31-32.
- Rioufol, M.O. (2013). Dépasser les difficultés de communication avec un patient. *Soins Aides-Soignantes*, n°53, 22-23.
- Tabouri, A (2009). L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés [Dossier] . *Hommes & Migrations*, n°1282, 102-106.

### **Textes législatifs :**

- Article R4127-36 Du Code de la Santé Publique (2016) (Consulté le 15/04/2021)  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032973595/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032973595/)
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (Consulté le 15/04/2021)  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, (2019). *Charte de la personne hospitalisée*. (Consulté le 15/04/2021)  
[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_10571.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf)

### **Sitographie :**

- Haute Autorité de Santé, (2017). *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques*.  
*Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*. (Consulté le 15/04/21)

[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)

- L'Eclaireur, (2019). *Une infirmière du CHU de Rennes a créé le TraLELHo, pour parler en 195 langues avec les patients.* (Consulté le 15/04/2021)

[https://actu.fr/bretagne/rennes\\_35238/une-infirmiere-chu-rennes-cree-tralelho-parler-195-langues-patients\\_20904325.html](https://actu.fr/bretagne/rennes_35238/une-infirmiere-chu-rennes-cree-tralelho-parler-195-langues-patients_20904325.html)

- Observatoire régional de la santé d'Alsace (Orsal), (2008). *RAPPORT ANNUEL RELATIF*

*AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE.* (Consulté le 16/04/2021)

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rap\\_usag\\_crs\\_alsace\\_2008.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rap_usag_crs_alsace_2008.pdf)

### **Cours :**

- Le Bihan, C. (14/04/2019) *Théorie de la communication.*
- Le Bihan, C. (14/03/2019) *Les attitudes de Porter.*

## **Annexes.**

### **Sommaire des annexes :**

- **Situation de départ.**
- **Guide d'entretien.**
- **Re transcription 1er entretien.**
- **Re transcription 2nd entretien.**
- **Tableaux d'analyse des entretiens.**
- **Charte de la personne hospitalisée.**

### **Situation de départ**

Nous sommes le mardi après-midi de ma 6ème semaine de stage.

Nous accueillons, à 14h30, Monsieur S venant pour passer une coloscopie sous anesthésie générale le matin suivant.

Au début de l'après-midi, après avoir regardé les patients arrivants programmés cet après-midi, je propose à l'infirmière de prendre en soin Monsieur S car je n'avais encore jamais pris en soin un patient venant pour une coloscopie. Je demande ensuite à l'aide soignante du secteur de m'expliquer le protocole de préparation digestive pour les coloscopies et également de venir avec moi lors de l'entretien d'entrée pour me guider lors de l'explication du protocole de préparation digestive.

Monsieur S est un patient d'origine Géorgienne et ne parle pas du tout français.

Monsieur S vient dans le service pour une coloscopie de dépistage sous anesthésie générale dans un contexte d'anémie ferriprive ( diminution du taux d'hémoglobine dans le sang due au manque de fer dans l'organisme ) Il présente comme antécédents une hépatite C en cours de traitements et une cirrhose virale C.

A son arrivée il est accompagné d'un ami et d'une interprète. Je lui présente la chambre dans laquelle il va séjourner le temps de son hospitalisation, nous entrons dans celle-ci et commençons l'entretien d'entrée.

Je commence par vérifier son identité, je lui demande son nom, prénom et date de naissance; l'interprète traduit ce que je viens de dire. Monsieur S me tend son passeport pour que je vérifie les informations que je lui ai demandées.

Je continue l'entretien en demandant les différentes informations nécessaires au séjour de Mr S ; l'autonomie, les éventuelles allergies, le régime alimentaire, la personne de confiance et ses traitements. Je lui explique ensuite le protocole de préparation digestive avec le produit qu'il a emmené avec lui : il faut boire 1L de préparation en 1h puis 1L d'eau l'heure suivante puis recommencer 2h après. Je lui laisse la feuille de protocole où toutes les étapes et horaires sont notés dans sa chambre pour l'aider à comprendre.

L'interprète traduit toujours ce que je demande au patient et nous réussissons à nous comprendre comme cela.

A la fin de ce moment, la jeune femme s'en va nous expliquant qu'elle n'était convoquée que pour une certaine heure et doit donc s'en aller.

Je dis au patient que je dois maintenant lui poser un cathéter pour l'intervention, je vois à son visage qu'il n'a pas compris ce que c'était. Je vais donc chercher un cathéter dans mon chariot pour lui montrer ce que c'est et tenter de lui expliquer. Je lui montre le matériel et essaie de mimer sur mon bras ce que je vais faire. Il acquiesce en parlant dans sa langue et fait un signe de la main pour me dire qu'il a compris.

Je vais chercher mon chariot avec le matériel dont j'aurais besoin que j'avais préparé préalablement ; j'ai donc un plateau avec un cathéter court 20G , une valve bidirectionnelle flush avec prolongateur, un seringue LUER LOCK avec du sérum physiologique préparée, un garrot, des compresses, des gants, un flacon de solution de désinfection cutanée, un flacon de solution hydroalcoolique et un pansement.

Une fois dans la chambre avec le patient je lui demande de s'allonger en lui montrant le lit. Je monte le lit à ma hauteur et lui explique que je vais mettre le garrot pour repérer ses veines, j'essaie de faire le plus de gestes possible pour qu'il comprenne le maximum d'informations.

Mr S me fait comprendre avec des gestes et quelques mots qu'il est habituellement difficile à piquer et qu'il faut s'y reprendre à 4/5 fois pour y arriver « difficile veines 4/5 fois ».

Je repère une veine, enlève le garrot puis prépare mon matériel pour commencer mon soin. J'ouvre tous les emballages puis prépare la seringue de sérum physiologique pour purger la tubulure de la valve.

Avant de commencer j'explique toujours avec des mimes que quand je piquerais il pourra inspirer fort et souffler au moment ou je lui dirais. Il acquiesce en levant son pouce.

En voulant remettre des gants rapidement, je casse mon premier gant, à ce moment Mr S rigole et me dit que j'ai trop de force en faisant le geste avec son bras.

Après avoir mis mes gants correctement je replace le garrot et lui demande de serrer le poing ( je fais le geste pour lui montrer ) et effectue une désinfection de la peau. Je pique et monte le cathéter une fois dans la veine, j'adapte la valve au cathéter, j'effectue un retour veineux pour voir si je suis toujours dans la veine puis rince avec le sérum physiologique. A ce moment, Mr S me demande quel médicament je lui injecte, je lui explique que ce n'est pas un médicament que c'est simplement du sérum physiologique pour rincer la veine. Voyant à son visage qu'il n'avait pas compris je reformule plus simplement en disant que « c'est comme de l'eau, pas un médicament » ; Monsieur S semble avoir compris.

Le soin se termine à ce moment, je redescends le lit du patient, range mon matériel et dit « je reviens tout à l'heure vous apporter la préparation, à plus tard » ce à quoi Mr S me répond « super, merci » avec un grand sourire.

## **Guide d'entretien MIRS!**

*J'ai choisi de diriger mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers sur la barrière de la langue dans les soins.*

*A ce titre, j'aurais aimé recueillir les expériences de quelques infirmières et/ou professionnels de santé qui ont déjà été amenés à prendre en soin des personnes ne parlant pas leur langue.*



Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? Dans quel service travaillez-vous actuellement ? Dans quelle ville ?

A quelle fréquence diriez-vous prendre en soin des personnes ne parlant pas votre langue ?

De manière générale comment pourriez-vous décrire la prise en soin/ la relation avec une personne ne parlant pas votre langue ?

- Arrivez-vous à entrer en communication avec ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ?
- ...

Que mettez-vous en place pour communiquer avec une personne non francophone ?

Selon-vous , cette barrière linguistique a-t-elle impacté la relation soignant-soigné avec cette personne ? Pourquoi ?

Que ressentez-vous face à cette prise en soin ?

- avant ?
- pendant ?
- après ?

Quels seraient les conseils que vous pourriez donner à un soignant pour une prise en soin optimale d'un patient non francophone ?

---

### **Retranscription 1er entretien.**

Premier entretien, 16/02/2021 Mme D. Anne-Sophie, Infirmière.

M : Comme vous avez pu le voir sur mon mail, moi j'ai choisi de diriger mon mémoire du coup sur la barrière de la langue. Je vous explique un petit peu pourquoi. En fait, quand j'étais en stage de S4 je crois , j'étais en hépato gastrologie et je prenais en soin un patient d'origine Géorgienne et qui du

coup ne parlait pas du tout français et ça a été un petit peu compliqué avec lui sachant que j'étais toute seule , que l'infirmière n'était pas forcément avec moi. Malgré ça on a quand même réussi à s'entendre et à rigoler même si on ne se comprenait pas forcément.

A-S : Ok

M : Du coup je vais vous poser quelques questions et puis on va voir comment ça se déroule un petit peu.

A-S : Ouais, pas de problème.

M : Vous, ça fait combien de temps que vous êtes diplômée ?

A-S : Moi je suis diplômé depuis juillet 2017, ça fait 3 ans et demi.

M : D'accord, ok. Et vous travaillez dans quel service actuellement ?

A-S : Actuellement je suis en.., je suis sur un plateau en fait, qui réunit 3 services: euh, la médecine gériatrique, la "RDED" donc c'est de la rhumato dermatologie endocrinologie et diabète et la "MIMI" donc la Médecine Interne et Maladie Infectieuse. Donc en ce moment on accueille beaucoup de patients COVID. "rire.."

M : J'imagine oui .. "rire" Ça doit prendre une bonne partie du service..

A-S : C'est ça

M : Et du coup vous exercez dans quelle ville ?

A-S : Je suis à Cherbourg et vous ?

M : D'accord, moi je fais mes études à Rennes sinon je suis originaire de Mayenne.

A-S : D'accord

M : Du coup je suis en stage la plupart du temps au CHU de Pontchaillou donc c'est un gros centre qui accueille pas mal de monde.

A-S : D'accord, bah moi c'est un petit hôpital mais.."rire.."

M : Et du coup, ça vous arrive de prendre en soin des patients qui ne parlent pas du tout votre langue ?

A-S : Oui, assez régulièrement, pour vous dire encore la semaine dernière par exemple

M : Ouais ?

A-S : Oui , non non c'est vraiment assez fréquent. Toute nationalité, on reçoit à la fois des migrants, ou dans gens en vacances , récemment un monsieur qui était routier et en déchargeant son camion en fait s'est bloqué le dos et s'est retrouvé hospitalisé chez nous....originaire de Bulgarie

M : Ah oui !

A-S : Ne parlant pas un mot de français et très peu l'anglais.. voilà "rire.."

M : Compliqué j'imagine.. "rire.." Ah bah oui c'est vrai que cette facette là des gens en vacances je n'y avait pas vraiment pensé c'est vrai que bah l'été ça doit être quelque chose d'assez fréquent. C'est vrai que j'avais pas cette notion, eu l'idée de ça en tête..

A-S : Ah ouais bah si ouais on a des vacanciers, c'est assez souvent mine de rien les vacanciers. Après voilà les travailleurs, les migrants..

M: Ouais.. Et du coup ... de manière un peu générale comment.. enfin comment vous pourriez décrire la façon de prendre en soin ou la relation avec la personne sachant qu'il y a.. enfin qu'on ne parle pas la même langue quoi ?

A-S : Ouais. Déjà ça passe beaucoup par le sourire pour lui montrer que bah voilà, enfin avec les masques c'est beaucoup avec le regard maintenant du coup mais pour lui montrer qu'on est là pour lui de façon bienveillante ... les gestes ça aide beaucoup et la plupart des gens maintenant ils ont quand même un téléphone avec eux et avec internet et ils utilisent beaucoup d'application pour traduire. Dernièrement, bah le patient Bulgare avait une application qui fonctionnait super bien , il lui parlait elle me traduisait, moi je parlais au téléphone ça lui traduisait donc on échangeait beaucoup comme ça. C'est vrai que ça nous permettait d'avoir une conversation comme si on parlait la même langue au final donc euh ça a permis de créer une relation de confiance et une bonne relation de soin avec des blagues de temps en temps voilà pour détendre un petit peu l'atmosphère parce-que c'était compliqué pour lui il était loin de sa famille, dans un pays qu'il ne connaissait pas..

M: Bah oui forcément oui

A-S : Donc voilà ça facilite beaucoup la communication ce genre d'application et quasiment tous les patients maintenant utilisent ça.

M : Ouais.., et du coup il y a des personnes avec lesquelles vous n'arrivez pas du tout à rentrer en communication?

