



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Soigner en langue étrangère : le rôle de l'infirmier dans le parcours de soins du patient allophone

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers



Formateur référent : Isabelle LE GAL

THOMAS Angelina
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
Remise le 10 mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier.

Travaux de fin d'études :

Soigner en langue étrangère : le rôle de l'infirmier dans le parcours de soins du patient allophone

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 en un art ou un procédé quelconque ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture **Soigner en langue étrangère : le rôle de l'infirmier dans le parcours de soins du patient allophone**

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

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

Le 06 mai 2021

Signature de l'étudiant : THOMAS Angelina

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Je tiens d'abord à remercier ma référente mémoire, Isabelle LE GALL, pour son accompagnement, ses encouragements et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

Je remercie également ma mère, mon frère et ma soeur pour leur soutien tout au long de ces trois ans d'études. Je les remercie aussi de m'avoir écouté durant des heures sur mes anecdotes de stage.

Une pensée particulière à mon grand-père, ayant migré en France pour le bien de sa famille et qui, avec du recul, a pu me donner de l'inspiration pour mon mémoire. J'ose espérer qu'il aurait été fier du travail effectué.

Un grand merci aussi à mes amies de promotion : Chloé, Youna, Marie, Léa, Gwladys et sans oublier Céline, pour leur soutien lors des moments difficiles mais aussi pour tous nos mémorables instants passés ensemble.

Merci à mes amis de longue date m'ayant également soutenu durant ces trois ans, avec qui j'ai pu partager mes joies et mes peines.

Je remercie les deux infirmiers avec qui j'ai pu m'entretenir pour ce travail et en particulier *Antoine*¹, qui a pu m'encadrer durant un stage. Je remercie aussi tous les soignants que j'ai pu rencontrer le long de ces trois ans, grâce à qui j'ai pu mûrir et prendre confiance en moi.

Un merci aussi à Lisa DJADAOUJEE, ma référente pédagogique, pour son accompagnement et sa bienveillance le long de cette année.

Enfin, je remercie l'infirmière qui participera à la lecture de mon mémoire.

¹ Le prénom a été modifié

Sommaire

Introduction	Page 1
I. De la situation d'appel à la question de départ	Page 2
1. La situation d'appel	Page 2
2. La question de départ	Page 2
II. Cadre conceptuel	Page 4
1. Une alliance entre le soignant et le soigné	Page 4
1.1. Le soignant	Page 4
1.2. Le soigné	Page 4
1.3. Définition de la relation	Page 5
1.4. Types de relation	Page 5
1.5. Étapes de la relation soignant-soigné	Page 6
1.6. L'écoute active	Page 8
2. Une attitude soucieuse à l'autre	Page 8
2.1. Le soin, les soins	Page 8
2.2. Le prendre soin	Page 9
2.3. Le care, le cure, le caring	Page 10
3. Le partage d'un message	Page 12
3.1. Définition de la communication	Page 12
3.2. Le schéma de Shannon et Weaver	Page 12
3.3. La communication verbale	Page 12
3.4. La communication non verbale	Page 13
4. La rencontre d'une personne venue d'ailleurs	Page 15
4.1. La langue	Page 15
4.2. La personne étrangère, la personne immigrée	Page 16
4.3. Histoire de l'immigration en France	Page 16
4.4. La culture	Page 17
III. Le dispositif méthodologique	Page 18
1. Le guide d'entretien	Page 18
2. La population choisie	Page 18
3. Organisation mise en place	Page 18
4. Bilan du dispositif	Page 19
IV. Analyse descriptive des entretiens	Page 20
V. Discussion	Page 23
Conclusion	Page 30
Bibliographie	Page 32
Ouvrages	Page 32
Articles	Page 32
Textes législatifs	Page 33
Sites internet	Page 33
Thèse	Page 35
Image	Page 35

Introduction

Coallia, association proposant des solutions d'accueil et un accompagnement social notamment aux personnes immigrées, a pu recevoir 1293 migrants en 2017 en Ille-et-Vilaine. Nombre en constante augmentation suite à des migrations se faisant désormais en famille, leur prise en soin demeure davantage complexe, notamment par des atteintes pathologiques plus récurrentes². Face à cet accroissement, il n'est donc pas rare de prendre en soin un patient d'origine étrangère.

A l'issue de mes trois années d'études en Institut de Formation en Soins Infirmiers, il m'a été demandé de réaliser un Mémoire d'Initiation à Recherche en Soins Infirmiers. Celui-ci s'inscrit dans le cadre de trois Unités d'Enseignement : l'UE 3.4 "Initiation à la démarche de recherche", l'UE 5.6 "Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles" et l'UE 6.2 "Anglais".

Lorsqu'il nous a été demandé de débiter une réflexion autour d'un sujet de recherche, je me suis aperçue que mes Analyses de Pratiques Professionnelles étaient principalement portées sur le relationnel. En approfondissant, j'ai réalisé que j'ai pu rencontrer deux patients d'origine étrangère sur mon stage en urologie et chirurgie digestive en semestre 3, situation qui s'est reproduite lors de mon stage en dermatologie en semestre 5, faisant alors l'objet de ce travail.

Le patient, étant acteur de sa santé, doit pouvoir comprendre l'intérêt de sa prise en soin. Pour cela, une information préalable doit se faire. Cependant, lorsque la barrière linguistique est présente, ce droit à l'information semble difficile d'accès. Face à cet obstacle rencontré sur plusieurs situations, une réflexion similaire a pu se faire dans le but d'optimiser l'accompagnement de ces patients.

² Leroy, E. & Michel, D. & Chapplain, J-M. & Preter, P. & Fouquet, L. (2019, mai 9). *Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville*. Bretagne ARS

I. De la situation d'appel à la question de départ

1. La situation d'appel

Durant ma formation, j'ai pu faire face à trois situations où je rencontrais un patient étranger ne parlant pas le français. Parmi elles, une rencontre m'a davantage marquée.

Durant mon semestre 5, j'ai effectué un stage de 10 semaines en dermatologie. Au début de ma journée, je vois avec l'infirmière quels patients j'allais prendre en soin. Je lui dis aussi que j'aimerais bien faire une entrée puisque j'en avais fait brièvement jusqu'à présent. Ayant deux entrées de prévues ce jour, elle me propose qu'on en fasse une chacune. Elle me suggère donc d'accueillir Mme O, une patiente de 74 ans, d'origine anglaise. Cette femme vient pour une érythrodermie, c'est à dire un érythème généralisé associé à une desquamation de la peau. L'équipe médicale est alors à la recherche d'un lymphome ou d'un syndrome de Sézary.

Mme O arrive accompagnée de sa fille ainsi que d'une ambulancière. Les deux femmes parlent alors très peu français. Sa fille et l'ambulancière partent du service afin d'effectuer son admission en hospitalisation. Durant ce temps, je me charge de son entrée avec l'aide-soignante. Nous nous présentons en anglais puis l'aide-soignante lui demande si elle parle le français. Elle nous répond alors "très peu". Nous tentons de lui expliquer dans sa langue maternelle que nous allons lui prendre ses constantes. Je lui mets le brassard et je remarque qu'elle est légèrement hypotendue. Elle me dit que c'est habituel chez elle. J'évalue ensuite ses douleurs. Elle me répond qu'elle n'en a pas puis elle me montre ses chevilles. Elle emploie alors le terme "swollen" tout en continuant de me montrer ses chevilles. Je tente de répéter ce mot et me dis que c'est ça. Ne connaissant pas cette expression, je l'écris sur un papier et je lui demande si c'est la bonne orthographe. Elle me corrige puis je lui dis que je vais regarder sa signification sur internet. Je regarde puis je comprends que ça signifie "oedème".

La fille de Mme O et l'ambulancière reviennent avec les documents de l'admission. L'infirmière me demande alors de prendre le numéro de téléphone de sa fille. En revenant dans sa chambre, je pose le bracelet à la patiente, tout en vérifiant avec elle son identité. Je m'assoie ensuite auprès de sa fille afin de prendre le temps d'écrire son numéro, sans oublier de lui demander son prénom ainsi que son nom de famille. L'admission est faite et je retranscris toutes les informations sur le logiciel de soins.

2. La question de départ

N'ayant pas pour unique rôle de prévenir ou de guérir, l'infirmier est un interlocuteur privilégié pour le patient. Cette personne, pouvant faire face à un instant difficile de sa vie, a également besoin de

s'exprimer et de comprendre les soins dont elle va bénéficier. Durant mes expériences, j'ai pu constater que j'appréciais les soins techniques mais que j'étais très portée sur le relationnel.

Au fil du temps, j'ai pu rencontrer des patients étrangers, ne parlant pas ou peu le français. Je me suis alors sentie en difficulté puisque je comprenais plutôt bien l'anglais mais je ne parvenais pas vraiment à m'exprimer dans cette langue. J'ai alors senti que j'informais peu le patient.

Avec Mme O., j'ai également perçu des signes de tristesse au cours de son hospitalisation. Cette réflexion autour de ce sujet m'a alors permis de me questionner :

- Quel est l'impact de la différence linguistique sur la relation soignant/soigné ?
- Que comprend le patient de sa prise en charge ?
- Comment informer le patient non francophone ?
- Quel est le ressenti du patient étranger lors de son hospitalisation ?
- Comment comprendre les besoins du patient étranger ?
- Quels moyens mettre en place afin de faciliter la communication avec le patient non francophone ?
- Quel est le ressenti du soignant lorsqu'il fait face à un patient ne parlant pas le français ?
- Comment instaurer une relation de confiance avec un patient étranger ?

Ce qui m'a amené vers la question de départ qui suit :

Dans le prendre soin d'un patient étranger, en quoi la barrière de la langue impacte sur la communication soignant/soigné?

Suite à cette question de départ, j'aborderai d'abord la relation soignant-soigné. Ensuite, je développerai le concept du prendre soin, où suivra la communication verbale et non verbale. Enfin, étant le thème central de mon sujet, je traiterai sur le patient d'origine étrangère.

Ces notions vont donc me permettre de comprendre et d'améliorer l'accompagnement que je proposerai au patient étranger. Grâce au partage d'expériences des professionnels avec qui je vais pouvoir m'entretenir, des liens pourront s'établir entre mes recherches et leur mise en pratique.

II. Cadre conceptuel

1. Une alliance entre le soignant et le soigné

1.1. Le soignant

Le nom soignant provient du verbe soigner, dont l'étymologie signifie procurer, fournir. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le personnel de santé est *“l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé”*³.

D'après l'article 4311-1 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession : *“est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement”*. L'article 4311-2 stipule également que *“les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade”*. Toujours dans ce même article, l'infirmier se doit de considérer la personnalité du patient et ce, dans la sphère physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. L'infirmier se doit donc d'estimer le patient dans sa globalité

1.2. Le soigné

Le soigné est une personne *“que l'on soigne moralement et physiquement, à qui l'on apporte des soins”*⁴. Dans le domaine public de la santé, on nomme un *“soigné”* un *“patient”*. Le terme patient renvoie alors à une personne qui fait preuve de patience mais aussi à la personne qui souffre.

Étant acteur de sa santé, le patient dispose de droits, encadrés par la loi du 4 mars 2002. Selon la charte de la personne hospitalisée, le patient est libre de décider de l'établissement de santé qui lui assurera les soins. Pour cela, la structure se doit de garantir un accès égal à chacun, que ce soit sur le plan de la tolérance, sur le plan matériel en cas de handicap physique mais aussi sur la compréhension du patient, assurant un accès à des interprètes si le patient est sourd, malentendant ou ne parlant pas français.

De la part de l'établissement de santé, le patient doit pouvoir bénéficier d'une qualité d'accueil, de traitement et des soins satisfaisante. Une continuité des soins est alors demandée. La charte garantit aussi une considération de la douleur et de la dignité jusqu'à la fin de vie. Pour cela, le soigné peut donner ses observations à n'importe quel moment de son hospitalisation.

³ World Health Organization. (2016). *Personnels de santé*. Organisation mondiale de la Santé.

⁴ Soigné. (s. d.) *Définition de SOIGNÉ*. cnrtl.

L'information doit être accessible et loyale. Elle se doit être adaptée à chacun. En cas de refus d'être informé, cette volonté doit être respectée. En fonction de son état de santé, le patient peut bénéficier d'une éducation, en fonction du champ de compétence du soignant. Il est aussi libre de choisir une personne de confiance.

Dans le cadre d'un acte médical, le patient doit être éclairé sur le sujet et doit pouvoir consentir librement, en ayant été informé au préalable des bénéfices et des risques du geste. Un consentement spécifique peut être demandé pour des actes plus particuliers comme le don d'organes ou l'assistance médicale à la procréation entre autres.

Le patient peut décider de quitter l'établissement de soin. Si cette sortie est jugée prématurée par le corps médical, le patient peut signer une attestation de sortie contre avis médical.

Durant son parcours de soin, l'intimité mais aussi les croyances du patient doivent être respectées. Par ailleurs, la vie privée du patient est assurée grâce au secret professionnel et à la confidentialité des informations. Il a alors le droit d'avoir accès à son dossier médical⁵.

1.3. Définition de la relation

Une relation se définit par "*l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles*"⁶. Dans la profession d'infirmière, le soignant entretient une relation avec le patient. C'est une relation particulière puisqu'il entre dans l'intimité de cette personne qui lui est étrangère. En soi, une relation est un ensemble d'interactions. Pour Willard Hartup, les interactions sont des rencontres brèves entre des individus tandis qu'une relation est un ensemble d'interactions se répétant sur une certaine durée, associant des facteurs psychologiques et cognitifs. Nos interactions actuelles seraient également influencées par nos expériences précédentes et influenceront également nos interactions futures⁷.

1.4. Types de relation

Il existerait sept types de relations de soins. Le premier type de relation consiste en la relation de civilité. Elle est commune à chaque rencontre et répond à un ensemble de codes sociaux. Lorsque le soignant rencontre un patient, celui-ci va se présenter et fera preuve de savoir-être tels que la politesse ou la gentillesse par exemple. Ce premier contact aura de l'influence sur la relation.

⁵ Charte de la personne hospitalisée. (2019). Ministère des Solidarités et de la Santé.

⁶ Relations. (s. d.). Dans Le Larousse.

⁷ Formarier, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités* [E-book]. Dans Recherche en Soins Infirmiers : Vol. N°89 (p. 34-41).

Se trouve ensuite la relation de soins. Elle est instaurée par le soignant et est établie lors des soins. Durant le soin, le soignant peut répondre aux questions du patient, notamment sur l'intérêt du soin ou sur son devenir.