A-S : .... rarement. Je dirais, rarement parce-que même quand ils n'ont pas cette application là les gestes, les mimes.. parfois avec quelques mots d'anglais ou si vraiment on a du mal, l'hôpital a des traducteurs c'est-à dire qu'ils ont référencer un certains nombre de professionnels sur l'hôpital qui parlent telle ou telle langue donc on peut faire appel à eux si vraiment on est en difficulté. Et il a également un service de traducteurs, alors j'ai jamais eu affaire à ça , a priori c'est payant je crois que l'hôpital doit payer mais c'est par téléphone et c'est un traducteur au bout du fil en fait.

M : Ah oui ! Ouais c'est vrai que j'ai déjà croiser des personnes qui venaient avec des traducteurs, je crois que le CHU de Poncthaillou a un petit réseau de personne qui se déplacent avec les patients, pour faire notamment l'entrée à l'hôpital parce-que du coup ca peut être compliqué avec tous les .. avec tout ce qui est administratifs tout ça. Du coup ils sont là au début et c'est vrai que ça aide pas mal les patients. Et je pense que oui ils sont rémunérés ou alors c'est des associations.

A-S : Oui il y a aussi des associations notamment pour les migrants.. bah à Cherbourg il y a quand même quelques migrants et il y a des associations qui sont présentes et qui les accompagnent et qui nous permettent parfois de faire un lien enfin au moins de créer le lien du début.

M : Ouais !

A-S : C'est souvent le plus difficile c'est le début de la relation de confiance en fait et une fois que la relation de confiance est établie c'est plus simple. Donc souvent ils sont là à ce moment-là.

M : Oui c'est vrai que le moment d'entrée en relation ça doit être quelque chose de compliqué. Et du coup les principales difficultés que vous pouvez rencontrer pour vous c'est quoi ?

A-S : C'est plutôt dans les termes techniques ou les choses très précises .. parce-que par exemple évaluer une douleur ca ne tient pas qu'a "est ce que vous avez mal?" et malheureusement des fois avec la barrière de la langue on arrive pas toujours à avoir toutes les nuances de la douleur du patient, à quel point il a mal, où exactement, quelle type de douleur tout ça parfois c'est un petit peu compliqué. Enfin je parle de la douleur mais ça peut être pour pleins d'autre chose un peu précise, pointilleuse et les termes techniques parce-que bah les traducteurs parfois ils sont un peu à la ramasse sur les termes techniques.

M : C'est sûr oui ! Après je sais qu'il existe des traducteurs professionnels qui sont formés à l'hôpital je sais pas si vous vous avez ça chez vous mais je crois que chez nous ceux qui sont rattachés à l'hôpital en tout cas sont formés au vocabulaire médical ce qui aide pas mal parce-que bah parce-que forcément quand il y a des termes techniques c'est pas forcément simple pour eux aussi.

A-S : Je sais pas du tout si notre hôpital bénéficie de ça j'avoue que là je ne sais pas.

M : Bha pour le vivre actuellement , je suis en stage aux urgences et je fais des nuits et c'est vrai que quand on a des personnes qui ne parlent pas français.. bah c'est compliqué de savoir ce qu'ils ont , parce qu'ils nous disent qu'ils ont mal mais on en sait pas forcément plus et du coup c'est vrai que pour les orienter bah c'est compliqué quoi.

A-S : Ouais , l'entretien est plus compliqué, la réelle conversation est plutôt simple mais l'entretien quand on veut une réponse précise à une question précise ou qu'on cherche vraiment une information c'est parfois plus compliqué je suis assez d'accord avec vous.

M : Après vous avez un petit peu répondu mais pour vous la relation soignant-soigné elle est impactée ou.. enfin comment dire est ce que c'est plutôt délétère ou comment vous voyez ça vous ?

A-S : Alors c'est souvent plus compliqué de créer une relation soignant soigné avec la barrière de la langue.. en règle générale on fini quand même à y arriver, on met plus de temps parce-que le patient est mal à l'aise, parce-que il comprend pas tout.. même si on essaie de le mettre à l'aise le plus possible des fois ça met un peu plus de temps qu'un patient qui comprend notre langue et qui va tout de suite mieux imprégner ou intégrer ce qu'on va lui faire , ce dont on parle en fait... Après je ne pense pas vraiment que ce soit un frein sur un long terme c'est vraiment plus le début pour moi qui est compliqué. Une fois qu'on à réussi à lui donner confiance et.. à lui faire comprendre ce qu'on va lui faire je pense que c'est plus facile après il est plus détendu après, on voit des patients se détendre d'ailleurs au fur et à mesure de l'hospitalisation et.. et du coup la relation de confiance se fait quand même. Mais effectivement avec plus de difficulté qu'avec un patient qui parle la même langue que nous.

M : Ouais ça serait pour vous vraiment sur le début de la relation en fait.

A-S : Surtout, ouais pour moi en tout cas.

M : D'accord ! Et du coup vous qu'est ce que vous ressentez quand vous enfin.. avant quand vous savez que la personne parle pas du tout français qu'est-ce-que vous ressentez vous face à ça en fait ?

A-S : Au départ je me dis "Olalala comment je vais faire" "*rire..*" comment je vais faire pour me faire comprendre et le comprendre et puis en générale en fait c'est un peu une équipe et on trouve les solutions ensemble le patient et moi en fait donc on essaie de voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, parfois ils proposent d'eux même leur application sur le téléphone, parfois on

commence avec les mimes et plus finalement on finit sur le téléphone, ouais je dirais que c'est presque un travail d'équipe en fait.

Et puis parfois quand les collègues ont déjà vu le patient par exemple elles nous disent "bon bah monsieur machin il parle pas français mais t'inquiète pas il utilise bien son application ou avec des mimes c'est facile ou avec des mots simples en anglais ou euh il comprend quelques mots très simples en français" et du coup les indications des collègues nous aide aussi beaucoup en fait.

M : Ouais ça reste un travail d'équipe en fait quoi.

A-S : C'est ça ! D'équipe aussi bien entre collègues qu'équipe avec le patient.

M : D'accord et.. vous avez des patients qui vous font ressentir ce qu'ils ressentent eux ? Par exemple je sais pas ils peuvent être apeurés, stressés par la situation je sais pas ? Ce qu'ils peuvent vous faire voir entre guillemets?

A-S : C'est assez rare au début en tous les cas, le patient il reste souvent sur la réserve, très sur la réserve euh.. je pense que c'est le fait d'être dans l'inconnu, de ne pas tout comprendre. Rarement dès le début ils nous disent j'ai peur moi j'ai.. non je réfléchis mais non rarement. Finalement peut-être plus tard dans l'hospitalisation que ça peut intervenir. Mais même plus tard c'est assez rare quand même surtout la peur en fait j'avoue que c'est assez rare. Je ne sais pas si c'est parce-qu'ils n'osent pas ou je sais pas, mais c'est vrai que c'est plus rare.

M : Parce-que souvent, enfin souvent.. ça dépend dans quel service mais les patients francophones ils arrivent à nous faire ressentir enfin on arrive à voir et on arrive à entendre leur ressentis, on voit quand ils ont peur, ils nous le disent alors que peut être un patient qui parle pas français on a pas ce même ressenti là, je sais pas..

A-S : Je sais pas si c'est parce-que on a pas le même ressentis ou si c'est parce que par le fait qu'on parle pas leur langue et qu'ils se retrouvent l'inconnu complet en fait, du pays, du fonctionnement du système, de la langue tout ça euh.. et qu'ils sont seuls au final, ils sont souvent sans leur famille ou quoi, si c'est pas plutôt le fait d'être vraiment seuls qui fait qu'ils se retiennent en fait. J'ai l'impression. Je sais pas trop comment dire mais j'ai l'impression que c'est plus eux qui retiennent leurs émotions que nous qui n'arrivons pas à les capter pareil que chez une personne qui parle français.

M : Après ça peut être compréhensible, nous on se retrouverait dans un pays qu'on connaît pas, tout seul on oserait moins montrer aussi.

A-S : Tout à fait oui tout à fait. Je pense que c'est plus difficile de libérer ses émotions quand on est un peu perdu dans l'inconnu.

M : Ouais c'est sûr.

Du coup j'avais juste une dernière petite question c'était qu'est ce que vous pourriez conseiller vous à un soignant pour prendre en soin une personne qui ne parle pas français de manière un peu optimale entre guillemets ?

A-S : .... Garder le sourire et ne pas se laisser déstabiliser ou se montrer agacé parce-qu'on ne comprend pas ou parce que le patient ne comprend pas... Etre patient en fait. Et essayer de piocher dans ses ressources pour essayer de trouver une façon de communiquer.. comme je disais tout à l'heure les gestes les mimes des fois ça peut sauver dans certaines situations... Les applications enfin essayer d'utiliser tous les outils qui peuvent être à notre disposition et ne pas laisser tomber, ne pas baisser les bras, ne pas se montrer agacé, rester toujours bienveillant avec le patient même si parfois c'est compliqué parce-que l'application traduit mal parce-que la patient n'arrive pas à dire exactement ce qu'il veut, ou que nous on arrive pas à dire exactement ce qu'on veut. Mais il faut rester calme et toujours dans la bienveillance. Je dirais que c'est finalement le plus important.

M : D'accord, et bien merci beaucoup.

A-S : Bah de rien, j'espère que ça vous va!

M : Oui non c'est très bien on a parlé de plein de choses et c'était hyper intéressant d'avoir le point de vue de quelqu'un d'autre surtout d'aussi loin de chez nous et puis d'avoir le retour d'un professionnel c'est toujours intéressant. Merci en tout cas !

**Retranscription 2nd entretien.**

Deuxième entretien, 22/02/2021, Mme V. Florence, Infirmière.

M : Déjà je voulais vous remercier d'être disponible pour répondre à mes questions, ça ne devrait pas durer très longtemps normalement, 20 ou 30 minutes je pense.

F : D'accord.

M : Du coup, je voulais d'abord vous expliquer pourquoi j'ai choisi ce sujet là. La barrière de la langue.

C'était une situation qui m'avait un peu interpellée quand j'étais en stage S4 en hépato-gastro, et du coup on avait un Monsieur d'origine Georgienne qui ne parlait pas du tout du tout français, qui n'avait pas notion d'un seul mot de français qui venait du coup dans le service et dont je m'occupais moi, que j'avais en soin personnellement. Et du coup..., au début ça a été très très compliqué, on avait avec nous un interprète au début à l'accueil mais qui n'est pas resté très longtemps parce qu'il avait d'autres personnes à aller voir, du coup on a un petit peu galéré à se comprendre même si au final ça a été quand même!

Et du coup moi en réfléchissant un peu avec du recul je me suis dit en fait est-ce-qu'il a compris ce que j'ai dit, est ce que moi j'ai compris tout ce qu'il m'a dit et du coup ça m'avait un peu interpellé sur le moment. Voilà !

F : D'accord !

M : Du coup voilà j'ai choisi de faire mon mémoire là dessus et du coup le but était d'avoir le retour des expériences des personnes qui vivent ces situations un peu plus souvent que moi parce-qu'en tant qu'étudiant pendant nos 3 ans de formation on a pas forcément beaucoup l'occasion de rencontrer ce genre de situations!

F : Ok, pas de soucis.

M : Vous ça fait combien de temps que vous êtes diplômée?

F : Alors du coup moi ça va faire 3 ans que je suis diplômée et 3 ans que je travaille dans mon service actuel.

M : D'accord, et vous travaillez dans quel service du coup ?



F : Alors je travail dans le service de diabétologie sur le service de Strasbourg dans l'hôpital civil, je ne sais pas si vous situé.

M : D'accord, non pas vraiment "rire.."

F : Du coup voilà, on est à la limite de la frontière Allemande en fait. Du coup on a beaucoup d'étrangers, pas forcément que d'Allemagne, beaucoup d'étrangers en règle générale qui viennent des pays de l'Est, qui viennent des pays du Maghreb on en a souvent souvent. Et du coup un truc qu'on a aussi en Alsace parce-que moi je suis pas d'ici du coup, c'est la barrière de la langue avec les personnes qui ne parlent que Alsacien et pas français.

M : Ah oui c'est vrai exact!

F : Ouais c'est quelque chose qui est assez récurrent donc voilà.

M : Du coup vous diriez que c'est à quelle fréquence à peu près que vous prenez en soins des personnes qui ne parlent pas français ?

F : Alors c'est super souvent,.. disons que c'est récurrent, c'est un peu par vague. Il y a des périodes ou on va avoir que des personnes qui parlent français, par exemple en ce moment c'est assez le cas c'est très calme c'est des français bien souvent qui viennent pour des soins. Et puis des fois il y a des grosses périodes ou il va y avoir la moitié voir les 3 quarts du service où c'est des personnes étrangères qui ne parlent pas du tout français. Et du coup ouais c'est quelque chose qui est très très récurrent après voilà c'est des périodes qui sont un peu plus importantes que d'autres parce-que par exemple les personnes qui viennent du Maghreb partent au pays et du coup voilà. Après par exemple l'hiver souvent on a moins ce problème que l'été.

M : Oui bien-sûr avec les périodes de vacances en fait.

F : Ouais voilà c'est ça.

M : D'accord ! Et du coup de manière générale comment pourriez- vous décrire la prise en soin ou la relation avec une personne qui ne parle pas votre langue ?

F : Alors du coup c'est assez compliqué,.. disons que si on tombe sur une personne qui parle Allemand et Anglais on va réussir à se débrouiller soit parce-que nous on a les notions qu'on a eu à l'école et parce-que on a travailler un petit peu à côté personnellement. Soit des collègues qui parlent la langue, j'ai des collègues qui ont appris l'Allemand et qui parle très très bien Allemand, j'ai aussi beaucoup de collègues qui parlent Alsacien du coup quand moi je me retrouve en difficulté face

à ça je tend à aller vers mes collègues. Et puis il y a les personnes qui.. avec qui on a pas du tout la langue pour pouvoir communiquer avec eux du coup alors là ça va être beaucoup plus compliqué.

Donc souvent on va essayer de faire appel à la famille, en espérant qu'il y ai du monde dans la famille qui parle français ce qui n'est pas toujours le cas.. Quand c'est le cas du coup on va essayer de les inclure beaucoup dans la prise en charge, et dans la prise en charge de l'éducation notamment du patient parce-qu'on a une grosse partie d'éducation thérapeutique.

M : Oui forcément en diabète oui !

F : Ouais, et puis du coup quand personne ne parle français.. soit on va essayer de nous débrouiller aux travers d'applications diverses et variées qui vont être Google Traduction ce genre de chose ou alors on va essayer avec des gestes ou des mots très simples. Alors après il y a des personnes qui vont faire l'effort de comprendre et puis il y a des personnes qui s'en moquent totalement, qui sont pas du tout là pour apprendre et qui n'ont même pas envie de se prendre en charge et là c'est plus compliqué. Dans ces cas-là on va essayer de faire le minimum, au moins qu'ils sachent se débrouiller on va dire un minimum à la sortie. Et vraiment dans quelques cas, c'est très rare parce-que ça coûte très cher du coup, on appelle parfois des interprètes.

M : Oui d'accord ça reste vraiment occasionnel.

F : Ouais voilà. Et quand l'interprète est là il va faire, le pauvre il va être un peu assommé parce-qu'il va avoir toute la partie avec les médecins où il va falloir expliquer pleins de choses et puis la partie avec nous où il y a un minimum d'éducation et du coup euh.. voilà c'est pas toujours simple.

M : Oui j'imagine !

F : Et puis dans le service on a mis au point un petit carnet notamment avec les phrases un peu basiques de chaque langue qu'on peut rencontrer régulièrement. Donc ça va être beaucoup les pays de l'Est, les pays Maghrébins du coup... Géorgie, Biélorussie, Russie.. Voilà un peu tout ça, la Lettonie vraiment, et puis bah la Turquie, l'Algérie, le Maroc. Et du coup on a un petit carnet avec de quoi traduire quelques petits trucs histoire de ne pas non plus être lésé. Et puis on a aussi réussi à trouver des cahiers d'éducatifs, enfin voilà on a tout ce qu'il faut pour tout ce qui est par exemple noter les glycémies on va en avoir dans la langue du patient ou alors pareil pour les lecteurs de glycémie on va les mettre dans la langue du patient directement. Donc voilà quoi!

M : C'est vrai que les traducteurs nous aussi on en a avec le CHU de Pontchaillou et du coup je crois qu'on a des interprètes qui sont formés avec l'hôpital pour que ce soit plus simple pour eux et pour

nous aussi parce-que c'est vrai qu'un interprète c'est bien mais quand il ne connaît pas les termes médicaux ou les termes spécifiques qu'on peut utiliser c'est vrai que ça peut aussi devenir très compliqué pour eux et pour nous parce-qu'ils ne vont pas forcément traduire ce qu'on veut dire aux patients.

F : Ouais c'est pas toujours facile, il faut vraiment que les gens soient calés et puis qu'ils s'y connaissent un petit peu dans le milieu médical ouais.

M : Bah oui voilà c'est ça! Et ce n'est pas tout le temps le cas.

F : Ouais.

M : Alors du coup, j'avais une question, que mettez-vous en place pour communiquer avec une personne non francophone mais vous avez un peu déjà répondu à ça avec tout ce que vous mettez déjà en place avec les applications, les carnets tout ça, ce que vous faites c'est vraiment pas mal!

Selon vous, est ce que la barrière linguistique impacte la relation soignant-soigné avec la personne ? Et pourquoi si oui ?

F : Alors ouais, je pense qu'elle l'impact forcément parce-que on peut pas avoir une relation comme avec une personne avec qui on se comprend, voilà on peut discuter on peut approfondir la relation avec le patient, peut être comprendre la situation dans laquelle il est à l'heure actuelle. Ca peut très bien être sur le plan psychologique, sur le plan physique parce-que bah des fois on peut très bien avoir des patients qui sont en difficultés face à leur diabète et qui sauront pas se prendre en charge et disons qu'avec une personne qui parle français on pourra discuter la dessus, on pourra le rassurer et lui apprendre. Alors qu'avec quelqu'un qui parle absolument pas la langue on pourra pas approfondir, on pourra pas savoir comment il en est arrivé là et puis parfois même on a des personnes on ne sait même pas si le diabète a déjà été découvert, où est ce qu'ils en sont, s'ils ont déjà été traité donc euh voilà c'est des choses qu'on pourra pas approfondir correctement effectivement. Et du coup c'est des gens chez qui on est moins présent dans la chambre, on a déjà pas beaucoup de temps, mais du coup on est encore moins présent chez eux parce-qu'on va passer faire le minimum et puis discuter mais très très peu du coup ouais forcément on est beaucoup moins présent et la relation est très impactée.

Ce que les familles ne comprennent pas toujours aussi, c'est aussi au détriment de la famille qui pense qu'on les abandonne alors que pas du tout donc forcément c'est pas facile.

M : Et du coup vous qu'est-ce-que vous ressentez face à cette prise en soin, enfin, comment dire.. vous avez l'habitude mais, quand vous savez que vous allez recevoir une personne qui ne parle pas la langue qu'est-ce-que vous ressentez ?

F : Alors au début c'était pas mal de stress parce-que du coup quand on a pas l'habitude de gérer le service au début c'est déjà compliqué pour nous et en plus de ça il faut essayer de faire des efforts supplémentaires pour expliquer différemment, ou alors essayer de se faire comprendre d'une autre manière. Ca nous prend aussi beaucoup de temps donc forcément c'est du stress, un peu plus de pression, un peu plus d'énervement,.. moins de patience, on perd plus vite patience... Ouais après aussi des fois c'est aussi dommage pour les patients parce-qu'on se sent un peu impuissant face à ça, on se demande qu'est-ce-qu'on peut faire, qu'est-ce-qu'on peut mettre en place davantage, quand on demande un interprète c'est pas toujours accepté donc voilà c'est souvent un sentiment d'impuissance qu'on retrouve face à eux.

M : Et avec l'expérience vous diriez que vous vous sentez plus à l'aise ou bien ça ne change pas forcément ? Par rapport au tout début ?

F : .. Bah forcément un peu plus à l'aise parce-que il y a des patients qui sont récurrents qui reviennent souvent, que du coup on connaît, on connaît aussi la famille donc c'est.. on va dire c'est du luxe parce-qu'on peut se permettre d'appeler la famille chose qu'on aurait peut être pas fait les premières fois. Et ... ouais après il y a des gens chez qui c'est toujours un peu stressant parce-qu'on ne sait pas ce qu'ils pensent, parce-qu'on peut pas non plus leur demander et .. on voit aussi la détresse en eux parce-qu'ils essaient parfois de communiquer et on ne se comprend pas, on essaie nous de leur expliquer et ils ne nous comprennent pas donc du coup ouais avec le temps.. mais ça dépend vraiment des familles et des gens sur qui on tombe mais ça reste toujours malaisant, c'est toujours compliqué quoi.

M : Oui d'accord..

Et du coup j'ai eu un autre entretien avec une infirmière qui ne travaille pas du tout dans le même domaine que vous, mais elle me disait que pour elle c'était surtout au niveau de l'entretien d'accueil que c'était plus compliqué, après ça allait forcément un petit peu mieux car on trouve des solutions avec chaque patient indépendamment, on trouve des solutions pour communiquer et elle me disait que c'était le début qui était compliqué en fait est-ce-que vous ressentez la même chose ou c'est vraiment tout au long de l'hospitalisation que c'est compliqué ? Il y a des personnes avec qui vous

n'arrivez pas du tout à communiquer pendant l'hospitalisation ? Ou alors comme elle me disait ça va un peu mieux de jours en jours ?

F : Bah disons que les premiers jours, à l'entretien d'accueil on arrive toujours à avoir quelqu'un qui peut traduire bien souvent, donc du coup ça nous permet d'en savoir un peu plus déjà sur la personne, mais après c'est vrai qu'une fois qu'ils sont tout seul, qu'il n'y a plus personne pour les guider, qu'il n'y a plus la famille, plus les amis , au début c'est compliqué parce-qu'on ne sait pas ce qu'ils veulent dire, on comprend pas trop du premier coup. Et effectivement au fur et à mesure de l'hospitalisation on va savoir que sur certaines choses on va se comprendre, parce-qu'ils vont commencer à comprendre notre organisation, savoir à quelle heure on vient les voir, ils savent les soins qu'on à a faire chose qu'au début bah ils savent pas. Et puis on commence aussi à comprendre ce qu'ils nous disent parce-que voilà il y a quand même une relation qui s'est instaurée du coup entre eux et nous et du coup on devine plus facilement que les premiers jours quoi.

M : D'accord, ouais. Alors bah du coup j'ai juste une dernière question, ça serait quels seraient les conseils que vous donneriez à un soignant pour une prise en soin un peu optimale entre guillemets d'un patient non francophone ou qui ne parle pas votre langue ?

F : .. Alors je dirais beaucoup de patience du coup, parce-que je pense que c'est la clé principale pour instaurer une relation et essayer de se comprendre au minimum. La patience et puis bah.. après c'est aussi beaucoup d'investissement personnel sur certaines langue bah on peut essayer nous même de se renseigner sur ce qui peut nous être utile sur notre temps perso pour améliorer la prise en charge quoi donc voilà.

M : Oui d'accord.. Voilà moi j'avais terminé avec mes questions en tout cas, je sais pas si vous vous en avez peut-être ?

F : Non pas vraiment non non. Mais en tout cas je trouvais votre sujet très intéressant.

M : Bah oui c'est vrai que c'est quelque chose qu'on a pas vraiment l'habitude de traiter parce-qu'on à pas forcément tous l'occasion de rencontrer des personnes avec qui la barrière de la langue est présente donc c'est vrai que la prise en soin est vraiment différente et ou il faut comme vous disiez plus de temps plus d'investissement donc c'est un sujet qui est intéressant à creuser entre guillemets.

F : Ouais et puis je pense qu'on est amené de plus en plus à rencontrer des gens qui ne parlent pas français et voilà..

M : Oui c'est sûr en ce moment personnellement je le vois beaucoup, je suis en stage aux urgences et c'est vrai qu'aux urgences on a pas mal de gens qui viennent, qui parlent pas français et c'est vrai que parfois c'est compliqué de savoir pourquoi ils viennent en fait parce-qu'on ne comprend pas du tout, ils essaient de nous expliquer mais nous en face on ne sait pas donc voilà. Effectivement c'est un investissement plus important qu'avec une personne qui parle notre langue et avec qui on se comprend tout à fait c'est sûr !

F : Ouais c'est sûr ! Et c'est compliqué..

M : Et bien merci en tout cas d'avoir pris un temps pour discuter de tout ça, d'avoir été disponible pour répondre à mes questions, c'était vraiment intéressant !

F : Pas de soucis, avec plaisir

## Analyse descriptive des entretiens

**Sujet de recherche :** La barrière de la langue dans le soin.

**Question de départ :** En quoi la barrière de la langue peut-elle impacter la relation soignant-soigné lors de l'accueil d'une personne non francophone à l'hôpital ?