La troisième est la relation d'empathie. D'après Carl Rogers, être empathique se définit comme *“percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »⁸”*. Selon Decety, l'empathie aurait deux composantes *“1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects.”* Dans notre pratique, l'empathie permet de comprendre le ressenti d'autrui mais tout en gardant une certaine distance avec lui.

En quatrième lieu se situe la relation d'aide. Pour Rogers, *“la relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes”*. Quant à Margot Phaneuf, elle considère que *“la relation d'aide en soins infirmiers est une ouverture à l'autre et un moyen de le comprendre, de l'aider à porter le fardeau de sa difficulté existentielle ou de sa douleur.”* Cette relation associe confiance et empathie sans pour autant se limiter à ces deux valeurs. Ici, le soignant doit être préalablement formé à cette relation. En effet, par manque de distance, cette relation peut porter atteinte à l'affect. Cette relation a pour but d'accompagner le patient dans l'épreuve qu'il traverse mais aussi de le réorienter⁹.

Ensuite, la relation thérapeutique est utilisée principalement en psychiatrie et se fait par exemple par le biais d'entretiens. Elle a pour but d'apporter un accompagnement par la parole.

De son côté, la relation éducative consiste en un apport de compétences et de connaissances spécifiques à la pathologie du patient par le soignant afin de le rendre acteur de sa santé mais aussi dans le but d'améliorer son quotidien.

Enfin, durant la relation sociale, le soignant a un rôle d'intermédiaire entre la famille, l'entourage et le patient. L'infirmier peut également apporter un soutien à l'entourage du patient en cas de besoin.

1.5. Étapes de la relation soignant-soigné

Dans ses travaux, Hildegard Peplau, théoricienne en soins infirmiers, exprime que la relation soignant-soigné s'établit en quatre étapes.

⁸ Simon, E. (2009). *Processus de conceptualisation d'“empathie”* [E-book]. Dans Recherche en Soins Infirmiers : Vol. N°98

⁹ Le Bihan, C. (2019, septembre 3). *La relation d'aide* [Diapositives]. concours-ecoles.chu-rennes.fr.

La première étape consiste en l'orientation. Sur cette phase, le patient prend connaissance de son état de santé mais aussi des personnes ressources au sein du service où il est accueilli. Peplau met alors en évidence quatre rôles de l'infirmier. Tout d'abord, l'infirmier est une personne ressource puisqu'il est présent pour clarifier la situation du patient. C'est aussi un conseiller, voire un assistant psychosocial grâce à ses attitudes d'écoute. Étant une personne ressource, le patient peut l'identifier comme une figure d'autorité. Enfin, c'est un expert technique puisqu'il est doté de compétences et de connaissances autour de ses éventuels appareillages.

La seconde étape est l'identification. Ici, l'identification se fait des deux côtés. Le patient a pu recevoir les informations sur sa prise en soin et conscientise que l'infirmier est le plus à même à répondre à ses questionnements mais aussi à lui apporter une écoute. De son côté, le soignant identifie les besoins du patient afin d'adapter sa prise en soin.

La troisième étape est l'exploitation. Durant son hospitalisation, le patient a pu prendre ses repères et a compris le rôle de l'infirmier. Suite à l'évolution de son état de santé, le patient se trouve dans une situation entre la dépendance et l'indépendance qui lui permettra de tenter de tirer profit du soignant afin de répondre à ses besoins.

La dernière étape est la résolution. Ici, l'état de santé de la personne évolue favorablement, se manifestant par une reprise de son autonomie. Le patient arrête alors d'identifier les personnes ressources. Cependant, l'infirmier reste présent afin d'organiser sa sortie.

De son côté, Elias H. Porte, psychologue américain, a pu identifier six attitudes chez le soignant.

La première attitude est l'évaluation ou le jugement. Ici, une critique positive ou négative ou un jugement peuvent être émis. À être trop critiqué, le patient risque de s'offusquer et de se replier sur lui-même.

La deuxième attitude est l'interprétation. La personne tente de signifier les propos de son interlocuteur. Étant l'objet d'insinuations, la personne risque de refuser la poursuite de l'échange.

La troisième est le soutien. Le but ici est d'encourager l'autre. Cependant, à trop vouloir la soutenir, la situation peut être minimisée. L'interlocuteur peut aussi se sentir en situation d'infériorité ou de faiblesse.

Durant l'investigation ou l'enquête, le soignant questionne sur certains propos du patient afin de clarifier les faits. Elle est à utiliser avec parcimonie afin d'éviter un sentiment d'intrusion.

Se trouve ensuite la décision. Ici, des solutions sont proposées par le soignant, positionnant alors le patient comme un "assisté".

Enfin, se trouve la compréhension ou l'empathie. Selon Porter, cette attitude est la seule pouvant être positive. Dans cette situation, la personne se sent écoutée et pourra se dévoiler au cours de l'échange grâce à la bienveillance manifeste du soignant¹⁰.

1.6. L'écoute active

La notion d'écoute active renvoie à l'action d'écouter, fait de prêter attention à ce que l'on entend. L'adjectif "*active*" rend alors l'écoute plus attentive et dynamique. Durant l'écoute active, le soignant ne prête pas attention uniquement au contenu verbal du patient. Il veille également aux manifestations corporelles, à ses réactions, à l'intonation de sa voix... Tout le langage non verbal que nous verrons plus bas. En écoutant activement, l'infirmier se rend disponible à l'autre et manifeste cette envie d'écouter avant de permettre à la personne de verbaliser.

L'écoute active est également non sélective. Cela signifie qu'elle a pour objectif de comprendre le ressenti de la personne sans pour autant résoudre le problème à cet instant. Elle renvoie à la notion d'empathie vue précédemment.

2. Une attitude soucieuse à l'autre

2.1. Le soin, les soins

Le soin en lui-même est un nom polysémique, utilisé couramment dans notre quotidien. Son premier sens consiste en une préoccupation, une inquiétude, une attitude soucieuse portée à quelqu'un ou à quelque chose. Son autre sens est celui de soigner, de procurer du bien-être ou d'assurer le bon état d'un objet. Enfin, c'est une manière appliquée, scrupuleuse, minutieuse. Employé au pluriel, les soins sont des actes par lesquels on soigne¹¹.

Le soin est un acte situé au cœur du métier d'infirmier. Selon le dictionnaire des soins infirmiers, un soin infirmier est un "*ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier. Cette discipline fait appel aux sciences humaines et biologiques. On distingue généralement les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et les soins curatifs ou de réparation*"¹².

¹⁰ Infocom Montpellier et Béziers. (2019, 25 septembre). *REC Attitudes et réactions*. Université Montpellier 3

¹¹ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Page 34

¹² Amiec Recherche. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière* (3ème édition). Masson. Page 193

2.2. Le prendre soin

Développé il y a quelques années dans le domaine sanitaire, le verbe “prendre” souligne l’importance du nom “soin” permettant donc de conscientiser l’expression et ainsi, de créer une valeur soignante¹³.

L’infirmier et docteur en santé publique Walter Hesbeen a pu écrire différentes publications autour de ce concept. L’homme a pu définir le prendre soin comme étant “une attention particulière que l’on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé”¹⁴. Il décrit le prendre soin comme étant une aptitude souciante à l’autre, portée avec intention, nécessaire à l’Homme¹⁵. Pour lui, prendre soin est différent de “montrer de la sympathie”¹⁶. Faisant preuve d’empathie, le soignant doit cependant veiller à ne pas se mettre à la place du patient¹⁷.

D’après Corinne Petit, infirmière à domicile, le prendre soin a plusieurs composantes. Tout d’abord, ce concept serait une conduite éthique, où le soignant apporte une considération au patient, sans pour autant penser à satisfaire son égo¹⁸.

Ensuite, prendre soin se caractérise par une rencontre et un accompagnement. C’est un concept délicat puisque le soignant entre dans l’intimité du patient. Si cette entrée se fait brutalement, cela impactera sur la relation soignant-soigné.

De plus, le soignant doit veiller au langage corporel de celui qu’il prend en soin. En effet, chaque signe va lui permettre d’entretenir la relation et de recueillir des informations. De ce fait, la communication verbale s’établira entre les deux interlocuteurs. Cependant, le verbal est à utiliser avec parcimonie puisque chaque mot aura de l’influence sur la relation¹⁹.

Prendre soin est également synonyme de temps. Prendre le temps de prendre en soin, c’est prendre le temps de considérer la personne au-delà de son apparence et au-delà du soin.²⁰

Prendre soin est également un travail en équipe, où les professionnels doivent s’échanger des informations autour d’un même patient afin d’assurer une coordination satisfaisante des soins²¹.

Enfin, prendre soin est symbole de respect puisque chaque personne est à considérer dans sa singularité. Effectivement, chaque individu a ses particularités et ses valeurs qui le rendent unique.

¹³ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Page 16

¹⁴ Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l’hôpital*. Masson. Page 8

¹⁵ Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan. Page 20

¹⁶ Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan. Page 21

¹⁷ Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan. Page 15

¹⁸ Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan. Page 70

¹⁹ Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan. PageS 74 et 75

²⁰ Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan. Page 75

²¹ Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan. Page 77

Conséquemment, respecter le patient dans sa globalité évite au soignant de le réduire à sa pathologie mais également à ne pas émettre de jugement autour de ses pensées²².

2.3. Le care, le cure, le caring

Au début de la formation en soins infirmiers, des concepts tels que le *care*, le *cure* et le *caring* ont pu être évoqués. Il serait donc intéressant de s’y référer à nouveau. En lui même, le prendre soin n’est pas synonyme des concepts de *care* et de *caring*. Bien que ces notions soient liées au prendre soin, des nuances s’installent.

Le *cure* provient du latin *cura*, signifiant le soin, le souci. En 1970, Donald W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, a pu décrire que le *cure* était apparenté au *care* puisque ce dernier signifiait soin, intérêt, attention. Toujours selon lui, la définition du mot se serait élargie en 1700, avec des connotations plus médicales. Au XIXème siècle, il désignait également la guérison de la personne malade. D’après Marie-Françoise Collinière, la notion de *cure* renvoie aux *“soins de réparation”* car d’après ses propos *“(…) L’objet de réparation est devenu peu à peu la fonction organique ou mentale, l’organe, le tissu, la cellule isolée de son tout, donc de tout ce qui est signification au processus santé-maladie²³”*. Ici, l’environnement de l’Homme est comparé à la fonction organique et l’Homme à une cellule. Cette métaphore démontre que les soins sont davantage ciblés sur l’individu et que la considération du patient au-delà de sa pathologie est écartée. Elle poursuit ses propos en explicitant le fait que les soins de réparation prévaudront sur les soins d’entretien à la vie, notamment suite à l’évolution de la médecine.

Quant à lui, le *care* a une connotation plus négative du fait de son étymologie. Provenant du latin *caru*, il indique le chagrin, la douleur et l’anxiété. Cependant, il est détourné aujourd’hui de son sens d’origine et énonce l’attention portée à l’autre. Devant son étymologie riche, le *care* peut être difficilement traduisible en français. Comme a pu le dire la psychologue Pascale Molinier, le *care* ne peut être traduit en *“soin”* puisque cela risquerait de réduire sa signification. En effet, elle compare le *care* à *“une constellation d’états physiques ou mentaux et d’activités laborieuses en rapport avec la grossesse, l’élevage et l’éducation des enfants, les soins des personnes, le travail domestique²⁴”*. Cette illustration démontre bien que ce concept a une définition vaste, concernant plusieurs aspects. Toujours dans ce même ouvrage, le philosophe Francesco Paolo Adorno partage sa vision avec celle

²² Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan. Page 78

²³ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Page 92

²⁴ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Page 44

de Pascale Molinier. En effet, il exprime que le *care* n'est pas qu'une simple définition mais un travail voire même un état d'esprit. Tenter de le traduire lui ferait alors perdre toute sa teneur.

D'après Fabienne Brugère, philosophe française, le *care* relève de l'éthique relationnelle. En effet, l'être humain est un individu vulnérable et pouvant avoir besoin d'autrui à n'importe quel instant, dans le but d'être protégé, aidé ou soigné. Elle complète sa vision du *care* en explicitant que cette théorie ne se limite pas seulement aux relations interhumaines. En effet, elle s'étend à toute notre société, dans le but d'apporter une reconnaissance aux pratiques apportées aux personnes les plus vulnérables²⁵.

Enfin, le *caring* peut être utilisé par son adjectif. Ici, il caractérise une attitude humaine, attentionnée et bienveillante²⁶. Pour Joan Tronto, politologue, le *caring* amène le *care*. Ici, il est nécessaire de se référer aux quatre phases du *care* pour pouvoir comprendre le *caring*. La première phase consiste à se soucier de l'autre. La deuxième phase comprend la prise en charge du patient, où le soignant identifiera les besoins et déterminera les actions pour y répondre. Par la suite, va se mettre en place le prendre soin, impliquant une réponse matérielle et une rencontre directe avec la personne ayant des besoins. Enfin, le patient recevra le soin qui lui est nécessaire. Durant cette dernière phase, la personne répondra au soin, par exemple, elle se sentira soulagée après la prise d'un traitement. En ce lieu, le *caring* constitue la première phase du *care*²⁷.

Développée en 1979 par Jean Watson, professeur nord-américain en sciences infirmières, la théorie du *caring* a émergé en France vers la fin des années 1990. Tout comme le *care*, ce concept est difficilement traduisible en français. En effet, les américains dissocient le *curing*, correspondant aux soins curatifs et le *caring*, ayant une portée relationnelle, dans le but d'optimiser l'évolution d'autrui. Toujours selon Jean Watson, cette théorie associe aussi bien des valeurs humaines que des compétences scientifiques. En effet, afin de pouvoir répondre aux besoins d'un patient, l'infirmier doit mobiliser ses connaissances²⁸.

Afin de différencier les concepts du prendre soin et du *caring*, Walter Hesbeen exprime que le *caring* est une compétence particulièrement infirmière tandis que le prendre soin est une vision plutôt pluridisciplinaire²⁹.

²⁵ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Pages 58 à 59

²⁶ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Pages 32 à 34

²⁷ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Pages 61 et 62

²⁸ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Page 67

²⁹ Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan. Page 72

3. Le partage d'un message

3.1. Définition de la communication

Étymologiquement, "*communiquer*" signifie mettre en commun. Selon le docteur en psycho-gérontologie Mitra Khosravi, la communication est "*l'acte d'établir une relation afin de partager un message, une information, une idée, une émotion, une affection avec autrui par des moyens verbaux, écrits, corporels, tactiles ou audiovisuels*³⁰". Pour Margot Phaneuf, "*la communication est un processus de création et de récréation d'information, d'échange, de partage et de mise en commun de sentiments et d'émotions entre des personnes*³¹".