**Objectif de l'analyse :** Mettre en évidence les difficultés de la prise en soin, les moyens mis en place, l'impact de la barrière de la langue SELON l'infirmière, le ressenti des soignants et les conseils qu'ils peuvent donner.

	Fréquence	Description prise en soins / relation	Difficultés	Moyens mit en place	Impact	Ressenti	Conseils
<p>IDE 1 : A-S</p> <p>- 3 ans et demi de diplôme</p> <p>- Services rhumato dermato endocrino et diabéto + Médecine Interne et Maladie Infectieuse</p> <p>- Ville: Cherbourg</p>	<p><b>régulièrement</b></p> <p>encore la semaine dernière</p> <p>vraiment <b>assez fréquent</b></p> <p>c'est <b>assez souvent</b> mine de rien</p> <p><i>Vacanciers ++</i></p>	<p>Déjà ça passe beaucoup par <b>le sourire</b></p> <p>beaucoup avec le regard</p> <p>lui montrer qu'on est là pour lui de façon <b>bienveillante ... les gestes ça aide beaucoup</b></p> <p>ca a permis de créer une relation de confiance et une bonne relation de soin avec des blagues de temps en temps voilà pour détendre un petit peu l'atmosphère</p>	<p><b>les termes techniques ou les choses très précises ..</b></p> <p><b>les nuances</b> de la douleur du patient</p> <p>chose un peu <b>précise, pointilleuse et les termes techniques</b></p> <p>le plus difficile c'est le <b>début de la relation de confiance</b></p>	<p><b>une application</b></p> <p><b>les gestes, les mimes.. parfois avec quelques mots d'anglais</b> ou si vraiment on a du mal, l'hôpital a des <b>traducteurs</b></p> <p>référer un certain nombre de professionnels sur l'hôpital qui parlent telle ou telle langue donc on peut faire appel à eux si vraiment on est en</p>	<p>Alors c'est souvent <b>plus compliqué de créer une relation soignant soigné avec la barrière de la langue.. en règle générale on fini quand même à y arriver, on met plus de temps</b></p> <p><b>ca met un peu plus de temps</b> qu'un patient qui comprend notre langue</p> <p>Après je <b>ne pense pas vraiment que</b></p>	<p>Au départ je me dis "Olalala comment je vais faire" comment je vais faire pour me faire comprendre et le comprendre</p>	<p><b>Garder le sourire et ne pas se laisser déstabiliser ou se montrer agacé</b> parce-qu'on ne comprend pas ou parce que le patient ne comprend pas... <b>Être patient</b></p> <p>essayer de <b>piocher dans ses ressources</b></p> <p><b>les gestes les mimes</b></p> <p><b>. Les applications</b> enfin essayer d'utiliser tous</p>

				<p>difficulté.</p> <p>par téléphone et c'est un <b>traducteur</b> au bout du fil en fait.</p> <p>il y a aussi des <b>associations</b> notamment pour les migrants</p> <p>on trouve <b>les solutions ensemble</b> le patient et moi en fait donc on essaie de voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, parfois ils <b>proposent d'eux même leur application sur le téléphone</b>, parfois on commence avec les mimes et plus finalement on finit sur le téléphone</p>	<p><b>ce soit un frein sur un long terme c'est vraiment plus le début pour moi qui est compliqué.</b> Une fois qu'on à réussi à lui donner confiance et.. à lui faire comprendre ce qu'on va lui faire je pense que c'est plus facile après il est plus détendu après</p> <p><b>ca met un peu plus de temps</b> qu'un patient qui comprend notre langue</p> <p><b>relation de confiance se fait quand même.</b> Mais effectivement <b>avec plus de difficulté</b> qu'avec un patient qui parle la même langue que</p>		<p>les outils qui peuvent être à notre disposition et <b>ne pas laisser tomber, ne pas baisser les bras, ne pas se montrer agacé, rester toujours bienveillant avec le patient</b></p> <p><b>faut rester calme et toujours dans la bienveillance</b></p>
--	--	--	--	---	---	--	--



				<b>les indications des collègues</b>	nous.		
<p>IDE 2 : F</p> <p>- 3 ans de diplôme</p> <p>- Service diabétologie</p> <p>- Ville: Strasbourg</p>	<p>on en a <b>souvent souvent</b></p> <p>c'est quelque chose qui est <b>assez récurrent</b></p> <p>Alors <b>c'est super souvent,.. disons que c'est récurrent, c'est un peu par vague.</b> il y a des grosses périodes où il va y avoir la moitié voir les 3 quarts du service où c'est des personnes étrangères qui ne parlent pas du tout français.</p> <p>c'est quelque chose qui est <b>très très récurrent</b></p> <p><b>Vacanciers ++</b></p>	<p>c'est <b>assez compliqué</b></p> <p>Et puis il y a les personnes qui.. avec qui on a pas du tout la langue pour pouvoir communiquer avec eux du coup alors là ça va être <b>beaucoup plus compliqué.</b></p> <p>après il y a des personnes qui vont faire l'effort de comprendre et puis il y a des personnes qui s'énervent totalement, qui sont pas du tout là pour apprendre et qui n'ont même pas envie de se prendre en charge et là c'est plus compliqué</p>	<p>'une fois qu'ils sont tout seul, qu'il n'y a plus personne pour les guider, qu'il n'y a plus la famille, plus les amis , <b>au début c'est compliqué</b> parce-qu'on ne sait pas ce qu'ils veulent dire, on comprend pas trop du premier coup</p> <p><b>Approfondissement de l'entretien, de la connaissance du patient, de sa maladie</b></p>	<p>si on tombe sur une personne qui parle Allemand et Anglais on va réussir à se <b>débrouiller soit parce-que nous on a les notions qu'on a eu à l'école</b> et parce-que on a travaillé un petit peu à côté personnellement. Soit des collègues qui parlent la langue</p> <p>Donc souvent on va essayer de <b>faire appel à la famille</b></p> <p>Quand c'est le cas du coup on va essayer de les inclure beaucoup dans la prise en charge, et dans la prise en</p>	<p>Alors ouais, je pense <b>qu'elle l'impact forcément</b></p> <p>Alors qu'avec quelqu'un qui parle absolument pas la langue <b>on pourra pas approfondir</b></p> <p>c'est des choses qu'<b>on pourra pas approfondir correctement effectivement.</b> Et du coup c'est des gens chez qui on est <b>moins présent dans la chambre</b></p> <p>coup <b>on est encore moins présent chez eux</b> parce-qu'on va passer <b>faire le minimum</b> et</p>	<p>Alors au <b>début c'était pas mal de stress</b></p> <p>il faut essayer de faire des <b>efforts supplémentaires</b> pour expliquer différemment, ou alors essayer de se faire comprendre d'une autre manière. <b>Ca nous prend aussi beaucoup de temps</b> donc forcément <b>c'est du stress, un peu plus de pression, un peu plus d'énervement..</b> . <b>moins de patience, on perd plus vite patience...</b></p> <p>Ouais après aussi des fois</p>	<p><b>beaucoup de patience</b></p> <p><b>beaucoup d'investissement personnel</b></p> <p>on peut essayer nous même de se renseigner sur ce qui peut nous être utile sur notre temps perso</p>

				<p>charge de l'éducation notamment du patient</p> <p><b>nous débrouiller aux travers d'applications diverses et variées</b></p> <p>c'est très rare parce-que ça coûte très cher du coup, on appelle parfois des <b>interprètes.</b></p> <p><b>on a mis au point un petit carnet</b> notamment avec les phrases un peu basiques de chaque langue qu'on peut rencontrer régulièrement.</p> <p>Et puis on a aussi réussi à trouver des cahiers d'éductions</p>	<p>puis discuter mais très très peu du coup ouais forcément on est beaucoup <b>moins présent et la relation est très impactée.</b></p> <p><b>c'est aussi au détriment de la famille</b> qui pense qu'on les abandonne alors que pas du tout</p>	<p>c'est aussi dommage pour les patients parce-qu'on <b>se sent un peu impuissant face à ça, on se demande qu'est-ce qu'on peut faire</b></p> <p><b>c'est souvent un sentiment d'impuissance</b></p> <p><b>c'est toujours un peu stressant</b></p> <p><b>ça reste toujours malaisant, c'est toujours compliqué quoi.</b></p>	
--	--	--	--	---	---	--	--

				les lecteurs de glycémie on va les mettre dans la langue du patient			
--	--	--	--	---	--	--	--

### Analyse des entretiens : Discussion.

**1ère question :** *A quelle fréquence diriez-vous prendre en soin des personnes ne parlant pas votre langue ?*

	Leurs réponses	Cadre théorique	Mon avis ?
IDE 1	Régulièrement / Assez fréquent / Assez souvent / Vacanciers ++		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains services plus que d'autres</li> <li>- en effet période de vacances</li> <li>- région avec flux migratoire important</li> <li>- région aux frontières</li> <li>- mondialisation ++</li> </ul>
IDE 2	Assez souvent / Assez récurrent / super souvent / par vague / très très récurrent / vacanciers ++		

**2ème question :** *De manière générale comment pourriez-vous décrire la prise en soin/ la relation avec une personne ne parlant pas votre langue ?*

	Leurs réponses	Cadre théorique	Mon avis ?
IDE 1	Ça passe par le sourire , le regard / Montrer qu'on est là de façon bienveillante / Créer une relation de confiance, bonne relation de soins	Impact relation fonctionnelle ? Civilité ? De soin ? Thérapeutique ? Louis Malaboef (1992)	Thérapeutique et fonctionnelle car recueil des informations sur le patient
IDE 2	Assez compliqué / beaucoup plus compliqué / c'est plus compliqué		

**3ème question :** *Les difficultés lors de la prise en soins des patients non francophones ?*

	Leurs réponses	Cadre théorique	Mon avis ?
IDE 1	Termes techniques / choses très précises / nuances de la douleur / chose un peu précise pointilleuses / termes techniques / début de la relation de confiance		
IDE 2	Approfondissement de l'entretien / connaissance de la personne, de sa maladie / se comprendre		

**4ème question :** *Que mettez-vous en place pour communiquer avec une personne non francophone ?*

	Leurs réponses	Cadre théorique	Mon avis ?
IDE 1	Applications / les gestes / les mêmes / mots d'anglais / traducteurs de l'hôpital / traducteurs par téléphone / associations migrants / indications des collègues	nous ne sommes jamais sûrs à 100% qu'il a été compris comme nous avons voulu le faire comprendre.	Utilisation ++ téléphone portable de nos jours. Outils technologiques pratique mais attention failles.
IDE 2	Mots d'Anglais, d'Allemand / travail perso sur la langue / indications des collègues / faire appel à la famille / applications / interprètes / supports écrit créer par le service	Claire Mestre anthropologue psychothérapeute, citée par Brigitte Bourgeois (2016), précise que « <i>toute personne bilingue n'est pas forcément un bon interprète, il faut acquérir une position : le secret et le non jugement, une technique de traduction au plus près des mots du patient, une juste distance relationnelle vis-à-vis du</i>	Intimité du patient vis à vis de sa famille , secret professionnel....

		professionnel soignant et du patient »	
--	--	---	--

**5ème question :** *Selon-vous , cette barrière linguistique a-t-elle impacté la relation soignant-soigné avec cette personne ? Pourquoi ?*

	Leurs réponses	Cadre théorique	Mon avis ?
IDE 1	Créer une relation soignant-soigné compliqué / on met plus de temps / ça met un peu plus de temps / je ne pense pas que ce soit vraiment un frein à long terme / c'est le début qui est compliqué / ça met un peu plus de temps / avec un peu plus de difficulté	la Charte du patient hospitalisé ainsi que la loi du 4 mars 2002 soulignent le fait que tout acte médical doit être pratiqué qu'avec le consentement de la personne et que celui-ci doit être libre et éclairé	Qu'en est-il alors si le patient ne comprend pas l'acte que nous souhaitons faire ? Son consentement sera forcément biaisé ou sera dans certains cas absent
IDE 2	Je pense qu'elle l'impact forcément / moins d'approfondissement / moins présent dans la chambre / faire le minimum / beaucoup moins présent / relation très impactée / détriment de la famille		Se mettre a leur place

**6ème question :** *Que ressentez-vous face à cette prise en soin ?*

	Leurs réponses	Cadre théorique	Mon avis ?
IDE 1	Appréhension « olalala comment je vais faire »		Pour ma part appréhension vis à vis de notre rôle important dans la prise en soin.

IDE 2	Pas mal de stress / effort supplémentaire / forcément c'est du stress / ça nous prend plus de temps / un peu plus de pression, d'énervernement / moins de patience / impuissance / toujours un peu stressant / malaisant / compliqué		Peu d'expérience.
-------	--	--	-------------------

**7ème question :** *Quels seraient les conseils que vous pourriez donner à un soignant pour une prise en soin optimale d'un patient non francophone ?*

	Leurs réponses	Cadre théorique	Mon avis ?
IDE 1	Garder le sourire / ne pas se laisser déstabiliser ou agacé / essayer de piocher dans ses ressources / les gestes / les mimes / les applications / essayer d'utiliser tous les outils / ne pas laisser tomber / pas baisser les bras / ne pas se montrer agacé / toujours bienveillant / calme / bienveillance		Se mettre à la place du patient, essayer de comprendre. Faire preuve de patience et de bienveillance. Mêmes besoins peu importe la langue.
IDE 2	Beaucoup de patience / beaucoup d'investissement personnel / se renseigner sur son temps personnel		



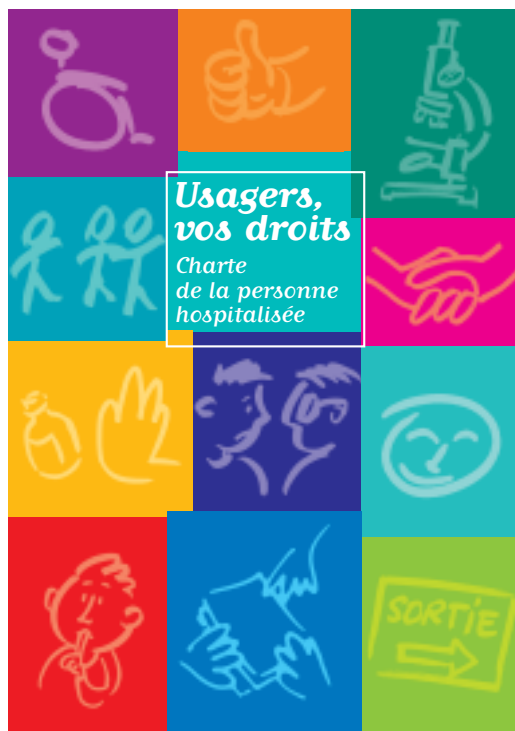
# Usagers, vos droits

Charte  
de la personne  
hospitalisée



Ministère de la Santé  
et des Solidarités





L'

objectif de la présente charte est de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois – notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – et les principaux décrets, arrêtés, circulaires et chartes dont les références figurent en annexe.

L'expression « personne hospitalisée » utilisée dans cette charte désigne l'ensemble des personnes prises en charge par un établissement de santé, que ces personnes soient admises en hospitalisation (au sein de l'établissement ou dans le cadre de l'hospitalisation à domicile), accueillies en consultation externe ou dans le cadre des urgences.

L'application de la charte s'interprète au regard des obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'institution et auxquelles sont soumis le personnel et les personnes hospitalisées. La personne hospitalisée doit pouvoir prendre connaissance du règlement intérieur qui précise ces obligations.

Les dispositions qui la concernent et, en particulier, les dispositions qui s'appliquent à l'établissement, aux personnels et aux personnes malades, seront, si possible, intégrées dans le livret d'accueil.

Le résumé de la charte est remis, dès son entrée dans l'établissement, à chaque personne hospitalisée ainsi qu'un questionnaire de sortie et un contrat d'engagement contre la douleur, annexés au livret d'accueil. Le document intégral de la charte est délivré, gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil.





## Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge

**T**oute personne est **libre de choisir** l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge. Un établissement ne peut faire obstacle à ce libre choix que s'il n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge appropriée à l'état du demandeur ou s'il ne dispose pas de la place disponible pour le recevoir.

Toutefois, les personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement en raison de troubles mentaux sont exclusivement hospitalisées dans les établissements de santé habilités à cet effet par le préfet.

Toute personne peut également choisir son praticien sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas.

Dans tous les cas, le choix de la personne concernant l'établissement et/ou le praticien doit se concilier avec certaines contraintes liées à l'urgence, l'organisation du service ou la délivrance des soins.

Les conditions de remboursement dont bénéficie la personne peuvent varier selon l'établissement ou le praticien choisi.

### > **Dispositions communes à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés**

Tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'**égal accès** de chaque personne **aux soins** requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques. Les établissements prennent toutes les dispositions nécessaires pour que les enfants en âge scolaire bénéficient d'un suivi scolaire adapté.

Les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel doivent être prévus.

L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches).

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché.

### **Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles.**

Ces associations ont pour mission d'apporter une aide et un soutien à toute personne qui le souhaite ou de répondre à des demandes spécifiques sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux. Une convention est conclue avec ces associations, précisant les conditions d'intervention de celles-ci dans l'établissement. La liste des associations concernées figure de préférence dans le livret d'accueil. À défaut, cette liste sera mise à la disposition des personnes hospitalisées par le service chargé de l'accueil.

Tout établissement, doté d'un **service d'accueil et de traitement des urgences**, qui se trouve dans l'incapacité de procéder à l'admission d'une personne dont l'état de santé exige une hospitalisation en urgence, doit tout mettre en œuvre pour assurer son admission dans un autre établissement.

### > **Dispositions propres au service public hospitalier**

L'accueil des personnes s'effectue de jour comme de nuit, éventuellement en urgence.

L'accès au service public hospitalier est garanti **aux personnes les plus démunies**. Les personnes qui ne peuvent justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'État sont prises en charge au sein des établissements de santé publics et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier,



*Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge*

pour les soins urgents. Ces soins sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. L'établissement constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux. Dans ce but, les établissements doivent mettre en place **une permanence d'accès aux soins de santé**, qui aide les personnes dans leurs démarches administratives et sociales afin de garantir leur accès à la prévention, aux soins et au suivi médical à l'hôpital et dans les réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

L'assistante sociale ou, à défaut, le cadre de santé, est à la disposition des personnes malades, de leur famille ou à défaut de leurs proches<sup>(1)</sup> pour les aider à résoudre leurs difficultés personnelles, familiales, administratives ou matérielles résultant de leur hospitalisation.

(1) L'obligation d'information des établissements concerne également la personne de confiance désignée en application de l'article L 1111-6 du code de la santé publique (voir plus loin).

## Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins

**L**es établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques de chacun d'eux. Ils leur dispensent les actes de prévention, d'investigation de diagnostic ou de soins – curatifs ou palliatifs – que requiert leur état et ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, leur faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Par ailleurs, ils veillent à **la continuité des soins** à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants.

Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser **la prise en charge de la douleur** des personnes qu'il accueille.

Une brochure intitulée « Contrat d'engagement contre la douleur » doit être remise à chaque personne hospitalisée. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes.

Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie.

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, l'établissement met tout en œuvre pour leur assurer **une vie digne jusqu'à la mort**. À cet égard, la prise en compte de leur volonté est essentielle (cf. infra IV). Elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques tant physiques que psychologiques. Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leur famille ou leurs proches et les personnes de leur choix (en particulier la personne de confiance qu'elle aura désignée) et, naturellement, par le personnel et les bénévoles intervenant dans l'établissement. En cas de décès imminent, l'établissement s'attachera à prévenir la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches, dans un délai leur permettant d'avoir la possibilité d'accompagner la personne lors de ses derniers moments. L'entourage bénéficie également d'un soutien<sup>(2)</sup>.

**En cas de décès** dans l'établissement de santé, la dépouille de la personne décédée est déposée dans la chambre mortuaire de l'établissement ou, à défaut, dans celle d'un autre établissement. En l'absence de chambre mortuaire, le défunt peut être transféré hors de l'établissement dans une chambre funéraire à la demande de la famille ou à la demande du directeur de l'établissement, s'il lui a été impossible de joindre la famille dans un délai de dix heures à compter du décès. Lorsque le transfert en chambre funéraire a été demandé par le directeur de l'établissement, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement ainsi que les frais dits de séjour, dans la limite des trois premiers jours suivant l'admission.

(2) La circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 constitue en ce domaine une référence en matière d'organisation des soins d'accompagnement.



## L'information donnée au patient doit être accessible et loyale

**L**es établissements doivent veiller à ce que **l'information médicale et sociale** des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, **la volonté d'une personne de ne pas être informée** du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers.

Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne **une information accessible, intelligible et loyale**. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposés ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas de la délivrance d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, dans la mesure du possible, proposer un soutien psychologique.

Dans le cas où les informations médicales à délivrer relèvent en partie de la compétence d'autres professionnels de santé, **le médecin organise le parcours de la personne** ou, à défaut, lui indique les professionnels auxquels il est souhaitable qu'elle s'adresse pour obtenir une information médicale complète.

Afin que la personne malade puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui la concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à son information et son éducation, chacun dans son domaine de compétences.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions

de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Pour favoriser **la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle** à la prise de décision les concernant, ils sont informés des actes et examens nécessaires à la prise en charge de leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs capacités de compréhension, indépendamment de l'indispensable information donnée à leurs représentants légaux.

**Le secret médical**, institué pour protéger la personne malade, s'impose au médecin. Dans ces conditions, le médecin ne doit divulguer aucune information médicale à une autre personne qu'à la personne malade. Toutefois, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, et sauf opposition de la personne malade, la famille et les proches reçoivent les informations leur permettant de soutenir directement la personne malade et doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables. Par ailleurs, en cas de décès, et sauf opposition exprimée antérieurement par la personne elle-même, le secret médical ne fait pas obstacle à la divulgation des informations aux ayants droit lorsqu'elles sont nécessaires à la connaissance des causes de la mort, à la défense de la mémoire du défunt ou pour faire valoir leurs droits.

**La personne de confiance** (cf. infra 4) doit également bénéficier d'une information suffisante pour pouvoir donner valablement son avis, dans le cas où la personne malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Seules l'impossibilité, l'urgence ou la volonté de la personne malade de ne pas savoir peuvent dispenser le médecin d'informer celle-ci.

L'information porte également, à la demande de la personne hospitalisée, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au titre de sa prise en charge. Lorsque cette prise en charge est réalisée par un professionnel de santé d'exercice libéral, ce dernier doit informer la personne, avant l'exécution d'un acte, de son coût et des conditions de remboursement dont elle bénéficierait par les organismes d'assurance maladie.





## Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient

**L**'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son **consentement préalable**. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

**Le consentement de la personne doit être libre**, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. **Il doit être éclairé**, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne.

**Autre conséquence du principe du consentement : toute personne hospitalisée, apte à exprimer sa volonté, peut aussi refuser** tout acte diagnostic ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment. Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire alors appel à un autre membre du corps médical. Cependant, dès lors que la personne réitère sa décision dans un délai raisonnable (délai apprécié compte tenu de la situation), celle-ci s'impose au médecin. Il faut préciser que la décision prise par la personne malade de limiter ou d'arrêter ses traitements, alors même qu'elle ne se trouve pas en situation de fin de vie, doit être particulièrement réfléchie. C'est pourquoi le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le patient n'a pas disposé d'un délai minimum

nécessaire pour réitérer, en toute connaissance de cause, sa volonté.

**En fin de vie** (c'est-à-dire lorsque la personne se trouve « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable »), dès lors que la personne, dûment informée des conséquences de son choix et apte à exprimer sa volonté, fait valoir sa décision de limiter ou d'arrêter les traitements, celle-ci s'impose au médecin.

Dans tous les cas, la décision d'arrêt ou de limitation des traitements, prise par la personne, est inscrite dans son dossier médical.

**Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, qu'elle soit en fin de vie ou non**, et que les actes de prévention, d'investigation ou de soins apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, le médecin peut prendre la décision de les limiter ou de les arrêter. Cette décision ne peut cependant être prise qu'après concertation avec l'équipe de soins et **dans le cadre d'une procédure collégiale**. Le médecin ne prend en effet sa décision qu'après consultation d'au moins un autre médecin avec lequel il n'entretient aucun lien hiérarchique. Par ailleurs, il prend en compte les souhaits précédemment exprimés par la personne quant à sa fin de vie. Cette volonté doit être recherchée notamment dans d'éventuelles **directives anticipées** (voir ci-après).

Il prend en compte également les avis exprimés par la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches. Lorsque la personne de confiance est désignée, son avis l'emporte sur celui exprimé par la famille ou par les proches. La décision motivée du médecin ainsi que les étapes de la procédure suivie sont inscrites dans le dossier médical.