3.2. Le schéma de Shannon et Weaver

En 1949, l'ingénieur américain Claude Shannon élabore un schéma portant sur la transmission de l'information. Selon lui, elle est composée de plusieurs paramètres. Tout d'abord, la communication est constituée d'un émetteur transmettant un message à un récepteur. Cette transmission d'informations demandera une attention aussi bien physique que psychologique à ce dernier afin de pouvoir intégrer l'information. Quant à lui, le message est l'objet de la communication et il est composé d'un ensemble d'informations. Il sera alors transmis par un moyen de communication, appelé "canal", pouvant être d'ordre visuel comme auditif. Cependant, un bruit peut interférer durant la transmission du message, pouvant fausser la compréhension du récepteur. Une fois le message transmis, un feedback peut se faire. Celui-ci correspond à la réponse du récepteur, ce qui permettra à l'émetteur de s'assurer de la bonne compréhension du message par son interlocuteur³². Il pourra également réadapter le contenu de son message le cas échéant.

3.3. La communication verbale

Selon Paul Watzlawick, psychologue, psychothérapeute, sociologue et psychanalyste, il y aurait 5 axiomes de la communication³³.

Le premier axiome est "*on ne peut pas ne pas communiquer*". Même lorsque nous ne disons rien, notre corps parle.

Le second correspond à "*toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation*". Ici, le contenu correspond au message que l'on souhaite transmettre. Cependant, le contenu dépend de la relation à l'autre. En effet, le message sera plus ou moins complet en fonction de la relation. Cet

³⁰ *Maladie d'Alzheimer : pourquoi doit-on communiquer avec le patient ?* (2020). Santé mentale, N°246

³¹ *CM introduction UE 4.2 S2.* (2017). [Diapositives]. CH Carcassonne. Diapositive n°10

³² Le Bihan, C. (2019, février 6). *Théories de la communication* [Diapositives]. concours-ecoles.chu-rennes.fr.

³³ *AP Aoûste sur Sye* (2014, 22 janvier) Association Départementale OCCE de la Drôme. Site de l'OCCE 26.

ensemble engendre une métacommunication, c'est-à-dire que l'on manifeste un langage non verbal dans notre communication verbale.

Ensuite, *“la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires”*. Lorsque nous communiquons avec autrui, nous pouvons penser que nous nous adaptons aux réactions de l'autre. A contrario, c'est ce que nous communiquons à l'autre qui va influencer sa réaction.

Le quatrième axiome est *“la communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique”*. Selon Paul Watzlawick, le langage analogique correspond aux gestes que nous exécutons lors de la communication afin de nous faire comprendre tandis que le langage digital s'applique à la langue utilisée. Par ailleurs, le langage analogique peut être à l'origine de distorsions du fait de son ambiguïté.

Enfin, *“la communication est soit symétrique, soit complémentaire”*. Ici, la communication symétrique est signe d'égalité entre les deux individus. Lorsqu'elle est complémentaire, elle est synonyme d'asymétrie.

Selon le linguiste Roman Jakobson, le langage a plusieurs fonctions. Premièrement, elle a une fonction référentielle, c'est-à-dire qu'elle a pour but d'informer et d'expliquer en toute objectivité. Ensuite, elle a une fonction métalinguistique. Cela signifie qu'elle va permettre de donner des informations autour d'un code afin de pouvoir l'expliquer. Se trouve ensuite la fonction expressive (ou émotive), permettant à l'individu d'exprimer ses émotions ou ses opinions, entre autres. Ici, l'utilisation de la première personne du singulier sera principalement utilisée. La langue a également une fonction poétique. L'émetteur pourra alors utiliser des figures de style afin d'embellir son message. Ensuite, elle a une fonction conative ou impressive. Celle-ci va assurer à l'émetteur de déclencher des réactions chez le récepteur. Enfin se trouve la fonction phatique. Elle permet de débiter ou d'arrêter une conversation entre deux individus³⁴.

3.4. La communication non verbale

Comme dit plus haut, *“on ne peut pas ne pas communiquer”*. En effet, notre corps s'exprime même si nous ne parlons pas. Cela peut s'expliquer par les chiffres. Par exemple, pour Albert Mehrabian, psychologue et professeur en psychologie, les mots n'occupent que 7% du message transmis. Par ailleurs, l'intonation de la voix correspondrait à 38% et nos expressions corporelles et faciales emprunteraient 55% de la communication. A contrario, Paul Watzlawick estime que le paralangage

³⁴ Jouve, M. (2000). *Communication*. Bréal. Pages 121 à 128

occupe 75% de la communication³⁵. Malgré ces diversions d'opinions, la communication passe principalement par le langage non verbal.

D'après Margot Phaneuf, la communication non verbale *“est celle qui se traduit par des bruits, des expressions faciales, par notre maintien, notre démarche, par nos gestes et par le toucher. Elle enrichit, précise, souligne et même vient parfois contredire notre propos verbal. Elle n'est pas précise et peut prendre diverses significations selon les personnes et selon leur culture”*³⁶.

Au sein de la communication non verbale, il existe cinq dimensions. La première correspond à la dimension périverbale, plus connue sous le terme de proxémie. Ce concept a été développé par Edward T. Hall, anthropologue. La proxémie est variable en fonction de la relation entre les deux interlocuteurs et selon l'échange. Elle se différencie en quatre zones. La zone intime correspond à une distance inférieure à 40 cm entre les deux individus. Lorsqu'elle est comprise entre 40 cm et 120 cm, on l'appelle la distance personnelle. Quant à elle, la distance sociale est située entre 120 cm et 360 cm. Enfin, la distance publique est celle qui est supérieure à 360 cm.

Vient ensuite la dimension paraverbale. Celle-ci prend en compte ce qui est relatif à la voix. Cela peut être l'intonation, le débit d'élocution mais aussi l'intensité. Ces champs peuvent varier en fonction de plusieurs paramètres tels que les émotions, le public présent ou le contexte.

En troisième lieu se situe la dimension supraverbale. Elle correspond à l'image que nous dégageons, pouvant révéler nos codes sociaux. Ce code vestimentaire peut également être imposé au sein de certaines entreprises afin d'entretenir une certaine image.

Ensuite se trouve la dimension infraverbale. Elle englobe tous les signes éveillant nos sens de manière inconsciente, tels des messages subliminaux.

Enfin, la dimension holoverbale. Ici, elle concerne le décodage du langage corporel³⁷. David Efron et Ray Birdwhistell, tous deux anthropologues, ont pu mener des études autour du sujet de la gestuelle. Efron a pu enquêter auprès de populations juives et italiennes dites *“traditionnelles”* puis auprès de générations *“américanisées”* afin de comparer les gestuelles. Il constate que celles-ci sont différentes. De ce fait, suite à l'immigration, la personne d'origine étrangère reprend les manières de la population dans laquelle elle s'est intégrée. Quant à lui, Birdwhistell estime également que chaque langue inclut un langage corporel particulier. Il a pu aussi travailler sur la kinésique, où il estime qu'on ne peut associer un geste à une signification sans avoir le contexte de l'échange. En outre, la

³⁵ Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Dunod. Page 31

³⁶ Phaneuf, M. (2012). *La communication et la relation soignant-soigné, vers l'utilisation thérapeutique de soi* [Diapositives]. Prendre soin.

³⁷ Story, M. (2018). *Au-delà des mots*. Maxima. Pages 24 à 28

communication non verbale en elle-même n'existerait pas puisque selon Birdwhistell, la kinésie et la dimension paraverbale font partie intégrante d'un système et ne peuvent être isolées³⁸.

Paul Ekman, psychologue américain, est l'un des principaux pionniers de l'étude des émotions. Au cours de ses travaux, il a pu déterminer sept émotions de base qui sont la joie, la colère, la peur, la tristesse, la surprise, le dégoût, la honte et le mépris. Il démontre également que leur manifestation par nos expressions faciales sont innées et identiques à chaque culture. Cependant, ces émotions peuvent être exprimées avec retenue car elles peuvent ne pas être adaptées en fonction de certaines situations³⁹.

4. La rencontre d'une personne venue d'ailleurs

4.1. La langue

Selon le linguiste André Martinet, une langue est *“un instrument de communication selon lequel l'expérience humaine s'analyse différemment dans chaque communauté [...] et dont la nature et les rapports mutuels diffèrent eux aussi d'une langue à l'autre⁴⁰”*. En parallèle, Albert Dauzat, linguiste également, définit la langue comme étant *“une de ces traditions essentielles, un des éléments primordiaux de la patrie⁴¹”*.

Dans le monde, il existerait entre 6500 et 7000 langues différentes. Parmi elles, les trois langues les plus parlées sont l'anglais, le chinois et l'hindi. De part l'urbanisation, certains continents tels que l'Europe, rencontrent une diversification linguistique plus pauvre⁴².

Dans notre pratique, il est donc probable de rencontrer un patient non francophone. On emploie alors le terme *“allophone”*. D'après le Robert, une personne allophone est un individu dont *“la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve⁴³”*.

³⁸ Le Breton, D. (2018). *La sociologie du corps*. Que sais-je., Chapitre IV : la gestuelle

³⁹ Philippot, P. (2007) *Émotions et psychothérapie*. Mardaga. Pages 33 et 39

⁴⁰ Tsigou, M. (2011). *Linguistique fonctionnelle et didactique de la traduction*. La linguistique, volume 47. Pages 107 et 108.

⁴¹ Haßler, G. (2015, février). *La vision linguistique du monde : mythe et réalité de l'utilisation d'une notion humboldtienne au XXe siècle*. Page 1

⁴² Calvet, L-J. (2004). *La diversité linguistique : enjeux pour la francophonie*. Hermès, La Revue, 3 N°40.

⁴³ *Allophone*. (s. d.). Dans Le Larousse.

4.2. La personne étrangère, la personne immigrée

Conformément à l'Insee, une personne étrangère⁴⁴ est un individu résidant en France mais n'ayant pas la nationalité française tandis qu'un immigré⁴⁵ est une personne née à l'étranger et possédant la nationalité française. L'historien français s'intéressant principalement à l'immigration, Gérard Noiriel, définit la migration comme étant *“un double processus : un déplacement dans l'espace, mais aussi le franchissement d'une frontière⁴⁶”*.

4.3. Histoire de l'immigration en France

Afin de comprendre ces phénomènes d'immigration, il est intéressant de se pencher sur l'histoire migratoire française. Selon Gérard Noiriel, l'Hexagone comprend trois vagues d'immigration : à la fin des années 1800, avec la chute du Second Empire où les migrants sont originaires des pays limitrophes à la France. La seconde vague a eu lieu après la Première Guerre Mondiale avec un essor polonais, russe et arménien. Enfin, après la Seconde Guerre Mondiale, les pays développés rencontrent une forte croissance économique. Cette période est alors nommée les Trente Glorieuses. Afin de reconstruire la France, le pays nécessite une main d'œuvre importante. Pour se faire, un grand nombre de personnes de nationalité italienne arrive en France.

En parallèle, la France rencontre également des phénomènes migratoires algériens. Jusqu'en 1962, l'Algérie était jusqu'à présent française. A partir de cette date, elle a pu obtenir son indépendance. De ce fait, des accords sont signés entre les deux pays, autorisant l'Algérie à disposer d'un quota d'entrées. Les algériens ont alors neuf mois pour trouver un emploi en France.

La France a continué à attirer du fait d'une offre d'emploi peu qualifiée, notamment dans l'agriculture, le bâtiment et l'industrie pendant les années 1970. A partir de cette date, le nombre d'immigrés continue de croître. L'immigration se fait désormais en famille puisque, jusqu'à présent, elle était principalement masculine.

Aujourd'hui, les conditions de vie peuvent être défavorables dans certains pays du fait de la guerre ou de la pauvreté. La France étant réputée pour être une terre d'accueil, bon nombre de personnes migrent alors.

⁴⁴ Définition - Étranger (2020, 7 décembre). Insee.

⁴⁵ Définition - Immigré (2020, 3 décembre). Insee.

⁴⁶ Noiriel, G. (2010). *Une histoire du modèle français d'immigration*. Regards croisés sur l'économie, 2 N°8.

4.4. La culture

Edward Tylor, anthropologue britannique, a décrit la culture comme *“un ensemble complexe qui englobe les connaissances, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, et tout autre capacité et habitude acquise par l'Homme en tant que membre d'une société”*⁴⁷.

En étudiant l'influence de la culture dans le management des hommes et l'organisation des entreprises, Geert Hofstede, professeur d'anthropologie et docteur en psychologie entre autres, a pu déterminer trois niveaux au sein de la culture. Le premier est le niveau universel. Propre à l'Homme, il correspond à son fonctionnement biologique. Le second est le niveau collectif, ce qui équivaut à la langue et à la relation au groupe social. La culture diffère donc d'une société à une autre. Enfin, le niveau individuel, spécifique à chaque personne⁴⁸.

De ce fait, il définit la culture comme *“une programmation mentale collective; c'est cette partie de notre conditionnement que nous partageons avec les autres membres de notre nation, mais aussi de notre région, de notre groupe, et non avec ceux d'autres nations, d'autres régions ou d'autres groupes”*⁴⁹. Cette programmation mentale collective, comme il le dit, apporte une identité culturelle. Cette notion concerne chaque individu du fait de l'influence de son groupe social. Tobie Nathan, psychologue ayant notamment écrit une thèse en ethnopsychiatrie, a pu mettre en évidence ce lien entre la culture et l'identité : *“la culture est le système qui, non seulement rend cohérent l'espace social, mais est aussi, et surtout le système intérieur aux individus permettant de clôturer leur espace psychique”*. Toujours selon ses propos, la culture *“doit être reconnue comme étant le principal étai dans la fabrication de l'identité individuelle”*⁵⁰. Cette identité culturelle compte deux composantes d'après Lipiansky : une composante cognitive individuelle et/ou collective et une composante émotionnelle, pouvant être indépendantes l'une de l'autre.

On parle d'interculturalité lorsque deux cultures se rencontrent. Claude Clanet, ayant établi des recherches et écrit sur l'interculturalité, définit ce concept comme *“l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels... générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une identité culturelle des partenaires en relation”*. C'est alors un ensemble de mécanismes s'effectuant suite à la mise en relation entre deux cultures dans le but de maintenir une identité culturelle⁵¹.

⁴⁷ Rocher, G. (1992). *Introduction à la sociologie générale* (3^e éd.). Éditions Hurtubise.