Dans tous les cas d'arrêt ou de limitation de traitement, la personne conserve tous ses droits d'accès aux soins palliatifs. Comme précédemment indiqué (cf. supra II), le médecin doit soulager sa douleur, apaiser sa souffrance psychique, sauvegarder sa dignité et soutenir son entourage.

**Afin de garantir l'expression de la volonté du malade, deux dispositifs sont prévus : la désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées.**

Lors de son admission, toute personne hospitalisée majeure est systématiquement informée de la possibilité qui lui est offerte de désigner **une personne de confiance**. Cette désignation est effectuée par écrit et vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en décide autrement. Elle est révoquée à tout moment. Le choix de la personne peut porter aussi bien sur un parent que sur un conjoint, un compagnon, une compagne, un proche, un médecin traitant... La personne de confiance peut être désignée antérieurement à l'hospitalisation. L'établissement apportera une attention particulière au recueil des coordonnées de la personne choisie et il est recommandé que ces informations soient classées dans le dossier médical. À la demande du patient, la personne de confiance pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Pour le cas où le patient se trouverait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, l'avis de la personne de confiance doit être recueilli, mais ne s'impose pas au médecin.

Toute personne majeure a la possibilité de rédiger, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, **des directives anticipées**. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie. Les directives anticipées se présentent sous forme d'un document écrit et authentifiable. Si la personne ne peut les rédiger elle-même, deux témoins, dont la personne de confiance, attestent qu'elles correspondent à la volonté clairement exprimée par la personne. Elles doivent être renouvelées tous les trois ans ou être établies depuis moins de trois ans avant que la personne ne soit plus en état d'exprimer sa volonté (par exemple en cas de maladie neurodégénérative). Elles sont révoquées à tout moment. Lorsque des directives anticipées existent, le médecin doit en tenir compte. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. Elles témoignent en effet de la volonté d'une personne, alors que celle-ci était encore apte à l'exprimer et en état de le faire. Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées par le patient dans ce document compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution de l'état de l'art médical. En tout état de cause, la personne qui souhaite que ses directives soient prises en compte, doit les rendre accessibles au médecin qui la prendra en charge au sein

de l'établissement. À cette fin, mais sans qu'il s'agisse d'une condition de validité, le dossier détenu par le médecin traitant apparaît comme le meilleur cadre de conservation. Lors de son admission dans l'établissement, le patient peut signaler l'existence de directives anticipées et indiquer les coordonnées des personnes auxquelles il les a confiées.

**Lorsque la personne hospitalisée est mineure ou majeure sous tutelle**, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'une personne mineure ou majeure sous tutelle risque d'être gravement compromise par le refus du représentant légal ou par l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins qui s'imposent. S'agissant d'un mineur, lorsqu'il y a divergence entre les titulaires de l'autorité parentale, il appartient au parent le plus diligent de saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il soit statué sur la décision à prendre. Dans le cas où cette divergence s'accompagne d'une situation de danger mettant en cause la santé ou la sécurité du mineur, le médecin, tout en étant tenu de délivrer les soins indispensables, est, comme tout autre tiers confronté à une telle situation de danger, habilité à opérer un signalement auprès du procureur de la République, lequel a faculté de saisir le juge des enfants. S'agissant d'un majeur sous tutelle, il appartient au tuteur de solliciter une autorisation du juge des tutelles, dans le cas où il est appelé à prendre une décision concernant la santé de la personne protégée, en l'absence d'avis exprimé par celle-ci ou contre son avis dès lors que la décision présente un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée.

Si une personne mineure, pour laquelle un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, ne souhaite pas que son état de santé soit porté à la connaissance des titulaires de l'autorité parentale, le médecin peut se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale après avoir mis tout en œuvre pour que le mineur accepte qu'ils soient consultés. Si le mineur persiste dans sa volonté que le secret soit gardé, le médecin pourra intervenir pour autant que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix. La mention du refus du mineur que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés sera portée au dossier médical de l'intéressé.





## Un consentement spécifique est prévu pour certains actes

**A**u delà du principe général du consentement préalable, certains actes médicaux font l'objet de garanties spécifiques en ce qui concerne le consentement.

**Dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation**, c'est le consentement des deux membres du couple, à l'origine du projet parental, qui est exigé (article L.2141-2 du code de la santé publique). Pour **le diagnostic prénatal**, seul le consentement de la femme enceinte est recueilli (article L.2131-4).

**Le don et l'utilisation des éléments et des produits du corps humain** font également l'objet de dispositions spécifiques. Ainsi, le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits, pour quelle que finalité que ce soit, ne peuvent être pratiqués sans le consentement du donneur. Le consentement est révocable à tout moment (article L.1211-2 du code de la santé publique). Lorsque la finalité initiale du prélèvement est modifiée, la personne doit en être informée, sauf impossibilité, afin de pouvoir s'y opposer si elle le souhaite.

Le consentement à **un prélèvement d'organe en vue de don** est particulièrement formalisé : il doit être recueilli devant le tribunal de grande instance ou, en cas d'urgence, par le procureur de la République. Ce consentement est révocable à tout moment et sans condition de forme (article L.1231-1 du code de la santé publique). En règle générale, aucun prélèvement d'organe, de tissus, de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale (articles L.1231-2 et L.2141-2 du code de la santé publique). Toutefois, un prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut être effectué sur un mineur ou sur un majeur protégé au bénéfice de son frère ou de sa sœur, de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce, avec les garanties et dans les conditions définies aux articles L.1241-3 et L.1241-4 du code de la santé publique.

**Toute personne peut faire connaître de son vivant son opposition ou son refus**

**à un prélèvement d'organe après son décès** (que ce soit à des fins thérapeutiques ou scientifiques). Ce refus peut figurer sur le registre national des refus, mais il peut également être exprimé par tout autre moyen. Aussi, en l'absence de refus enregistré dans le registre national, avant tout prélèvement, le médecin doit vérifier auprès de la famille ou des proches que la personne ne s'est pas opposée de son vivant, par tout moyen, au don d'organes (article L.1232-1 du code de la santé publique). Si la personne décédée est un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don ne peut avoir lieu qu'à condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale – ou le représentant légal – y consente expressément par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit (article L.1232-1 du code de la santé publique).

En outre, en cas de **prélèvements à des fins scientifiques sur personne décédée**, ceux-ci ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'agence de la biomédecine et soumis à l'appréciation du ministre chargé de la recherche (article L.1232-3 du code de la santé publique). Dans tous les cas, la famille ou les proches sont informés par le médecin de la finalité des prélèvements sur la personne décédée envisagés à des fins scientifiques et de leur droit à connaître les prélèvements effectués (article L.1232-1 du code de la santé publique).

**Pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**, des dispositions spécifiques sont prévues lorsqu'il s'agit d'une mineure. Si une mineure non émancipée souhaite accéder à une IVG et se trouve dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale ou si elle souhaite garder le secret, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés, peuvent néanmoins être pratiqués à sa demande. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner par la personne majeure de son choix.

En ce qui concerne les prélèvements à visées tant diagnostiques, thérapeutiques que scientifiques sur **des tissus et cellules embryonnaires**

**ou fœtales** à l'issue d'une interruption de grossesse, ils ne peuvent être demandés qu'aux personnes majeures (sauf recherche des causes de l'interruption) et après qu'elles aient donné leur consentement écrit. S'il s'agit de **prélèvements à des fins scientifiques**, ils ne peuvent, en outre, être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis préalablement à leur mise en œuvre à l'agence de la biomédecine et soumis à l'appréciation du ministre chargé de la recherche (article L.1241-5 du code de la santé publique).

**En ce qui concerne la réalisation des examens des caractéristiques génétiques**, la personne doit y consentir préalablement par écrit dans les conditions fixées par l'article L.1131-1 du code de la santé publique. Cependant, en cas d'impossibilité de recueillir le consentement de la personne ou de consulter la personne de confiance qu'elle a désignée, sa famille ou à défaut ses proches, les examens peuvent avoir lieu quand son intérêt même l'exige.

**La pratique d'une stérilisation à visée contraceptive** fait l'objet d'une information spécifique délivrée par le médecin sur les risques et les conséquences de l'intervention. Cette information donne lieu à un document écrit. La patiente, majeure, doit exprimer une volonté libre, motivée et délibérée compte tenu de l'information reçue. Le consentement doit être réitéré après un délai de réflexion de quatre mois et confirmé par écrit. Les personnes majeures dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle, bénéficient, pour cette intervention, d'un régime de protection renforcée. L'intervention est subordonnée à la décision d'un juge des tutelles, chargé de recueillir l'avis d'un comité d'experts (article L. 2123-2 du code de la santé publique).

**Un dépistage** (par exemple du virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) ne peut être réalisé qu'avec le consentement préalable de la personne, sauf dans certains cas exceptionnels où ce dépistage est obligatoire (par exemple : dons de sang, d'organes, de tissus, de cellules et notamment de sperme et de lait).

**Aucun dépistage ne peut être fait à l'insu du patient**, ce qui constituerait une violation de la vie privée. Un dépistage volontaire peut être proposé au patient, dans le respect des règles rappelées par la circulaire n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du VIH, dont celle du libre consentement, après information personnalisée.

Par ailleurs, toute personne infectée par le VIH doit donner son consentement par écrit au traitement informatique de son dossier médico-épidémiologique à des fins statistiques.



## *Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles*

**P**our faire progresser les connaissances sur le fonctionnement du corps humain et l'origine, le diagnostic et le traitement des maladies, il est nécessaire de pouvoir mener des recherches sur l'être humain : c'est la recherche biomédicale, strictement encadrée par la loi. Ce type d'activité ne doit pas être confondu avec une activité de soin ; il ne s'agit pas non plus d'un droit pour les patients. En tout état de cause, une recherche biomédicale ne peut être effectuée sur l'être humain que si elle répond à **des critères de pertinence scientifique, d'absence de risques disproportionnés aux bénéfices escomptés et de réduction des désagréments et des contraintes pour la personne.**

Une recherche biomédicale ne peut, en principe, être proposée à une personne hospitalisée. Toutefois, une telle recherche peut être proposée dans deux cas : d'une part, si le bénéfice attendu par la personne hospitalisée justifie le risque encouru ; d'autre part, si la recherche peut être potentiellement utile pour d'autres personnes relevant de la même situation, c'est-à-dire hospitalisées, et dans la mesure où il n'existe aucune méthode alternative d'efficacité comparable.

Aucune recherche ne peut être menée si elle n'a pas reçu **l'avis favorable d'un comité de protection des personnes indépendant**, auquel participent notamment des représentants d'associations de malades ou d'usagers du système de santé. **La recherche doit en outre être autorisée**, selon le cas, soit par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, soit par le ministère chargé de la santé.

Le médecin investigateur qui coordonne une recherche doit apporter **une information claire et compréhensible** à la personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale. La personne pressentie doit notamment, avant de donner son consentement, être informée sur : les objectifs, la méthode et la durée de la recherche ; les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles ; les autres choix de traitements possibles ; les modalités de prise en charge médicale prévues en cas d'interruption de la recherche pour quelque raison que ce soit ;

les modalités selon lesquelles, après la fin de la recherche, la personne hospitalisée participante sera informée des résultats de celle-ci. L'ensemble des informations est résumé dans un document écrit. En effet, la personne, dans la mesure du possible, doit avoir le temps de réfléchir à la proposition qui lui est faite et de demander toutes les explications complémentaires au médecin investigateur, d'en parler à toute personne de son choix (médecin traitant, proches, association de malades, etc.) avant de prendre et de faire connaître sa décision.

Si la personne est d'accord pour participer à la recherche, elle doit exprimer son **consentement par écrit** en signant un document. Si elle n'accepte pas la proposition qui lui est faite ou si elle retire son consentement, cela n'aura aucune conséquence sur sa prise en charge par l'établissement et elle recevra des soins de la même qualité que si elle acceptait de participer à la recherche proposée.

Des règles spécifiques relatives au consentement sont prévues pour **les personnes mineures, les personnes majeures sous tutelle ou sous curatelle ou les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur volonté** ainsi que pour les personnes dites « **vulnérables** » – femmes enceintes ou qui accouchent, mères qui allaitent, personnes en prison, personnes hospitalisées sans consentement – (article L.1122-2 du code de la santé publique).

Des recherches peuvent être nécessaires sur des personnes hospitalisées **en situation d'urgence** et qui ne sont pas, par conséquent, en état de donner leur consentement. Dans ce cas, l'accord de la personne de confiance désignée ou de la famille, dans la mesure où elles sont présentes, doit être demandé. La personne concernée est informée dès que possible et son consentement est alors nécessaire pour continuer la recherche. Si la personne refuse, elle peut s'opposer à l'utilisation des données la concernant et qui ont été recueillies avant son refus. Pendant une recherche ou à la fin de celle-ci, la personne hospitalisée a le droit d'avoir communication des informations dont le médecin investigateur dispose au sujet de sa santé.