⁴⁸ Tison, B. & Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures*. Masson. Page 10

⁴⁹ Bélanger, L. & Mercier, J. (2006). *Auteurs et textes classiques de la théorie des organisations*. Les Presses de l'Université Laval. Page 418

⁵⁰ Tison, B. & Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures*. Masson. Page 31

⁵¹ Tison, B. & Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures*. Masson. Page 33

III. Le dispositif méthodologique

1. Le guide d'entretien

J'ai décidé de mener des entretiens semis-directifs assurant au soignant de s'exprimer comme il le souhaitait. Les questions étaient alors ouvertes et j'ai évité d'induire des réponses. Pour mon guide d'entretien, consultable en annexe, j'ai choisi d'aborder trois concepts à partir de la question de départ. Ainsi, en découlaient trois parties : le prendre soin, le patient étranger et la communication, comprenant également des questions abordant le consentement aux soins. Chaque partie de l'entretien avait un objectif particulier.

Concernant le prendre soin, l'objectif retenu était de comprendre la perception du prendre soin par l'infirmier. Le deuxième objectif était de repérer l'influence de la barrière linguistique sur le soignant mais aussi sur le patient. Enfin, la perception de la communication par le soignant interrogé allait me permettre d'identifier ses stratégies instaurées lors des difficultés de communication.

Mon guide d'entretien était composé de 11 questions, comprenant un temps me permettant de faire connaissance avec le soignant dans le but de comprendre certaines perceptions puis, d'un temps d'expression pour le soignant s'il le souhaitait lors de la clôture de l'entretien. Trois de ces questions consistaient en la définition de concepts, avec par la suite des rappels de ces définitions afin de comparer nos visions mais aussi, de donner de nouveaux apports aux soignants si besoin. Le temps prévu était d'environ 20 minutes.

2. La population choisie

Etant donné que mon sujet de recherche porte sur le prendre soin du patient allophone, j'ai souhaité m'entretenir avec des infirmiers rencontrant régulièrement ces patients. En rédigeant mon guide d'entretien, j'avais choisi d'interviewer des soignants travaillant dans le milieu hospitalier, où les temps d'hospitalisation peuvent être assez courts. Les services de médecine et de chirurgie sont également des lieux où les soins peuvent être invasifs, où le consentement du patient est primordial. Je n'avais pas de critères supplémentaires.

3. Organisation mise en place

Afin d'empêcher l'identification des professionnels interviewés, j'ai choisi de modifier leur prénom et d'anonymiser les lieux d'exercice.

Bien avant de rédiger mon cadre conceptuel, j'avais pu rencontrer Antoine, infirmier en service de médecine, au cours d'un de mes stages. Je l'ai alors contacté par mail au moment nécessaire. Travaillant désormais de nuit en service de réanimation où j'ai effectué mon stage de semestre 6.1, nous avons pu trouver un temps pour nous entretenir lors d'une nuit. Il m'a alors appelé par téléphone dans la galerie à laquelle j'étais affectée pour me dire qu'il était disponible. Avant de m'absenter, j'ai effectué tous mes soins et j'ai transmis les informations concernant mes patients à mon tuteur de stage.

Prise par le temps, j'ai recherché un deuxième infirmier sur les réseaux sociaux, où j'ai pu trouver facilement. J'ai alors rencontré Lisa, infirmière diplômée en juillet 2020 exerçant en psychiatrie. L'entretien s'est déroulé un matin avant sa prise de poste et par téléphone.

Les échanges ont pu être enregistrés avec mon téléphone afin de les retranscrire par la suite pour analyser les résultats de mon enquête.

4. Bilan du dispositif

En recherchant une deuxième infirmière avec qui je pouvais m'entretenir, je me suis rendue compte qu'il était intéressant d'aborder ce sujet avec une soignante provenant du secteur psychiatrique. En effet, je ne l'avais pas envisagé lors de la rédaction de mon guide d'entretien alors que le principal outil des infirmiers travaillant en psychiatrie est la communication. Il est donc difficile de prendre soin d'un patient ayant une pathologie psychiatrique sans parler.

J'ai également pu trouver ces échanges enrichissants du fait de valeurs communes présentes dans cette profession mais aussi par leurs perceptions différentes, pouvant s'expliquer par leurs expériences et leur lieu d'exercice. J'ai également eu la chance d'avoir la vision d'un homme et d'une femme.

Lors de la retranscription de l'entretien avec Antoine, je me suis aperçue que l'échange était difficilement audible. En effet, nous étions installés l'un en face de l'autre et séparés par une table d'au moins 1,50 m. Mon téléphone était installé au centre de la table. De plus, Antoine a une intonation de la voix calme, me demandant donc davantage de concentration.

La durée des entretiens était appropriée, avec des échanges ayant respectivement duré 17 minutes et 26 minutes. J'ai trouvé que ces temps étaient suffisants puisque j'ai pu avoir des réponses constructives.

J'ai pu constater de la surprise lorsque j'ai demandé certaines définitions. Selon moi, ces concepts sont assez vastes et peuvent demander un temps de réflexion. Les soignants ont donc été peut-être pris au dépourvu mais leurs réponses étaient satisfaisantes tout de même.

IV. Analyse descriptive des entretiens

J'ai utilisé un tableau afin d'analyser mes données. Pour cela, j'ai extrait des phrases des soignants des entretiens que j'ai réunis par thème et sous-thème.

A travers les entretiens, j'ai pu déterminer que le prendre soin consistait en la considération du patient dans sa globalité. Deux aspects sont alors mis en évidence : le plan physique, avec la pathologie ainsi que les soins qui en découlent et l'aspect psychologique, notamment avec la pathologie psychiatrique et le relationnel. Suite à ces deux aspects, des besoins en émanent. Par exemple, Antoine a pu énoncer les besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Dans le prendre soin du patient, l'infirmier va identifier des besoins, où vont naître les actions soignantes. De son côté, Lisa a pu expliciter que le prendre soin d'un patient permettait d'optimiser son autonomie, ses capacités et sa pathologie.

Du fait de son parcours orienté vers la psychiatrie, Lisa a pu évoquer des valeurs soignantes, pouvant être également présentes dans notre quotidien lorsque nous prenons soin d'une personne. Ces attitudes sont l'attention, la bienveillance et la douceur.

Cependant, des obstacles au prendre soin sont présents. Selon l'analyse, l'obstacle principal commun aux deux infirmiers est la communication. En effet, les situations d'incompréhension sont les plus évoquées. Cela peut être dû à des difficultés d'élocution ou par la barrière linguistique. L'aphasie et l'état de conscience diminué impactent également le processus. Durant son entretien, Lisa exprime que la communication est son outil principal dans le prendre soin de ses patients. Si celui-ci est affecté, cela impactera sur son travail. Du fait de son parcours, elle évoque d'autres obstacles comme la pathologie psychiatrique avec des symptômes tels que l'anosognosie et le mutisme du patient. Toujours en lien avec la pathologie psychiatrique, l'absence d'entourage peut également impacter sur le prendre soin. En effet, les proches du patient peuvent être une vraie ressource, notamment lors de l'évaluation des besoins de la personne. Les notions comme le refus de soin et le mode d'hospitalisation ont également une influence sur le consentement aux soins.

Dans notre pratique, il est fréquent de rencontrer des patients d'origine étrangère en milieu hospitalier. Les populations rencontrées au cours de l'expérience des deux soignants proviennent des pays de l'est ou du continent africain. Cependant, une disparité se remarque en fonction du lieu géographique. Antoine a pu prendre en soin des patients anglophones tandis que Lisa est plus habituée à rencontrer des personnes d'origine maghrébine ou plus globalement, africaine. Du fait de la diversification de la population, la barrière linguistique est de nouveau évoquée. Cela est notamment dû par des temps de séjour en France plus ou moins longs. Du fait de son pays d'origine, le patient n'est pas toujours amené à maîtriser le français ou l'anglais. Du côté du soignant, nos études ne nous permettent pas de maîtriser totalement l'anglais. Cependant, cet apprentissage est nécessaire afin de nous donner les bases du vocabulaire.

Lorsque le soignant rencontre un patient non francophone, deux mécanismes d'adaptation peuvent se mettre en place. Ici est évoqué le stress, où l'infirmier a connaissance que la barrière linguistique va influencer sur le prendre soin. Vient ensuite l'adaptation, où le soignant va chercher des solutions afin d'assurer la communication avec le patient, notamment avec la recherche de proches pouvant traduire dans les deux langues. Cependant, des émotions telles que l'impuissance et l'inquiétude sont davantage présentes. En effet, Lisa a pu appuyer sur ce sentiment durant son entretien. Elle argumente le sentiment d'impuissance par le fait de ne pas pouvoir rassurer le patient lorsqu'il est nécessaire du fait de l'incompréhension. En parallèle, nous pouvons constater que le soignant se sent rassuré lorsque le patient maîtrise un minimum la langue. Encore ici, il est évoqué que les langues apprises durant notre scolarité sont insuffisantes pour notre métier. Ainsi, la gestion des langues est difficile face à ces situations.

Par leur pays d'origine, certains patients ne sont pas habitués à accéder au système de santé. Certains soins peuvent alors être impressionnants pour eux. On remarque ici qu'une grande partie des émotions ressenties par les patients ont une connotation négative. En effet, les patients ressentent principalement de l'angoisse, notamment parce qu'ils ne sont pas habitués à ne pas être compris par autrui. Viennent ensuite des sentiments tels que l'inquiétude et la détresse. Nous pouvons également remarquer que de l'incompréhension peut s'installer. En effet, Lisa évoque durant son entretien que certains patients font des examens mais qu'ils ne connaissent pas l'objectif. A contrario, des patients manifestent de la bienveillance devant les efforts du soignant. Antoine a pu également souligner que des patients restent indifférents suite à un manque d'intégration avec le reste de la population. Ils sont alors plus habitués à ne pas être compris.

Selon les deux soignants, la communication consiste en la transmission d'informations afin de mener une relation entre deux interlocuteurs : un émetteur et un récepteur. On déploie ainsi deux types de communication : la communication verbale et la communication non verbale. D'après l'analyse des données, la communication est principalement non verbale. Cela va s'expliquer grâce à notre gestuelle, le toucher et la démonstration. Quant à elle, la communication verbale est composée de mots et de phrases dans le but d'être compris par notre interlocuteur. On souligne aussi que ces deux types de communication sont indissociables et primordiales.

Selon les deux soignants, le consentement aux soins consiste en l'acceptation du soin, invasif ou non, par le patient. Cet accord est primordial pour la prise en soin optimale du patient. En effet, le refus de soins est à considérer pour des raisons éthiques afin d'éviter les dérives telles que la maltraitance mais aussi parce qu'il est estimé comme un principe du métier d'infirmier. Le refus de soins peut s'expliquer par trois causes ici. Il peut être à l'origine d'une appréhension de la douleur et donc d'une peur de souffrir, d'une incompréhension ou tout simplement, du refus d'être soigné.

Comme a pu le dire Lisa, l'accès à l'information est un droit concernant tous les patients. Le patient allophone se doit donc d'être informé, cependant ce droit semble difficilement accessible. Lors de la recherche de consentement, le consentement éclairé semble être le plus compromis. Antoine a pu expliquer ce propos grâce à la fibroscopie. Dans cette situation, un consentement éclairé au patient est effectué grâce à un document compréhensible donné à ce dernier. Pour le patient d'origine étrangère, ce consentement est faussé puisqu'il n'y a pas de document attribué dans la langue maternelle de la personne. Une information orale sera alors donnée mais elle ne permettra pas au patient d'être suffisamment informé pour pouvoir signer. Il explique ce problème notamment par le manque de temps accordé aux patients mais aussi par des rendez-vous difficiles à avoir avec des traducteurs. Il a également été évoqué qu'il est parfois compliqué de se faire comprendre par le patient.

Comme expliqué précédemment, la communication non verbale prime sur la communication verbale. Cela va s'expliquer par une intonation agréablement perçue par le patient mais aussi par l'importance du langage analogique avec des explications par la gestuelle. La posture du soignant influence grandement la relation avec la personne allophone. En effet, lorsque nous nous installons à la même hauteur que la personne, une relation symétrique se crée. De son côté, le sourire sera rarement mal interprété et ce, malgré les différences de signification au sein des différentes cultures. D'après Lisa, le sourire est une manifestation de bienveillance. Des attitudes telles que la bienveillance et la douceur influencent la communication soignant/soigné.

Lors de la première prise de contact avec le patient, le soignant va de nouveau faire face à des capacités d'adaptation. Il va tout d'abord tenter d'utiliser des mots facilement compréhensibles. Si le patient parvient à répondre, l'infirmier va continuer ainsi. S'il n'y a pas de répondant, le soignant va chercher des outils facilitant la communication. Étant visuelle et universelle, l'utilisation d'images favorise la communication. Viennent ensuite les outils informatiques, notamment les traducteurs en ligne. Le patient peut donc lire la traduction voire même l'écouter. L'entourage et l'interprète jouent aussi un rôle important. En effet, Lisa a pu donner un exemple. Un patient ne parlant pas français était hospitalisé en chambre de soins intensifs. Par sa pathologie mais aussi par l'incompréhension de sa prise en soin, celui-ci réagissait de manière violente. Les tensions ont alors été apaisées grâce à ces interlocuteurs. Le patient peut aussi être une ressource pour traduire à la famille. Cependant, cette situation est à utiliser avec attention puisque le patient, notamment en psychiatrie, peut être tenté de traduire ce qu'il souhaite. Enfin, certains établissements peuvent être amenés à créer des documents informatifs traduits de manière fiable.

Cependant, nous pouvons constater que des limites sont rencontrées lors des situations avec le traducteur et/ou la famille. En effet, il est évoqué qu'il peut être difficile de faire confiance à une personne dont on ne sait pas ce qu'elle dit au patient. La précision dans notre métier est aussi importante et certains termes peuvent être plus ou moins précis dans certaines langues. Le soignant est également dans le questionnement concernant la compréhension du patient face à son état de santé.

V. Discussion

En comparant mon cadre conceptuel et les analyses de mes entretiens, j'ai pu mettre en évidence quatre axes. Le premier axe s'articulera autour du prendre soin. Se trouvera ensuite la mise en évidence des notions du *cure* et du *care* au sein de la pratique infirmière. Puis, j'aborderai l'influence de l'intégration de la personne étrangère sur la communication. Enfin, j'aborderais les mécanismes d'adaptation lorsque la communication est entravée par la barrière linguistique.

Suite à mes lectures, je considère que le prendre soin est une attitude attentive portée à autrui, où le soignant considère le patient dans sa globalité. Tout comme les deux infirmiers avec qui j'ai pu m'entretenir, je pense que le prendre soin consiste en un ensemble de valeurs telles que la bienveillance et l'empathie.

Au cours de mes expériences, j'ai pu conscientiser que le prendre soin ne se limitait pas seulement à la pratique des soins. En effet, comme n'importe quel autre individu, les patients ont des besoins, où le soignant se rend disponible pour y répondre. Au long de mon travail, les besoins physiques et

psychologiques ont pu être évoqués. Comme explicité précédemment dans l'article 4311-2 du Code de la Santé Publique, l'infirmier se doit d'estimer la personne dans sa globalité.

La sphère physique et la sphère psychologique sont tous deux importants. L'un ne peut primer sur l'autre. Il est nécessaire de prendre en soin la pathologie du patient, de surveiller les effets des thérapeutiques et d'optimiser son autonomie sans pour autant oublier les facteurs psychologiques, pouvant eux aussi influencer sur sa santé. En effet, ne pas considérer les croyances et opinions, les habitudes de vie et la vie sociale de la personne peuvent aboutir à un mal être.

Grâce à ses attitudes empathiques, le soignant peut comprendre le vécu de la personne sans pour autant se mettre à sa place, en lui laissant la liberté de faire ses choix. Cependant, même si cela peut-être difficile dans certaines situations, garder une certaine distance avec la personne peut permettre de nous protéger. Pour exemple, j'effectue mon stage pré-professionnel en soins intensifs hépato-digestifs où je rencontre quotidiennement une jeune patiente aussi âgée que moi depuis le début de mon stage. Cette jeune femme a une maladie génétique et est hospitalisée pour une hépatite aigue d'origine auto-immune. Cette jeune femme est également d'origine étrangère. Une altération de l'état général s'accroît chaque jour, avec l'apparition de douleurs sévères. Les jours précédents, elle refusait le projet de transplantation hépatique du fait du risque de trachéotomie. Des directives anticipées ont alors été signées. Avec l'infirmière, elle nous avait expliqué qu'elle suivait des cours à l'université afin d'améliorer son français mais aussi dans le but de faire des études supérieures, notamment dans le domaine de la linguistique. En discutant de ce sujet avec elle, j'ai pu m'apercevoir que nous avons des points communs : nous avons le même âge et en tant qu'étudiante, je comprends son projet d'étudier. Touchée par sa situation, je tente de garder une certaine distance avec elle, notamment grâce à l'utilisation du vouvoiement, afin de m'identifier le moins possible en elle. En effet, travaillant également en tant qu'aide-soignante en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, j'ai pu faire face à une situation de fin de vie difficile du fait de l'attachement à une résidente. Face à l'inconfort de cette retraitée, je me suis vue sortir de sa chambre en pleurant car je n'acceptais pas la situation. En gardant cette distance, je pense me protéger ne serait-ce qu'un peu de l'attachement. A contrario, même si j'ai le souhait de me protéger de cette situation complexe, je n'ai pas l'intention d'interrompre ce prendre soin.

Suite à cette analyse, nous pouvons déterminer que l'infirmier a un rôle social que l'on ne peut nier. Ce rôle débute dès lors qu'il rencontre le patient, où une relation soignant-soigné va s'instaurer. Comme a pu identifier H. Peplau, l'infirmier a un rôle psychosocial puisqu'il est doté d'aptitudes aussi bien relationnelles que d'écoute. Dès lors, ce soignant sera disponible pour répondre aux questions du patient. Le cas échéant, il pourra diriger le patient vers un professionnel plus compétent dans le domaine concerné. En effet, le prendre soin est également un travail d'équipe, où les différents professionnels collaborent afin d'optimiser le parcours de santé du patient.

Durant son entretien, Lisa a pu évoquer que le patient étranger n'avait pas toujours accès au système de santé de son pays natal. S'adapter à un nouveau pays et comprendre le fonctionnement d'un autre système de santé semble être laborieux. D'après un article de 2018, les migrants les plus précaires sont les plus malades et le deviennent en arrivant en France. Ce constat a pu être établi grâce à des consultations faisant principalement suite à des problématiques de santé, notamment dues par des conditions de vie insalubres, une alimentation insatisfaisante et des événements passés provoquant une fragilité psychologique⁵².

En me référant au guide de tarification du CHU de Rennes⁵³, être hospitalisé dans un service de médecine s'élève à environ 1200€ par jour, en prenant en compte les tarifs journaliers d'hospitalisation, le forfait journalier et la chambre d'hospitalisation complète. Lorsqu'un patient étranger est hospitalisé, il me semble alors nécessaire de s'informer auprès de lui afin de déterminer ses besoins et, si nécessaire, de faire garantir ses droits. En effet, la Sécurité Sociale prend en charge une partie des frais médicaux liés à l'hospitalisation et peut s'élever à la totalité lorsque le patient est sous Affection de Longue Durée ou sous Aide Médicale d'Etat par exemple. Évoquer la difficulté du patient à faire valoir ses droits auprès de l'assistante sociale du service permet donc de lui garantir l'accès aux soins ainsi que sa continuité.

J'ai pu constater qu'une prise en soin est composée du *cure* et du *care*. Le *cure* a pour optique d'amener la guérison, notamment par les examens diagnostics et les soins qui en découleront par la suite. En parallèle, le *care* est l'ensemble du prendre soin, allant des valeurs relationnelles à la mise en place des soins, tout en prenant en compte l'ensemble des connaissances de l'infirmier.

⁵² Louarn, A-D. (2018, octobre 16). *Précarité et absence de soins : "C'est en arrivant en France que les migrants tombent malades"*. France Terre d'Asile.

⁵³ *Guide de la tarification du CHU de Rennes* (2021). chu-rennes.fr

Lors de mes entretiens, il m'a été évoqué qu'il était difficile de prendre du temps pour traduire le déroulé de certains soins puisque les soignants ont peu de temps à accorder aux patients. Ce constat me permet alors d'en déduire qu'à l'hôpital, la vision du *cure* est davantage présente que le *care*. En effet, il n'est pas rare d'entendre dans l'actualité que les soignants réclament davantage de moyens dans le but de soulager la surcharge de travail mais aussi pour pouvoir instaurer des soins relationnels avec les patients. Ce *cure* prépondérant sous-entend également que les temps d'hospitalisation sont aujourd'hui plus courts, du fait du développement des services ambulatoires, suite à l'avancée de la médecine.

Au cours de l'analyse de l'entretien d'Antoine, un de ses propos m'a interpellée. Lorsque je lui ai demandé quelles émotions il percevait chez le patient étranger, il m'a évoqué que c'était différent en fonction des situations. Lorsque le patient n'avait pas l'habitude d'être incompris, il paraissait anxieux. A contrario, lorsque la personne était habituée à être incomprise, un sentiment d'indifférence se manifestait. J'ai alors décidé d'approfondir sur ce sujet et j'ai pu apprécier des données autour de l'acculturation.

Selon Redfield, Melville et Herskovits, ce transfert d'idées se définit comme "*l'ensemble des phénomènes qui résultent du contact direct et continu des groupes d'individus de cultures différentes avec des changements subséquents dans les types culturels de l'un ou l'autre de ces groupes*⁵⁴". De cette acculturation, en découlent cinq types. La première consiste en l'assimilation. Ici, la personne étrangère adopte les comportements de son nouveau groupe social, tout en délaissant son identité culturelle. La seconde est l'intégration. La personne décide de conserver son identité culturelle tout en s'adaptant à la culture de son nouveau groupe social. Vient ensuite la séparation. L'individu souhaite conserver son identité culturelle et ne souhaite pas s'intégrer. On parle de ségrégation lorsque la personne conserve son identité mais est exclue de la vie sociétale. Ce type d'acculturation est une forme de discrimination. Enfin, la marginalisation consiste en la perte de l'identité culturelle et en l'impossibilité de participer à la vie sociétale⁵⁵.

Pour ma pratique, je pense que ces concepts sont importants. En effet, ils peuvent me permettre de comprendre pourquoi certains patients étrangers restent indifférents lorsqu'ils ne comprennent pas le soignant. Le fait d'avoir l'habitude d'être incompris peut, hypothétiquement, révéler une acculturation du type de séparation, de marginalisation voire de ségrégation. Cependant, ces notions restent à utiliser avec parcimonie puisque cette indifférence peut masquer d'autres facteurs influençant sur cette émotion.

⁵⁴ Tison, B. & Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures*. Masson. Page 22

⁵⁵ Tison, B. & Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures*. Masson. Page 23

Rencontrer un patient étranger peut provoquer du stress. Pour Richard Lazarus, le stress correspond à l'expérience d'un individu face à un évènement. Suite à ce stress, des mécanismes de défense ou d'adaptation vont se mettre en place. Ici, j'aborderai les mécanismes d'adaptation, principalement celui nommé "*coping*".

J'ai pu prendre conscience de ce mécanisme durant mes entretiens. Il m'a été évoqué que l'infirmier se sentait rassuré lorsque le patient parvenait à parler un peu en français. En parallèle, j'ai pu ressentir du stress de la part du soignant lorsqu'il ne parvenait pas à communiquer avec le patient. J'ai alors pu identifier ces mécanismes lors de ces situations. En effet, le soignant cherchait des moyens de communiquer avec le patient, que ce soit par le biais d'un tiers ou d'outils facilitant la communication.

Contrairement aux mécanismes de défense, le *coping* est un mécanisme conscient, assurant à l'individu de faire face à l'évènement. Cependant, une nuance s'installe entre l'adaptation et le *coping*. En effet, selon Lazarus et Folkman, le *coping* se définit comme "*l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées comme consommant ou excédant ses ressources*". Cela signifie que le *coping* est un processus bien plus précis que l'adaptation puisqu'il demande une certaine réflexion. Le *coping* est également un processus pouvant être réajusté⁵⁶. Parmi les obstacles que j'ai pu identifier lors de ce travail, je pense que le *coping* est davantage présent lorsque la barrière linguistique est manifeste.

En me référant aux étapes du *coping*, que je vais appliquer à la situation de la barrière linguistique, je peux en déduire que l'infirmier va d'abord analyser la situation. Durant cette phase d'évaluation primaire, le soignant identifie la finalité de la situation, avec les émotions qu'elle va pouvoir engendrer. Lors de l'évaluation secondaire, le soignant va déterminer la compréhension du patient : parle-t-il français ? Peut-il comprendre l'anglais ? Le cas échéant, le soignant recherche une personne ressource au sein de l'entourage pouvant traduire en français.

⁵⁶ Bruchon-Schweitzer, M. (2001). *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Recherche en soins infirmiers N°67

Une fois l'évaluation effectuée, l'une des deux stratégies de *coping* peut se mettre en place. Lorsque le *coping* est centré sur le problème, l'objectif sera de résoudre le problème grâce à la recherche d'alternatives. Comme cité plus haut, ces moyens peuvent se faire grâce à l'utilisation de l'informatique, des images ou par l'intervention d'un tiers (traducteur ou proche). Lorsque le *coping* est centré sur l'émotion, le but est de canaliser les sentiments de la personne. Je pense que ce dernier n'est applicable que lorsque la situation devient incontrôlable.

La question du proche et de l'interprète a pu être abordée durant mes entretiens et me laisse penser que les opinions sont partagées.

Comme évoqué dans le premier point de la Charte de la personne hospitalisée, les établissements de santé sont garants de l'accès à un interprète pour les personnes étrangères, sourdes ou malentendantes cependant ce droit est parfois compromis. Comme a pu l'expliquer Antoine, les rendez-vous peuvent être difficiles à avoir. En parallèle, Lisa révélait qu'elle avait la chance d'avoir facilement accès aux traducteurs.

Outre cette difficulté, je pense que l'interprète peut être un outil précieux. En effet, lors d'un stage en chirurgie urologique, j'ai pu accompagner des infirmières stomathérapeutes durant deux jours. Le deuxième jour, je les ai suivies dans un service de chirurgie digestive afin de rencontrer un patient d'origine asiatique, ne parlant ni français, ni anglais. Une traductrice a alors été préalablement contactée afin de faciliter la communication et de trouver le matériel adapté à la stomie digestive du patient. Ici, interpellée par cette situation, j'ai pu me rendre compte que le traducteur avait un rôle important, surtout lorsque nous prenons en soin un patient parlant une langue peu connue. Ayant étudié la langue ou étant de cette origine, l'interprète connaît également les coutumes de la culture du patient, limitant donc les erreurs pouvant interférer dans la communication. Ces points communs avec le patient influent sur la confiance. En effet, le patient étant jusqu'à présent incompris peut se sentir compris. Cependant, je me questionne sur la confiance que peut avoir le patient pour l'interprète. L'interprète est une personne inconnue pour le patient et évoquer des sujets personnels voire intimes sur soi-même peut être difficile. Omettre des informations est alors tentant pour le patient.

Tout comme l'interprète, la famille est une grande ressource pour les soignants. Grâce à elle, nous pouvons en savoir davantage sur le patient et la communication est facilitée. Les personnes de l'entourage sont généralement des personnes en qui le patient fait confiance et qui seront présentes pour garantir le bien de leur proche. Cependant, tout comme l'interprète, la neutralité de l'entourage m'interpelle. Nous ne savons pas toujours si la situation du patient est réellement comprise par lui-même. Son état de santé a-t-il été évoqué avec la famille ? La situation est-elle comprise ? Comme évoqué précédemment, j'ai pu prendre en soin une patiente de mon âge pendant mon stage actuel. Son père parle français mais pas sa mère. Les parents de cette patiente ont pu rencontrer le corps médical dans le but d'évoquer le mauvais pronostic de leur fille. Malgré cette discussion, la famille ne semble pas comprendre la situation. En effet, elle continue de penser que leur fille ira mieux. Il en est de même pour la patiente. Malgré les explications, la patiente pense que son état de santé s'est dégradé suite à la pose d'un picc line mais que sa pathologie hépatique guérira. Est-ce du déni ou est-ce la barrière linguistique qui influence ?

De plus, en utilisant la famille comme intermédiaire, évoquer certains sujets est délicat. En recherchant des exemples de sujets pouvant être tabous dans certaines religions, j'ai pu lire que la sexualité n'était pas facilement abordable dans l'Islam. La question de la contraception peut alors être défendue⁵⁷. Pour cela, si ce sujet est à aborder avec une jeune patiente de confession musulmane, il en convient de l'aborder avec une autre femme en tant qu'intermédiaire.

Lorsque j'ai débuté ce travail de recherche, ma question de départ portait sur l'influence de la barrière linguistique dans le prendre soin du patient étranger et plus particulièrement dans la communication entre l'infirmier et le patient.