## 6

*Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles*

La participation d'une personne hospitalisée à une recherche biomédicale ne donnera lieu à aucune rémunération ni indemnisation.

**Le traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche** s'effectue dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers

et aux libertés et à l'article L.1111-7 du code de la santé publique. Conformément à ces dispositions, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant aux responsables de la recherche. Elle peut également s'opposer au traitement des données la concernant.





## La personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement

**U**ne personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement. Lorsque la demande de sortie est jugée prématurée par le médecin et présente un danger pour la santé de la personne, celle-ci doit signer **une attestation** établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait pour elle. À défaut de cette attestation, un document interne est rédigé.

Une personne ne peut être retenue par l'établissement. Seules les personnes ayant nécessité, en raison de **troubles mentaux**, une hospitalisation à la demande d'un tiers ou une hospitalisation d'office, peuvent être retenues, sous réserve des dispositions applicables aux mineurs et, sous certaines conditions, aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux autres patients. Des restrictions à l'exercice de leurs libertés individuelles peuvent être imposées aux personnes hospitalisées pour troubles mentaux sans leur consentement, dans la limite de celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. Ces personnes doivent être informées dès leur admission et, par la suite, à leur demande, de leur situation juridique et de leurs droits.

**Les personnes détenues disposent des mêmes droits que ceux dont bénéficient les autres personnes hospitalisées.** Cependant, les détenus admis dans un établissement de santé continuent d'effectuer leur peine ; de même, les personnes mises en examen et placées en détention provisoire restent en détention ; de ce fait, la réglementation pénitentiaire leur est applicable et, notamment, les règles particulières restreignant la liberté d'aller et venir et de communiquer.



## La personne hospitalisée est traitée avec égards

**L**e respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards.

Si un enseignement clinique conduit à un examen du patient en présence d'étudiants en médecine, son consentement préalable est requis. Il ne peut être passé outre à un refus de la personne.

Les mêmes prescriptions doivent être respectées en ce qui concerne les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux.

L'établissement de santé doit **respecter les croyances et convictions** des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...).

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.

**Tout prosélytisme est interdit**, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

L'établissement prend les mesures qui assurent la tranquillité des personnes et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Il organise le fonctionnement des consultations externes et l'accomplissement des formalités administratives liées à l'hospitalisation, de manière à réduire le plus possible les déplacements et les délais d'attente.





## Le respect de la vie privée est garanti à toute personne

**T**oute personne hospitalisée a droit au respect de sa vie privée.

Le personnel est tenu **au secret professionnel**, défini par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, relative aux droits et obligations des fonctionnaires.

L'établissement garantit **la confidentialité des informations** qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières).

Toutefois, les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge.

Ces mêmes informations pourront également être confiées à d'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins qui prend en charge la personne, dans la mesure où celle-ci en aura été avertie et ne s'y sera pas opposée.

Dans le cadre d'une procédure judiciaire exécutée dans les formes prescrites, le juge ou la personne qu'il aura mandatée à cet effet peut avoir accès aux informations concernant une personne hospitalisée ou ayant été hospitalisée.

Toutefois, cette procédure judiciaire n'est pas de nature à entraîner la levée des anonymats garantis par la loi.

La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées. Elle a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec les professionnels de santé.

L'accès des journalistes, photographes, démarcheurs publicitaires et représentants de commerce auprès des personnes hospitalisées ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès des personnes concernées, dans la limite du respect des autres patients et sous réserve de l'autorisation écrite donnée par le directeur de l'établissement. Cet accès doit être utilisé avec mesure afin d'éviter tout abus de l'éventuelle vulnérabilité des patients.

Une personne hospitalisée peut refuser toute visite et demander que sa présence ne soit pas divulguée.

La personne hospitalisée peut, dans la limite du respect des autres patients et de l'espace de sa chambre, apporter des effets personnels.

Le régime de responsabilité, en cas de perte, vol ou détérioration de ces objets ainsi que des objets autorisés à être déposés, est défini par la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et ses textes d'application (cf. articles L.1113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R.1113-9 du code de la santé publique).

**Tout enfant hospitalisé** dans un service de pédiatrie doit pouvoir bénéficier de la visite de son père, de sa mère ou de toute autre personne s'occupant habituellement de lui, quelle que soit l'heure, y compris la nuit, pour autant que la présence du visiteur n'expose ni lui-même, ni l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses.



## *La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant*

**T**outes les informations à caractère médical formalisées sont intégrées dans **le dossier médical**. Ces informations sont accessibles à la personne hospitalisée (dans certaines conditions, à ses représentants légaux ou, en cas de décès, à ses ayants droit), à l'exclusion toutefois de celles qui concernent des tiers ou mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers. L'accès de la personne à ces informations peut s'effectuer directement, si elle le souhaite, ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet. Dans l'hypothèse où la personne souhaite consulter son dossier médical sur place, elle peut bénéficier gratuitement d'un accompagnement médical proposé par l'établissement. Les autres conditions de cet accès, notamment celles concernant les personnes mineures et, à titre exceptionnel, celles concernant les personnes hospitalisées sans leur consentement, sont précisées dans le livret d'accueil mentionné à l'article L.1112-2 du code de la santé publique.

Toute personne accueillie a accès, sur sa demande, aux informations la concernant et contenues dans les fichiers informatiques de l'établissement, en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans les établissements assurant le service public hospitalier, l'utilisateur a un droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi du 17 juillet 1978 modifiée. Il en fait la demande auprès du représentant légal de l'établissement. En cas de refus exprès ou tacite de celui-ci, il peut solliciter l'avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA - 35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS - [www.cada.fr](http://www.cada.fr)).





## La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil

**L**ndépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil à chaque patient, une personne hospitalisée peut faire part de ses observations directement au représentant légal de l'établissement de santé. Dans chaque établissement,

**une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge** (CRU) veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes malades et de leurs proches. Cette commission veille notamment à ce que les personnes puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement. La liste des membres de la commission (parmi lesquels on compte, notamment, deux représentants des usagers, un médiateur médecin et un médiateur non médecin) ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les plaintes et réclamations sont précisées dans le livret d'accueil.

Une personne hospitalisée (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également s'adresser à **la commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales**, dans le ressort de laquelle se situe l'établissement de santé concerné.

Les coordonnées de la commission compétente sont mentionnées dans le livret d'accueil.

**Dans sa formation de conciliation**, cette commission peut être saisie, par lettre recommandée avec avis de réception :

- > de toute contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé (article L.1114-4 du code de la santé publique) ;
- > de tout litige ou de toute difficulté entre le malade ou l'utilisateur du système de santé et l'établissement de santé, né à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (articles L.1142-5 et R.1142-19 et suivants du même code).

La commission a la possibilité soit de mener la conciliation elle-même, soit de la déléguer à l'un de ses membres ou à un médiateur extérieur. Un document est établi en cas de conciliation totale ou partielle.

**Dans sa formation de règlement amiable**, cette commission peut être saisie par le malade (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit), lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important<sup>(3)</sup> et que l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins à l'origine du dommage est postérieur au 4 septembre 2001. Pour toute information sur les conditions d'accès au dispositif d'indemnisation, consulter le site [www.oniam.fr](http://www.oniam.fr) ou appeler – au coût d'une communication locale – le 0810 600 160 (numéro azur), du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.

Le malade estimant avoir subi un préjudice (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également, et même, s'il le souhaite, simultanément à la procédure devant la commission ci-dessus, exercer **un recours devant les tribunaux**. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage. Selon que les faits incriminés sont survenus dans un établissement de santé public ou privé, c'est la juridiction administrative ou judiciaire qui est compétente.

Dans tous les cas, **les actions** tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés, à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, **se prescrivent par dix ans, à compter de la consolidation du dommage**.

En ce qui concerne les affaires relevant des tribunaux administratifs - et elles seules - il est nécessaire, **préalablement à tout recours devant le juge administratif**, de formuler, auprès de l'administration concernée, une demande d'indemnisation pour préjudice (sous forme d'une requête amiable).

(3) Ne sont en effet recevables que les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.



*La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil*


En cas de rejet de la demande, le requérant dispose d'un délai de deux mois pour saisir le tribunal administratif. Dans l'hypothèse d'un recours en dommages et intérêts, en cas d'absence de réponse de l'établissement dans les deux mois


suivant la demande (rejet implicite), le requérant n'est pas tenu par un délai, mais l'établissement pourra faire valoir la prescription décennale mentionnée ci-dessus.





# Charte de la personne hospitalisée


## Principes généraux


 1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.


 2 Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.


 3 L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.


 4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.


 5 **Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.


 6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

 7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

 8 **La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

 9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

 10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

 11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

# Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

**L**a liste des textes cités ci-après ne saurait être exhaustive. Elle a seulement pour objet de rappeler les principaux textes qui ont servi de référence à l'élaboration de la charte de la personne hospitalisée.

Les textes suivis du signe (\*) sont accessibles sur le site internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Les textes suivis du signe (\*\*) sont accessibles sur le site internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

## > Les codes

- Code pénal (\*)
- Code civil (\*)
- Code de la santé publique (\*)
- Code de la sécurité sociale (\*)
- Code de l'action sociale et des familles et aide sociale (\*)
- Code général des collectivités territoriales (\*) (et, notamment, ses articles L.2223-39, R.2223-76, R.2223-79 et R.2223-91)

## > Les lois non codifiées

- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 **modifiée** relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (\*)
- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 **modifiée** portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal (\*)
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 **modifiée** relative aux droits et obligations des fonctionnaires (\*)

## > Les chartes

- Charte de l'enfant hospitalisé signée par les associations européennes en 1988 [www.invivo.net/adarpef/article.php3?id\\_article=5](http://www.invivo.net/adarpef/article.php3?id_article=5)

- Charte de l'utilisateur en santé mentale du 8 décembre 2000 [www.fnapsy.org/?page=charte](http://www.fnapsy.org/?page=charte)
- Charte des associations de bénévoles à l'hôpital du 29 mai 1991 [www.ap-hop-paris.fr/site/benevolat/charte.htm](http://www.ap-hop-paris.fr/site/benevolat/charte.htm)
- Charte d'accueil des familles de victimes de la violence routière dans les établissements de santé [www.famille.gouv.fr/dossiers/violences\\_rout/charte.htm](http://www.famille.gouv.fr/dossiers/violences_rout/charte.htm)
- Charte Marianne (\*\*)
- Charte sociale européenne [www.coe.int](http://www.coe.int)

## > Les textes réglementaires non codifiés

### Textes relatifs à la prise en charge dans les établissements de santé

- Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé (JO n°9 du 11 janvier 1997, p. 496 (\*\*))
- Circulaires DH/DAS n° 93-33 du 17 septembre 1993 (BO 93/42) et n° 95-08 du 21 mars 1995 (BO 95/16) relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- Circulaire DH/AF1/97/n°29 du 17 janvier 1997 de mise en œuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L.710-1-1 du code de la santé publique (article L.1112-2 nouveau de ce même code) (BO 97/5)
- Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies (BO 99/1) (\*\*)

- Circulaire N° DH/AF1/99/18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements de santé (\*\*)
- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO 2003/20) (\*\*)
- Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type (BO 2004/43) (\*\*)
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé (BO 2004/6) (\*\*)
- Arrêté du 9 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 19 avril 1994 fixant la liste des instances mentionnées à l'article L.225-8 du code du travail, relatif au congé de représentation en faveur des associations relevant du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville

#### **Textes relatifs aux soins**

- Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques (BO 94/5)
- Circulaire DGS/SQ2/DH/EO4 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (BO 98/9) (\*\*)
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (BO 2002/12) (\*\*)
- Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé (BO 2002/21) (\*\*)

#### **Textes relatifs à l'information de la personne hospitalisée et de ses proches**

- Recommandations pour la pratique clinique « Information des patients, recommandations destinées aux médecins », ANAES, mars 2000 [www.anaes.fr/](http://www.anaes.fr/)
- Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (BO 2001/3) (\*\*)

#### **Textes relatifs à l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux**

- Arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant de frais de copie d'un document administratif (JO n° 228 du 2 octobre 2001) (\*)
- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès (JO n° 65 du 17 mars 2004) (\*)