Avec du recul, je peux m'apercevoir que l'infirmier a un rôle social auprès du patient étranger, faisant appel à des valeurs relationnelles et à des compétences portées sur le social. Cependant, ce rôle semble masqué suite à une mentalité hospitalière portée sur le *cure* plutôt que le *care*. Du côté du patient, son degré d'intégration au sein de la société peut influencer sur sa relation avec les soignants. Pour cela, l'infirmier adopte des mécanismes tels que le *coping* afin de passer au-delà de la barrière linguistique.

Cette réflexion me permet alors de réajuster ma question de recherche :

En quoi les mécanismes d'adaptation favorisent-ils le rôle social de l'infirmier lors de l'intégration du patient étranger dans son parcours de soin ?

⁵⁷ Levy, I. (2013). *Guides des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants*. De Boeck. Page 242

Conclusion

Appréciant le côté relationnel, faire une initiation à la recherche sur ce sujet était une évidence, d'autant plus que les situations où j'ai pu rencontrer un patient étranger étaient celles où je m'interrogeais davantage. En effet, je ne savais pas comment aborder le patient non francophone du fait de la barrière linguistique alors que j'ai pu prendre en soin des patients aphasiques. Avec du recul, je pense que j'étais en quelque sorte impressionnée par l'aspect culturel et des erreurs d'interprétation qu'il pouvait engendrer.

Suite à la comparaison de mon cadre conceptuel et des analyses des entretiens, quatre axes ont pu être mis en évidence. J'ai pu d'abord déterminer que le prendre soin était un ensemble de valeurs dans le but de considérer le patient dans sa globalité. De ce concept, j'ai pu déterminer que l'infirmier avait un rôle social. Ensuite, j'ai conscientisé qu'à l'hôpital, l'objectif était de soigner plutôt que de prendre en soin. De ce fait, le rôle social de l'infirmier semble oublié. De plus, j'ai pu observer que l'intégration du patient au sein de la société influençait sur sa relation avec l'infirmier. Enfin, lorsque la communication est entravée par la barrière linguistique, l'infirmier fait preuve de mécanismes d'adaptation tels que le *coping* afin de surmonter cette difficulté.

Au cours de mes expériences, j'ai pu établir des liens entre les concepts que j'ai pu étudier avec les situations vécues en stage. Grâce à ce travail, j'observe que je me sens de plus en plus impliquée dans ce type de prise en soin. En effet, même si la communication est parfois difficile, je cherche tout de même à créer une relation avec le patient, en faisant appel à des moyens permettant de faciliter la communication tels que l'utilisation d'outils visuels, l'informatique, l'utilisation de termes simples ou encore, demander de l'aide à une collègue soignante pouvant traduire sans pour autant me remplacer. Cet amarrage de notions a pu se faire notamment grâce au partage d'expériences des infirmiers rencontrés, étant plus concrètes.

Ce travail a pu me faire douter suite au manque d'inspiration auquel je pouvais parfois faire face. Cependant, il m'a tout de même démontré que j'avais la capacité de comprendre mes recherches et de les appliquer ensuite. Devant la limitation de pages, j'ai dû arrêter mes recherches ce qui m'a amené à la frustration. Aujourd'hui, je remarque que j'ai apprécié faire ce travail puisque j'aime approfondir mes connaissances et analyser des données.

Suite à l'application de ces notions, j'ai pu avoir des retours gratifiants de patients d'origine étrangère, ce qui m'a donné la motivation de poursuivre ce travail et de continuer ainsi une fois diplômée.

Enfin, j'ai été tentée d'approfondir sur l'aspect culturel, qui est un sujet très vaste puisqu'il concerne les coutumes, les connaissances mais aussi l'art par exemple. De plus, elle est spécifique à chaque peuple, ce qui m'aurait demandé d'en cibler une en particulier. Rencontrant régulièrement des patients de confession musulmane en milieu hospitalier, je me pencherais sur une question portant sur l'influence de la religion, plus précisément de l'Islam, dans les soins.

Bibliographie

Ouvrages

- Amiec Recherche. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière* (3^e éd.). Masson.
- André, C. & Philippot, P. (2013). *Émotion et psychothérapie*. Mardaga.
- Bélanger, L. & Mercier, J. (2006). *Auteurs et textes classiques de la théorie des organisations*. Les Presses de l'Université Laval.
- Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Dunod.
- Jouve, M. (2000). *Communication*. Bréal.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Masson.
- Hesbeen, W. (2000). *Prendre soin dans le monde*. Seli Arslan.
- Le Breton, D. (2018). *La sociologie du corps*. Que sais-je.
- Levy, I. (2013). *Guides des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants*. De Boeck.
- Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Seli Arslan.
- Philippot, P. (2007) *Émotions et psychothérapie*. Mardaga.
- Rocher, G. (1992). *Introduction à la sociologie générale* (3^e éd.). Éditions Hurtubise.
- Story, M. (2018). *Au-delà des mots*. Maxima.
- Tison, B. & Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures*. Masson.

Articles

- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Recherche en soins infirmiers N°67

https://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf

- Calvet, L-J. (2004). *La diversité linguistique : enjeux pour la francophonie*. Hermès, La Revue, 3 N°40.

<https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2004-3-page-287.htm>

- Formarier, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités* [E-book]. Dans Recherche en Soins Infirmiers : Vol. N°89 (p. 34-41).

[https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm#:~:text=Dans%20le%20cadre%20d'une,pr%C3%A9sentation%20de%20l'interlocuteur\)%E2%80%A6](https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm#:~:text=Dans%20le%20cadre%20d'une,pr%C3%A9sentation%20de%20l'interlocuteur)%E2%80%A6)

Leroy, E. & Michel, D. & Chapplain, J-M. & Preter, P. & Fouquet, L. (2019, mai 9). *Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville*. Bretagne ARS

https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-07/CAHIER%20DES%20CHARGES_%20RESEAU%20LOUIS%20GUILLOUX%20ARTICLE%2051_0.pdf

Maladie d'Alzheimer : pourquoi doit-on communiquer avec le patient ? (2020). Santé mentale, N°246

https://www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/userfiles/files/dossier/2020/246/SM246_P020-026_KHOSRAVI.pdf

Noirel, G. (2010). *Une histoire du modèle français d'immigration*. Regards croisés sur l'économie, 2 N°8.

<https://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2010-2-page-32.htm>

Simon, E. (2009). *Processus de conceptualisation d'"empathie"* [E-book]. Dans Recherche en Soins Infirmiers : Vol. N°98

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm>

Tsigou, M. (2011). *Linguistique fonctionnelle et didactique de la traduction*. La linguistique, volume 47, 107-108.

<https://doi.org/10.3917/ling.472.0105>

Textes législatifs

Charte de la personne hospitalisée. (2019). Ministère des Solidarités et de la Santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Code de la santé publique. Mis à jour le 1er mai 2021. Légifrance.

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/>

Sites internet

Allophone. (s. d.). Dans Le Larousse.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/allophone>

Association Départementale OCCE de la Drôme. (2014, 22 janvier) *AP Aoûste sur Sye. Site de l'OCCE* 26.

http://www.occe.coop/~ad26/IMG/pdf/les_5_axiomes_de_la_communication.pdf

CM introduction UE 4.2 S2. (2017). [Diapositives]. CH Carcassone.

<https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/CM%20Introduction%20UE%204%202%20S2.doc>
x

Définition - Étranger | Insee. (2020, 7 décembre). Insee.

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>

Définition - Immigré | Insee. (2020, 3 décembre). Insee.

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

Guide de la tarification du CHU de Rennes (2021). chu-rennes.fr

https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/01-Hospitalisation/01-votre_arrivee_au_chu/05-frais_d_hospitalisation/CHURennes_Tarifs_04.2021.pdf

Infocom Montpellier et Béziers. (2019, 25 septembre). *REC Attitudes et réactions*. Université Montpellier 3

<https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-attitudes-et-reactions8.pdf>

Le Bihan, C. (2019, septembre 3). *La relation d'aide* [Diapositives]. concours-ecoles.chu-rennes.fr.

https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKomunote/php/_DOCS/SEQUENCES/MH04682649/CMLarelationdaide.pdf

Le Bihan, C. (2019, février 6). *Théories de la communication* [Diapositives]. concours-ecoles.chu-rennes.fr.

https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKomunote/php/_DOCS/SEQUENCES/MH03301261/Theoriesdelacommunication.pdf

Louarn, A-D. (2018, octobre 16). *Précarité et absence de soins : "C'est en arrivant en France que les migrants tombent malades"*. France Terre d'Asile.

<https://www.france-terre-asile.org/accueil/actualites/actualites-choisies/precarite-et-absence-de-soins-c-est-en-arrivant-en-france-que-les-migrants-tombent-malade>

Phaneuf, M. (2012). *La communication et la relation soignant-soigné, vers l'utilisation thérapeutique de soi* [Diapositives]. Prendre soin.

http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/1ePartie_.pdf

Relations. (s. d.). Dans Le Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845>

Soigné. (s. d.) Définition de SOIGNÉ. cnrtl.

<https://www.cnrtl.fr/definition/soign%C3%A9/1>

World Health Organization. (2016). *Personnels de santé*. Organisation mondiale de la Santé.

https://www.who.int/topics/health_workforce/fr/#:%7E:text=Le%20personnel%20de%20sant%C3%A9%20est,de%20plus%20en%20plus%20complexe.

Thèse

Haßler, G. (2015, février). *La vision linguistique du monde : mythe et réalité de l'utilisation d'une notion humboldtienne au XXe siècle.*

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01115175/document>

Image

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fstock.adobe.com%2Fsearch%3Fk%3Dinter%2Bholding%2Bhands&psig=AOvVaw2iG5RI2x69YgI3sAtuUg9I&ust=1620222465176000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCKicj5uVsPACFQAAAAAdAAAAABA>

ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexe I : Situations d'appel

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Retranscription des entretiens

Annexe IV : Tableaux d'analyse

Annexe I : Situations d'appel

Situation 1

Durant mon semestre 5, j'ai effectué un stage de 10 semaines en dermatologie. Lors de ma huitième semaine, j'étais d'après-midi. Au début de ma journée, je vois avec l'infirmière quels patients j'allais prendre en soin. Je lui dis aussi que j'aimerais bien faire une entrée puisque j'en avais fait brièvement jusqu'à présent. Ayant deux entrées de prévues ce jour, elle me propose qu'on en fasse une chacune. Elle me suggère donc d'accueillir Mme O, une patiente de 74 ans, d'origine anglaise. Cette femme vient pour une érythrodermie, c'est à dire un érythème généralisé associé à une desquamation de la peau. L'équipe médicale est alors à la recherche d'un lymphome ou d'un syndrome de Sézary (forme de lymphome cutané).

Mme O arrive accompagnée de sa fille ainsi que d'une ambulancière. Les deux femmes parlent alors très peu français.

Sa fille et l'ambulancière partent du service afin d'effectuer son admission en hospitalisation. Durant ce temps, je me charge de son entrée avec l'aide-soignante. Nous nous présentons en anglais puis l'aide-soignante lui demande si elle parle le français. Elle nous répond alors "très peu". Nous tentons de lui expliquer dans sa langue maternelle que nous allons lui prendre ses constantes. Pour cela, nous constatons qu'elle est vêtue de trois pulls. Je lui demande si elle a froid, elle me répond que oui. L'aide-soignante m'explique que les patients touchés d'érythrodermie sont frileux. Je lui mets le brassard et je remarque qu'elle est légèrement hypotendue. Elle me dit que c'est habituel chez elle. J'évalue ensuite ses douleurs. Elle me répond que non puis elle me montre ses chevilles. Elle emploie alors le terme "swollen" tout en continuant de me montrer ses chevilles. Je tente de répéter ce mot et me dit que c'est ça. Ne connaissant pas cette expression, je l'écris sur un papier et je lui demande si c'est la bonne orthographe. Elle me corrige sur ma feuille puisque je l'avais mal orthographié. Je lui dis alors que je vais regarder sa signification sur internet. Je regarde puis je comprends que ça signifie "oedème". Avant de sortir de sa chambre, je lui demande si elle a un régime particulier et des allergies. Elle me dit que non. Je transmets ensuite toutes les informations à l'infirmière.

L'infirmière me demande s'il était plus pertinent d'utiliser une échelle numérique ou une échelle verbale simple afin d'évaluer sa douleur. J'opte alors plutôt pour une EVS qui est, pour moi, plus simple pour elle puisqu'il suffit d'employer des termes comme "douleur faible, douleur moyenne ou douleur forte".

La fille de Mme O et l'ambulancière reviennent avec les documents de l'admission. L'infirmière me demande alors de prendre le numéro de téléphone de sa fille. En revenant dans sa chambre, je pose le bracelet à la patiente, tout en vérifiant avec elle son identité. Je m'assoie ensuite auprès de sa fille

afin de prendre le temps d'écrire son numéro, sans oublier de lui demander son prénom ainsi que son nom de famille.

L'admission est faite, je retranscris toutes les informations sur le logiciel de soins et je débute mon tour de 18h avec l'infirmière afin de distribuer les traitements des patients.

Situation 2

La situation se déroule durant mon stage de semestre 3, en service d'urologie et de chirurgie hépato-biliaire et digestive.

Un matin, l'infirmière me demande de débiter les surveillances de Mr X., un jeune patient d'origine portugaise de 26 ans, venu pour l'exérèse d'un kyste pilonidal. Le jeune homme a eu son intervention la veille. Mr X. parle uniquement l'anglais et le portugais mais son père est capable de communiquer en français. Son père étant absent lors de notre passage, nous devons parler avec lui en anglais.

Je frappe à sa porte, j'entre et je tente de lui parler en anglais. Je me retrouve alors un peu en difficulté puisque je ne suis pas à l'aise à l'oral. Je comprends tout de même que le patient est douloureux. L'infirmière nous rejoint puis discute facilement avec lui.

Annexe II : Guide d'entretien

Bonjour, je suis Angelina Thomas, étudiante infirmière de troisième année et dans le cadre de mon mémoire, je dois m'entretenir avec des IDE autour de la communication entre l'infirmier(e) et le patient étranger. Cet entretien durera vingt minutes. Notre discussion sera enregistrée mais l'anonymat sera assuré. Êtes-vous d'accord ?

Début de l'entretien

Objectif : Faire connaissance avec l'IDE et comprendre son parcours

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Quel est votre parcours ?

Prendre soin

Objectif : Comprendre la perception du prendre soin par l'IDE

- Quelle est votre définition du prendre soin ?
- Quels peuvent être les obstacles à un prendre soin optimal ?