#### **Textes relatifs au consentement spécifique pour certains actes**

- Arrêté du 27 novembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers (JO du 17 janvier 1992) (\*)
- Arrêté du 22 décembre 2003 modifiant l'arrêté du 27 décembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers (JO n° 38 du 14 février 2004) (\*)

- Circulaire n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du virus immunodéficience humaine auprès des malades hospitalisés (BO 87/46)
- Circulaire DGS/DHOS/ n° 2001-467 du 28 septembre 2001, relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (BO 2001/43) (\*\*)

**Texte relatif à la liberté individuelle**

- Circulaire DGS/SP n° 48 du 9 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux (BO 93/35)

**Texte relatif au respect de la personne et de son intimité**

- Circulaire n° DHOS/G/2005/n° 57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé (BO 2005/2) (\*\*)

**Textes relatifs au droit à la vie privée et à la confidentialité**

- Circulaire DGS/DH n° 83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (BO, fascicule spécial 83/9 bis)
- Circulaire DH/EO3/98 n° 688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie (BO 98/50) (\*\*)
- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO 2003/20) (\*\*)
- Circulaire DHOS/SDO2003/238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences (BO 2003/26) (\*\*)
- Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS/2004/21 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent (BO 2004/52) (\*\*)





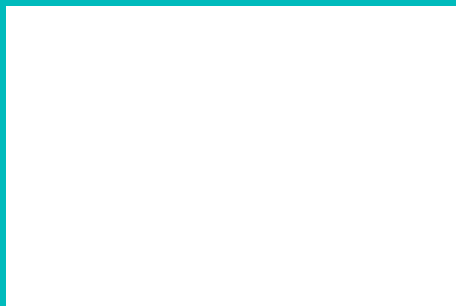
# Index

- accès – pages 3, 4, 6, 7, 15, 16, 17, 19, 20, 21  
accident – page 17  
accompagnement – pages 3, 4, 5, 16, 21  
accueil – pages 1, 3, 4, 5, 14, 16, 17, 19, 20, 22  
administratif – pages 16, 17, 18, 20, 21  
administrative – pages 4, 14, 15, 17, 19  
admission – pages 3, 5, 8, 13  
agence de la biomédecine – page 9  
agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) – page 11  
aide médicale – page 3  
alternative – pages 6, 11  
amiable – pages 17, 19  
anonymat – page 15  
arrêt – page 17  
arrêté – pages 1, 20, 21  
assistance éducative – page 9  
assistance médicale à la procréation – page 9  
assistante sociale – page 4  
association – pages 3, 11, 20, 21  
assurance maladie – pages 3, 6  
attestation – page 13  
autorité parentale – pages 8, 9  
avis – pages 6, 7, 8, 10, 11, 16, 17, 19  
ayants droit – pages 6, 16, 17, 19  
bénéfice – pages 5, 9, 11, 12, 19  
bénévole – pages 5, 14, 20, 21  
biomédicale – pages 11, 12, 19  
blessés – page 5  
commission d'accès aux documents administratifs (CADA) – page 16  
cellule – pages 9, 10  
cellules hématopoïétiques – page 9  
chambre – page 15  
chambre funéraire – page 5  
chambre mortuaire – page 5  
charte – pages 19, 20  
choisir – pages 3, 19  
circulaire – pages 1, 5, 10, 20, 21, 22  
comités de protection des personnes – page 11  
commission – pages 16, 17, 19  
communication – pages 3, 6, 11, 12, 15, 17  
communiquer – page 13  
compétence – page 6  
compréhension – pages 3, 6  
conciliation – page 17  
connaissances scientifiques – pages 5, 7  
consentement – pages 3, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 21  
consolidation – page 17  
consultation – pages 1, 7, 14  
continuité des soins – pages 5, 15  
contrat d'engagement contre la douleur – pages 1, 5  
convaincre – page 7  
convention – pages 3, 21  
conviction – page 14  
cousin germain – page 9  
cousine germaine – page 9  
croyance – pages 14, 19  
commission des relations avec les usagers (CRU) – page 17  
curatelle – pages 10, 11  
curatif – page 5  
danger – pages 7, 8, 13  
décennale – page 18  
décès – pages 5, 6, 9, 16, 17, 19  
décret – page 1  
défunt – pages 5, 6  
délai – pages 1, 5, 7, 10, 14, 18  
démarcheur – page 15  
dépistage – pages 10, 19, 22  
dépouille – page 5  
détention – page 13  
détérioration – page 15  
diagnostic – pages 5, 6, 7, 9, 11, 17  
diagnostic prénatal – page 9  
dignité – page 7  
directeur – pages 5, 15  
directives anticipées – pages 7, 8, 19  
discrimination – page 3  
document – pages 1, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 21  
dommage – pages 17, 18  
donnée – pages 6, 8, 10, 11, 12, 15, 17, 19  
données nominatives – page 12  
dossier médical – pages 7, 8, 16  
douleur – pages 1, 5, 7, 19, 21  
éclairé – pages 7, 9  
éducation – page 6  
égards – pages 14, 19  
enfant – pages 3, 4, 5, 8, 15, 20, 22  
exprès – pages 15, 16  
famille – pages 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 20, 21  
femmes enceintes – pages 5, 11  
fichier – pages 12, 16, 20  
fin de vie – pages 5, 7, 8, 19  
formation – pages 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21  
frais de séjour – pages 5, 6  
frère – page 9  
griefs – pages 17, 19  
handicap – pages 3, 10, 19  
hébergement – page 5  
impossibilité – pages 6, 7, 8, 9, 10  
indemnisation – pages 12, 17  
information – pages 4, 6, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21



- informatique – pages 10, 12, 16, 20
- informer – pages 6, 7
- intégrité corporelle – pages 7, 8
- intérêt – pages 10, 18
- interprète – pages 1, 3
- interruption – pages 7, 9, 10, 11, 22
- interruption volontaire de grossesse – pages 9, 22
- intimité – pages 14, 15, 19, 22
- investigation – pages 5, 6, 7
- journaliste – page 15
- juge aux affaires familiales – page 8
- juge des tutelles – pages 8, 10
- juridiction – page 17
- lait – page 10
- liberté – pages 12, 13, 14, 20, 22
- libre – pages 3, 7, 8, 10, 19
- libre choix – page 3
- limitation – page 7
- livret d'accueil – pages 1, 3, 16, 17, 20
- loi – pages 1, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22
- loyal – pages 6, 19
- majeur – pages 6, 8, 9, 10, 11, 13, 19
- maladies contagieuses – page 15
- médecin investigateur – page 11
- médecin traitant – pages 8, 11
- mère – pages 11, 15
- mineur – pages 6, 8, 9, 11, 13, 16
- moelle osseuse – page 9
- mort – pages 5, 6
- neveu – page 9
- nièce – page 9
- nuisances – page 14
- oncle – page 9
- opposition – pages 6, 9
- organe – pages 9, 10
- palliatif – pages 5, 7, 21
- père – page 15
- permanence d'accès aux soins de santé – page 4
- personne de confiance – pages 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11
- personne démunie – pages 3, 19, 20
- personne détenue – page 13
- photographe – page 15
- précarité – page 4
- préjudice – pages 17, 19
- prélèvement – pages 9, 10
- prescription – pages 14, 18
- prévention – pages 4, 5, 6, 7, 17
- procédure collégiale – page 17
- procédure judiciaire – page 15
- proche – pages 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 21
- procureur de la République – pages 8, 9
- produit du corps humain – pages 9, 19
- pronostic – pages 4, 6, 7
- prosélytisme – page 14
- protection – pages 9, 10, 11, 13
- protocole – pages 9, 10
- psychologique – pages 5, 6
- qualité – pages 1, 5, 11, 14, 17, 19
- questionnaire de sortie – pages 1, 17
- recherche – pages 9, 10, 11, 12, 19
- recours – pages 3, 17, 18
- réflexion – page 10
- refus – pages 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 19
- règlement amiable – pages 17, 19
- règlement intérieur – page 1
- réitéré – page 10
- religion – pages 3, 14
- remboursement – pages 3, 6
- rémunération – page 12
- représentant – pages 6, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 19
- représentant légal – pages 8, 9, 16, 17
- représentants légaux – pages 6, 16, 17, 19
- responsabilité – pages 15, 17
- révocable – pages 8, 9
- rites funéraires – page 14
- risque – pages 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 19
- secret – pages 6, 8, 9, 15
- secret médical – page 6
- sœur – page 9
- soin – pages 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 20, 21
- sortie – pages 1, 13, 17
- souffrance – pages 5, 7
- sperme – page 10
- stérilisation – page 10
- suivi scolaire – page 3
- surveillance – page 5
- tante – page 9
- tiers – pages 6, 8, 13, 16
- tissu – pages 9, 10
- toilette – page 14
- traitement – pages 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 21
- transmission – page 6
- transport – page 5
- tribunal administratif – page 18
- tribunal de grande instance – page 9
- tribunaux – pages 17, 19
- troubles mentaux – pages 3, 13, 22
- tutelle – pages 6, 8, 10, 11
- tuteur – page 8
- urgence – pages 1, 3, 6, 7, 9, 11, 19, 21, 22
- vie – pages 5, 7, 8, 10, 15, 19, 22
- vie digne – pages 5, 19
- vie privée – pages 10, 15, 19, 22
- virus – pages 10, 22
- visiteur – pages 14, 15
- volonté – pages 5, 6, 7, 8, 10, 11
- vulnérabilité – page 15





## **ABSTRACT.**

NOM : HUTIN

PRÉNOM : MARGOT

TITRE : LA BARRIÈRE DE LA LANGUE DANS LES SOINS.

Présentation synthétique du travail en **Anglais** :

Welcoming, treating, reassuring, listening is what we do in our role of caregivers in a hospital.

But what happens to all this when we have in front of us someone who does not speak our language?

It is by meeting, during my course, a patient who did not speak a word of French, and with whom I had to show a lot of creativity to communicate with him, that I decided to focus my end of study thesis on the theme of the language barrier in care.

Indeed, several questions arose after taking care of this patient: “Did he understand what I was telling him? Did I understand what he was asking me, the important information about him? How could I have improved communication between us?”

This is how my original question came to be:

***How can language barrier impact the caregiver-patient relationship when welcoming a non-French speaking person to a hospital?***

In this work I chose to first, deepen what was the caregiver relationship as well as communication as a nurse; then to investigate the impact of the language barrier in care; and finally suggest possible solutions to overcome this.

My reflection on this subject was supported by interviews with two nurses from different regions. They were able to give me feedback on their experience in caring for non-French speaking patients: their difficulties, their feelings, their solutions. The analysis of these interviews made it possible to go even further on this reflection and open up other avenues to explore.

Présentation synthétique du travail en **Français** :

Accueillir, soigner, rassurer, écouter voilà notre rôle en tant que soignant à l'hôpital.

Mais que devient tout ceci quand nous avons en face de nous une personne ne parlant pas notre langue?

C'est en rencontrant dans mon cursus, un patient ne parlant pas un mot de français, et avec

lequel j'ai dû faire preuve de beaucoup d'imagination pour communiquer avec lui, que j'ai décidé de diriger mon mémoire de fin d'étude sur le thème de la barrière linguistique dans les soins.

En effet, plusieurs questions se sont soulevées après la prise en soin de ce patient. A t'il compris ce que je lui disais ? Ai-je compris ce qu'il me demandait, les informations importantes le concernant ? Comment aurais-je pu améliorer la communication entre nous ?

C'est ainsi qu'est venu ma question de départ :

***En quoi la barrière de la langue peut-elle impacter la relation soignant-soigné lors de l'accueil d'une personne non francophone à l'hôpital ?***

J'ai choisi dans ce travail d'approfondir en premier lieu ce qu'était la relation soignant soigné ainsi que la communication en tant qu'infirmière; dans un second temps l'impact de la barrière linguistique dans le soin; et dans un dernier temps les solutions possibles pour pallier à celle-ci.

Ma réflexion autour de ce sujet s'est accompagnée d'entretiens avec deux infirmières de régions différentes. Elles ont pu me faire un retour sur leur expérience quant à la prise en soin des personnes non francophones: leurs difficultés, leurs ressentis, leurs solutions. L'analyse de ces entretiens a permis d'aller encore plus loin sur cette réflexion et d'ouvrir d'autres pistes à explorer.

MOTS CLÉS : **Anglais.** Relationship / Language Barrier / Care / Caregiver / Patients.

MOTS CLÉS : **Français.** Relation / Barrière de la Langue / Soins / Soignant / Patients.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU de Rennes 2 Pontchaillou.

Adresse : rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES – Année de formation 2018-2021