Patient étranger

Objectif : Repérer l'influence de la barrière linguistique sur le soignant ainsi que sur le patient

- Rencontrez-vous régulièrement des patients étrangers dans votre service ?
- Quel est votre ressenti lors de ces rencontres ?
- Quelles émotions avez-vous pu percevoir chez ces patients ?

Communication

Objectif : Identifier les stratégies instaurées par l'IDE lorsque la communication est entravée par la barrière linguistique

- Quelle est votre définition de la communication ? Du consentement aux soins ?

> Rappel définition communication : processus d'échange d'informations reposant sur les bases relationnelles établies entre individus, entre l'individu et son milieu ambiant.

> Rappel définition consentement aux soins : action de donner son accord à une action, à un projet.

Deux types de consentement :

- Consentement libre : le patient donne son accord sans contrainte
- Consentement éclairé : le patient donne son accord en ayant été informé des bénéfices et des risques liés aux traitements et/ou des soins envisagés et des conséquences éventuelles

- Que pensez-vous de l'accès au droit à l'information du patient étranger ? Pouvez-vous expliquer votre point de vue ?
- Comment faites-vous pour instaurer un climat de confiance avec le patient étranger ?
- Quels moyens avez-vous pu instaurer afin de faciliter la communication avec le patient étranger ?

Clôture de l'entretien

Objectif : Permettre au soignant de s'exprimer autour du sujet une dernière fois

- Souhaitez-vous ajouter des informations ou des anecdotes autour de ce sujet ?

Je vous remercie d'avoir accepté de consacrer du temps pour cet entretien. Je vous garanti de nouveau que l'anonymat sera respecté.

Annexe III : Retranscription des entretiens

Les prénoms et la spécialité des services ont été modifiés

- *Entretien 1*

EIDE : Bonjour, je suis Angelina Thomas, étudiante infirmière de troisième année et dans le cadre de mon mémoire, je dois m'entretenir avec des infirmiers autour de la communication entre l'infirmier et le patient étranger. Cet entretien durera environ vingt minutes. Notre discussion sera enregistrée mais l'anonymat sera assuré. Es-tu d'accord ?

IDE : Bien-sûr.

EIDE : Donc, est-ce que tu peux te présenter ? Donc ton âge, ton parcours... ?

IDE : Alors... Moi c'est Antoine, j'ai 29 ans. Je suis infirmier depuis décembre 2014. J'ai, en gros, travaillé 5 ans dans un service de médecine, j'étais tuteur des étudiants pendant deux ans et depuis le mois de novembre 2020, je suis en réanimation médicale, principalement en unité COVID mais j'ai tourné un petit peu.

EIDE : On va tout d'abord, donc... Un, deux, trois... Quelle est ta définition du prendre soin ?

IDE : (silence). Définition du prendre soin... Bah... Ah tu pars sur des trucs un peu bateau... Ok... (rire). Le prendre soin bah c'est s'occuper d'une personne. Voir une personne de la tête aux pieds, voir ses besoins. On pense à Virginia Henderson forcément et puis mettre en place des soins pour s'occuper de ses besoins, que ce soient des soins médicamenteux, des soins de nursing, des soins d'hygiène... Enfin tout type de soin quoi. Être à l'écoute du patient parce qu'on prend en soin. Il faut pas oublier que dans les besoins de Virginia Henderson, il y a le côté physique mais il y a aussi le côté psychologique donc prendre en soin c'est prendre en charge ces deux aspects de la personne, sur le côté physique avec ses pathologies physiques, médicales, chirurgicales et aussi tout le côté relationnel derrière avec aussi possiblement les pathologies psychiatriques, les choses comme ça. Prendre en soin c'est la globalité de ces choses là.

EIDE : A ton avis, quels peuvent être les obstacles du prendre soin ?

IDE : Bah... forcément on va revenir sur les difficultés de communication du patient, que ce soit un patient qui ne parle pas, un patient qu'on n'arrive pas à comprendre, soit parce que l'élocution est difficile, de part la pathologie, soit parce qu'il parle une langue étrangère à la nôtre, soit parce qu'il n'est pas en capacité aussi de parler. On en a beaucoup en réanimation ici. Des gens avec qui on a du mal à communiquer parce qu'ils ne sont pas conscients ou alors parce qu'ils ne sont pas assez conscients pour pouvoir nous répondre. Et puis ça peut être aussi, ce que je disais, le côté psychologique du patient. Il peut être... On peut avoir un patient dément, avec qui on a du mal à communiquer quoi.

EIDE : Est-ce que tu rencontres régulièrement des patients étrangers dans ton service, ou même auparavant, en médecine par exemple ?

IDE : En médecine on en croise pas mal ouais. Quelques patients d'origine anglaise parce qu'il y a une petite communauté anglaise pas très loin. Des patients originaires des pays de l'est, parce qu'il y a la communauté géorgienne de Rennes qui est assez importante. On a eu des patients originaires d'Afrique, pas mal. Des patients... Une patiente américaine, celle-là je m'en souviendrais. Ouais, des choses... Ouais ouais on a vu des gens de partout. En réanimation pour l'instant, non je n'en ai pas eu de patients étrangers pour l'instant.

EIDE : Quel est ton ressenti lors de ces rencontres ?

IDE : Bah la première chose c'est quand on prend les transmissions de notre collègue et qu'elle nous dit que le patient est de tel pays ou de tel pays, la première question c'est "est-ce qu'il parle français?" parce qu'on sait très bien que ça va poser des difficultés derrière si le patient n'arrive pas à nous comprendre et s'il n'arrive pas à nous comprendre. Et, généralement quand la réponse c'est "oui il parle un peu français, il comprend bien", déjà ça nous rassure. Par contre, quand on nous dit "il ne parle pas du tout français", on cherche directement à savoir s'il y a de la famille qui est présente ou s'il y a de la famille qui peut répondre au téléphone ou qui parle français pour pouvoir traduire parce que, on connaît tous un peu les bases d'une langue, généralement l'anglais, l'espagnol, l'allemand mais à l'école on n'apprend que la base et on apprend pas les termes spécifiques à notre métier donc rien que de dire "je viens pour vous faire une prise de sang", je peux le dire en anglais mais je ne pourrais pas le dire en espagnol, ni en allemand donc les choses toutes bêtes ça en devient très difficile. Donc déjà la gestion de ces petites phrases est difficile mais alors en plus quand... Si jamais le patient est angoissé et qu'on ne peut pas le rassurer par nos paroles parce qu'on n'arrive pas à se comprendre, là c'est encore plus dur.

EIDE : Quelles émotions as-tu pu percevoir chez ces patients ?

IDE : Bah... Ça dépendait. Chez certains, on avait l'impression que ça ne les dérangeait pas plus que ça de ne pas nous comprendre parce que leur niveau d'angoisse n'était pas si élevé. C'est plutôt des gens qui... Qui vivaient dans le pays et qui avaient l'habitude entre guillemets de pas forcément comprendre les gens autour d'eux parce qu'ils ne parlaient pas la même langue qu'eux. Donc ces gens là on voyait qu'il n'y avait pas d'appréhension. Après, il y a d'autres personnes qui parlaient une autre langue, qui avaient un petit peu d'angoisse parce que ils avaient pas l'habitude de ne pas comprendre et on voyait bien que ça les angoissait pas mal de pas savoir ce qu'on allait faire ou de pas comprendre ce qu'on allait leur demander. Ca c'est... Il y a un peu ces deux parties là.

EIDE : Alors... Je vais partir sur la communication. Qu'est-ce que, pour toi, la communication ?

IDE : C'est la manière d'amener une relation entre deux interlocuteurs. Ça peut être une communication verbale ou non verbale. Donc la communication verbale, ça va être toutes les choses qu'on peut dire à l'oral, en utilisant des mots, des phrases pour se faire comprendre et la communication non verbale, ça va plus être dans la gestuelle, dans la démonstration, dans... Dans le... Ouais la gestuelle, d'expliquer avec des mouvements ce que l'on va faire, des choses comme ça. Ces deux... Ces deux associations de communication sont primordiales pour établir un dialogue avec un patient et pour se faire comprendre. Que le patient soit d'origine étrangère ou pas, il faut pas séparer les deux. Après, bien sûr, dans la communication non verbale il y a aussi le toucher, tout ça... Tout ça, c'est assez important.

EIDE : Et quelle est ta définition du consentement au soin ?

IDE : Bah... C'est l'acceptation du patient au soin ou au geste du soignant. Donc, que ça soit un geste invasif ou un geste non invasif. Il y a beaucoup de patients qui vont refuser des soins douloureux donc ça, ça peut se comprendre. On a envie de se dire "il n'a pas envie de souffrir, d'accord". Il y a aussi des patients qui vont refuser des soins, juste simplement la prise d'un médicament ou quoi que ce soit, parce qu'il ne désire pas être soigné, ou alors ils ne sont pas en capacité de comprendre pourquoi on leur donne les choses et tout ça, c'est primordial pour la bonne prise en charge du patient aussi. L'acceptation du soin, c'est la base du métier. Si le patient n'a pas envie qu'on lui fasse quelque chose après si on le force, on arrive dans de la torture et ça, ça fonctionne pas du tout avec notre métier quoi.

EIDE : Du coup, comme définition pour la communication, j'avais mis "processus d'échange d'informations reposant sur les bases relationnelles établies entre individus, entre l'individu et son milieu ambiant" et pour le consentement au... Au soin, donc c'est l'action de donner son accord à une action, à un projet. Donc il y a deux types de consentement : le consentement libre, donc le patient donne son accord sans contrainte et le consentement éclairé, donc là le patient va donner son accord en ayant été informé des bénéfices et des risques liés aux traitements ou alors aux soins envisagés avec les conséquences éventuelles. Est-ce que, à ton avis, le patient étranger a suffisamment accès au droit à l'information ?

IDE : Non. Non, non, c'est sûr que non parce que, par exemple un truc tout bête mais, un patient étranger chez qui on doit faire une fibroscopie... Normalement pour une fibroscopie, il faut que le patient puisse signer un consentement médical. Donc c'est une feuille explicative sur deux pages, où on explique simplement, avec des termes simples ce que c'est que la fibro. Je pense que si un patient étranger arrive en médecine et qu'on doit lui faire subir une fibroscopie, on va essayer de trouver quelqu'un pour lui expliquer comment ça fonctionne mais je suis pas sûr que le patient aura la lecture de cette feuille de A à Z dans sa langue pour comprendre ce qu'il va signer. Donc ça, c'est une barrière et en même temps c'est une difficulté majeure de faire... De vouloir prendre du temps pour faire ces choses-là parce qu'on a très peu de temps à accorder à nos patients alors devoir traduire des textes, c'est hors de nos compétences. Il existe des services avec des personnes qui parlent plusieurs langues, des choses comme ça, qui sont là pour traduire. Le problème, c'est qu'il faut prendre rendez-vous. Parfois une fibroscopie, ça doit être fait dans l'urgence...

EIDE : ... En urgence...

IDE : Les rendez-vous sont très difficiles à avoir.

EIDE : Comment fais-tu pour instaurer un climat de confiance avec le patient étranger ?

IDE : On essaye de trouver un moyen de communication, ça c'est la base. Donc au départ, la première prise de contact, c'est des termes tous simples, "bonjour, ça va?", des trucs tout bêtes. Si on voit qu'il y a un petit peu de répondeur derrière et bien on va essayer de communiquer là-dessus, si on voit qu'il y a rien, on va essayer de trouver des outils pour accéder au patient. Donc les outils bah, c'est google traduction, c'est... C'est le site TraLELHo, fait par une infirmière rennaise, et on va essayer de se débrouiller du mieux possible pour se faire comprendre quoi. Après, généralement, on va chercher

à joindre aussi la famille, parce qu'il y a souvent des gens qui sont un peu plus aptes à traduire dans la famille donc on essaye de trouver un moyen quoi. Heureusement, on dispose de quand même quelques outils pour se faire comprendre.

EIDE : Et... Que penses-tu... Comment... Que penses-tu de l'influence que peut avoir le traducteur ou le patient... Fin le proche du patient ?

IDE : (silence). Bah... Déjà on est jamais sûrs que le proche ou le traducteur traduit exactement ce qu'on a dit au patient et on sait que la précision sur les termes qu'on utilise dans notre métier est primordiale. Donc c'est difficile de faire confiance à quelqu'un lorsqu'on sait pas ce que la personne raconte. On sait pas si le patient a compris le message que le médecin ou le soignant a fait passer, qu'il ait conscience de la gravité du sujet ou pas, du coup on a toujours plus ou moins du mal à savoir si le patient en face est vraiment au clair avec la situation ou pas.

EIDE : Mais du coup le traducteur ?

IDE : Et le traducteur bah... Qu'est-ce que tu veux que je dise par rapport au traducteur ?

EIDE : Bah l'influence que peut avoir le traducteur justement sur la communication.

IDE : Bah ouais, c'est à lui d'être bon. S'il retranscrit exactement ce qu'on dit, dans ces cas-là il n'y a pas de soucis et c'est parfait. Si on voit que... Si c'est quelqu'un de la famille qui nous dit qu'il parle français mais qui a quand même du mal à comprendre ce qu'on leur dit, du coup ils vont traduire n'importe quoi à la fam... Au patient derrière et du coup ça peut nous mettre à mal quoi parce que le traducteur a une place importante et en même temps, une place compliquée et difficile au niveau confiance quoi.

EIDE : Est-ce que tu as d'autres informations ou anecdotes autour de ce sujet ?

IDE : (silence). Une anecdote, ouais j'en ai une belle. Le plus grand transfert, le plus gros transfert que j'ai fais de ma carrière d'infirmier c'était une patiente qui était là en médecine et c'était ma semaine où j'étais de coupe donc l'infirmier de coupe c'est celui qui gérait les entrées, les sorties. Une patiente d'origine américaine qui était venue donner un concert en France, qui avait fait malheureusement un érysipèle carabiné, qui avait des antécédents d'érysipèle à répétition, qui avait eu plusieurs chirurgies

au niveau de la jambe, tout ça. Donc cette patiente, qui était connue mondialement. Je me suis retrouvé à devoir la transférer à Chicago.

EIDE : (rires)

IDE : Donc faire un transfert dans l'hôpital du coin, avec... Pour prévoir les ambulances et tout, ça il y a pas de problème. Par contre, gérer un transfert pour Chicago, c'était une autre affaire quoi. Heureusement, les assurances prenaient quand même pas mal de choses en charge et organisaient pas mal de trucs mais... A la fin du transfert j'étais content de tout ce qu'on avait réussi à faire et je me suis retrouvé à devoir expliquer l'ordonnance des traitements au médecin qui allait prendre l'avion avec la patiente qui organisait le transfert. Et bein j'ai réussi du début à la fin. Le seul mot sur lequel il a tiqué, c'est "paracétamol", parce que j'avais pas mis le bon accent sûrement.

EIDE : Ah oui !

IDE : Mais... Mais voilà, bah ça, ça fait les pieds un petit peu quand on doit expliquer à un médecin la prescription de la soignante... De la patiente, pour son transfert, lui donner le matériel nécessaire et tout ça, ça c'était quelque chose d'assez... D'assez cocasse. C'est assez stressant sur le moment mais assez cocasse quand même.

EIDE : Mais du coup la patiente comprenait ce qu'il se passait ? Fin la situation ?

IDE : Ah oui oui oui ! Elle était complètement au clair, elle était très présente mais c'est une musicienne mondialement connue donc il y avait en plus de tout ça ses avocats à gérer...

EIDE : Ah oui !

IDE : Sa mutuelle, son assurance, son mari heureusement, qui était là, qui pouvait gérer le côté relationnel mais à côté, ouais c'est... Quand tu vois un médecin débouler du bout du couloir en tenue de cosmonaute parce qu'il prend l'avion pour ramener la patiente qui va avoir huit, dix, douze heures de vol, avec toute la prescription... Même nos médecins, à côté, elle était là... Mais j'ai jamais fait ça, comment est-ce que je vais faire tout ça quoi ? C'était pas cool de leur part de me laisser expliquer l'ordonnance.

EIDE : (rire)

IDE : J'étais parti manger, franchement ! Je l'ai eu un peu mauvaise !

EIDE : T'as d'autres choses à ajouter ?

IDE : Oh celle là c'était déjà pas mal hein !

EIDE : Oui ! (rires)

IDE : Je pense qu'une expérience comme ça, tu ne vas pas en avoir dix milles sur le CHU ! Transfert Rennes-Chicago, c'était pas mal !

EIDE : (rires). Du coup je te remercie d'avoir consacré du temps pour cet entretien. Donc je te garanti de nouveau que l'anonymat sera conservé et que cet enregistrement que pour... Que pour euh... Mon mémoire !

- *Entretien 2*

EIDE : Alors... Bonjour, je suis Angelina Thomas, étudiante infirmière de troisième année et dans le cadre de mon mémoire, je dois m'entretenir avec des infirmiers autour de la communication entre l'infirmier et le patient étranger. Cet entretien durera environ vingt minutes. Notre discussion sera enregistrée mais l'anonymat sera assuré. Es-tu d'accord ?

IDE : Oui, pas de soucis.

EIDE : Alors, tout d'abord, je vais te demander de te présenter donc ton âge, depuis quand tu es diplômée et ton parcours.

IDE : Ok, alors moi je m'appelle Lisa, j'ai 22 ans et je suis diplômée depuis juillet dernier, juillet 2020 du coup.

EIDE : Et du coup ton parcours ?

IDE : Mon parcours... Alors mon parcours, il est assez simple étant donné que je suis diplômée depuis pas longtemps. En fait, j'ai directement eu le poste en unité d'admissions en psychiatrie, là où je voulais aller en fait, pas loin d'Angers. Voilà. Et depuis j'y suis depuis mon diplôme donc depuis juillet.

EIDE : D'accord. Et durant ta formation, tu as fait quels stages ?

IDE : Oula ! Alors, en première année, j'ai fait EHPAD, psychiatrie, crèche. Donc c'était pas très technique pour le coup. En deuxième année, j'ai fait urgences, après j'ai fait chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire et, j'ai fini par un autre EHPAD. Et, en troisième année... En troisième année j'ai fait de la cardio, de la médecine cardio, cardio-pneumo. J'ai fais quoi d'autre ? Je sais plus... Ah, de l'USLD mais pas beaucoup parce qu'avec la crise, on a été beaucoup coupé. Au final, j'ai dû faire deux semaines de stage. Et en dernier j'ai fait de la psychiatrie, en stage pré-pro.

EIDE : D'accord.

IDE : Dans une unité d'admissions aussi.

EIDE : D'accord. Donc on va commencer par le prendre soin. Quelle est ta définition du prendre soin ?

IDE : Ok. Oula. Alors, prendre soin. Prendre soin, donc prendre soin de ton patient c'est prendre soin de différentes formes en fait. T'as le prendre soin "au terme du soin technique", donc de faire tous les actes entre "infirmiers", donc t'as ce prendre soin là. T'as le prendre soin entre guillemets. T'as le prendre soin de son physique et le prendre soin de son psychologique, si je résume. Moi du coup en psychiatrie, il y a beaucoup plus de prendre soin psychologique que de prendre soin physique au final. J'ai beaucoup plus, dans le prendre soin physique, ça serait peut-être plus des pansements si jamais il y a des scarifications, des choses comme ça ou des traitements. Globalement. Il y a peu de prendre soin physique. Bon, après tu as toujours du physique, où tu vérifies les effets indésirables des traitements, s'il y a de la constipation, des machins, des trucs mais c'est pas... C'est pas des gros actes techniques comme on dit en tant qu'infirmier. Et, le prendre soin psychologique, là pour le coup, il y a une grosse, grosse partie de mon travail là-dessus. Donc c'est "faire en sorte" que la personne... Alors j'aime pas dire "aille bien" parce que, globalement en psychiatrie, ils vont rarement bien, mais faire en sorte qu'il soit "au maximum" de ses capacités, au mieux de ce qu'il peut être, si tu veux. Donc, c'est stabiliser la maladie, c'est essayer de faire au maximum de l'autonomie de la personne... Tu vois, c'est tout ça. Le prendre soin c'est global et puis après, t'as un prendre soin qu'on pourrait appliquer pas forcément que au métier d'infirmière mais aussi à prendre soin d'une personne en général donc c'est-à-dire être attentive, être bienveillante, être douce, tout ça. Toute la... Toute la partie... Être "attentionnée", tu vois ?

EIDE : Oui, tout le savoir-être.

IDE : Voilà, c'est ça, tout le savoir-être ! Donc ouais, je dirai que c'est ça, globalement t'as tout le prendre soin de son corps et puis prendre soin de son esprit et puis, prendre soin de la personne en général, avec le savoir-être et "être agréable" avec la personne quoi.

EIDE : Et donc à ton avis, quels peuvent être les obstacles à un prendre soin optimal ?

IDE : Et bein, il y a beaucoup d'obstacles ! Alors toi dans ton sujet, la langue, c'est vrai que c'est un problème parce que... Fin c'est un problème sans l'être, il y peut rien le patient mais c'est vrai que pour prendre soin d'une personne, notamment moi en psychiatrie, le souci c'est qu'on est beaucoup dans la communication, globalement. Et quand tu comprends pas ce que la personne elle te dit, ou qu'il ou elle ne comprend pas ce que toi tu veux lui dire, c'est vrai que c'est pas très simple ! Donc... Moi par exemple, si on a du mal à communiquer avec un patient en psychiatrie, rien que lui expliquer le mode de placement, bah c'est galère !

EIDE : Oui !

IDE : Moi j'ai eu ça avec un patient qui était en isolement là récemment, alors je sais même plus trop de quelle origine il parlait... Je sais qu'il parlait très bien arabe mais il parlait aussi un autre dialecte que même les gens qui parlent l'arabe "courant" n'arrivent pas à parler et là, on galère parce que c'était un immigré qui parlait pas français, quasiment pas, fin trois mots, merci et bonjour quoi. Et globalement, on a eu beaucoup de mal parce que l'isolement, il le voulait pas du tout, il comprenait pas du tout pourquoi il était en isolement et du coup il a réagit de manière très violente à ça parce que forcément, t'arrive, tu comprends pas ce qu'il t'arrive, t'as du mal à communiquer avec la personne et en plus tu te retrouve enfermé dans une pièce si tu veux, ça te plais pas quoi.

EIDE : Bah oui c'est sûr, oui !

IDE : Ce qui s'entend complètement. Donc on a fini par réussir à trouver un traducteur qui a réussi à lui expliquer deux, trois trucs mais, on était beaucoup quand même dans la pièce avec lui parce qu'il était quand même très violent donc le traducteur fallait pas...

EIDE : Qu'il soit seul !

IDE : Tu vois qu'il soit en danger non plus ! Donc ça a apaisé un peu les choses et puis on s'est aidé de la famille. Mais c'est vrai que ouais, il y a plusieurs choses qui peuvent empêcher le prendre soin. Donc, la langue c'est vrai que c'est une vraie barrière... Il y a le manque de famille aussi. Chez nous, ça peut être compliqué parce que nous, en psychiatrie, on se base beaucoup sur le regard des proches aussi pour savoir "l'état basal" de la personne. Donc quand t'as quelqu'un en face, où tu sais pas... Ou qui a jamais été hospité, et où tu sais pas vraiment où il se situe au niveau "du mieux de sa forme", bah c'est pas simple d'évaluer. Donc ça c'est pas facile et puis, nous on a cette histoire... Alors je sais pas, ça va peut-être sortir de ton sujet mais tout ce qui est hospitalisation sous contrainte, globalement, ça empêche un peu le prendre soin parce qu'ils nous disent "vous dites que vous prenez soin de moi mais vous me forcez à quelque chose que je veux pas faire"

EIDE : Oui...

IDE : Donc, tout ce qui est notion de consentement, t'as pas ça spécialement dans des services de médecine mais tu peux l'avoir en psychiatrie et ça peut poser pas mal de problèmes...

EIDE : Oui...

IDE : ...Dans le prendre soin. Après, j'essaie de penser à d'autres trucs... Mais euh... Oui, le refus de soin aussi ! Les gens qui, globalement, vont refuser le soin même s'ils ne sont pas sous contrainte, ça peut poser problème pour prendre soin d'eux. Puis les gens qui veulent, ouais, pas du tout communiquer avec toi

EIDE : Oui... C'est compliqué

IDE : Parce que même s'ils parlent la même langue que toi, il y en a qui ont décidé qu'ils ne veulent pas te parler, ils ne veulent pas te parler. On a eu le cas d'un patient qui était catatonique il y a pas longtemps... Euh, la catatonie, je sais pas si tu connais... ?

EIDE : Si, oui, je vois ce que c'est.

IDE : Voilà, lui clairement, il voulait pas donc tu peux tenter tout ce que tu veux, il ne veut pas t'adresser la parole, il ne veut pas bouger, il ne veut pas... Parce que tu vois, dans la catatonie, il y a une partie de la pathologie mais c'est un peu conscient quand même, tu vois ? Et donc là, ça pose pas

mal de problèmes pour prendre soin de la personne parce que la personne ne veut pas que tu prennes soin d'elle donc par définition, elle te renvoie tout ton prendre soin dans la tête donc c'est pas très simple... Voilà, et puis les gens qui ont vraiment aucun insight de leur maladie, aucune conscience de leur pathologie c'est pas simple non plus parce que du coup, tu veux prendre soin d'eux mais pour eux, il n'y a pas de problème. S'il n'y a pas de problème, il n'y a rien à soigner donc pourquoi tu veux me soigner alors que j'ai pas de problème ? Tu vois... Donc globalement en psychiatrie, l'obstacle du prendre soin t'en as beaucoup.

EIDE : Oui...

IDE : Donc là je te cite quelques exemples "probants" et qui peuvent s'appliquer à d'autres spécialités mais ouais, t'as beaucoup, beaucoup d'obstacles... Et puis le physique aussi, quand tu peux plus vraiment... Alors quand on disait au niveau du prendre soin physique, il y a des patients pour lesquels "on laisse"... Tu peux plus les aider physiquement et quand tu peux plus les aider physiquement... Bah là t'as un obstacle dans le prendre soin aussi, qui n'est pas, ni de ton fait, ni du fait du patient... T'as pas les "moyens médicaux" pour le faire et ça, c'est problématique aussi... Voilà globalement, je pense que j'ai cité déjà pas mal de trucs...

EIDE : Oui voilà, je pense que t'as fais le tour du prendre soin

IDE : Voilà.

EIDE : Maintenant on va passer au patient étranger, donc est-ce que tu rencontres souvent des patients étrangers dans ton service ou même durant tes stages ? Est-ce que t'en as rencontré beaucoup ?

IDE : Alors, durant mes stages j'en ai rencontré plusieurs et là, depuis que je bosse en psychiatrie... Alors moi j'ai un service... Un service qui... Tu sais, ça fonctionne par secteur la psychiatrie et moi, j'ai un secteur d'un quartier... D'un quartier un peu chaud à Angers mais du coup tu vois, il y a beaucoup d'HLM, de trucs comme ça donc t'as "beaucoup de logements sociaux" donc t'as beaucoup de personnes étrangères et là, du coup, on a beaucoup de population maghrébine...

EIDE : Oui

IDE : ... Dans les patients. Alors t'en as qui sont en France depuis plus longtemps que d'autres. J'ai eu des migrants aussi dont je me suis occupée. Alors là, on en a eu un ou deux en psychiatrie mais sinon au niveau de mes stages, j'en ai eu plusieurs dont des qui ne parlaient pas un mot de français et là pour le coup... Et qui ne parlent pas anglais non plus donc là, tu patauges un peu dans la semoule et après, j'avais eu un patient... Alors je ne sais plus c'était quelle origine exactement... Un truc style... Style polonais... Fin tu sais, les pays du Nord là... Avec beaucoup de Z et de Y dans les prénoms...

EIDE : Oui, les pays de l'Est...

IDE : ...Les noms de famille (rire), ouais les pays du Nord, de l'Est, dans ces eaux là et là pour le coup c'est pareil, c'est une langue que tu comprends pas du tout quoi...

EIDE : Ouais, c'est compliqué...

IDE : Donc quand t'as l'anglais sur lequel te rattacher, même si bon... On va pas se mentir, les études d'infirmière nous font pas avoir un niveau excellent en anglais mais ça te permet d'avoir les bases... Déjà là, tu galères un peu, mais alors... Franchement, quand ils parlent ni français, ni anglais, là tu patauges dans la semoule quoi. Vraiment, là tu galères et du coup, on passait beaucoup par les images, au final.

EIDE : Oui.

IDE : Ca, ça nous a aidé un petit peu mais... Ouais, si, j'en ai rencontré pas mal au final quand je regarde. Parce que moi j'ai fait mes études à Fougères et à Fougères, il y avait une population de gens du voyage et une population de migrants à un certain moment. Donc au final, on a eu pas mal... Dans mes stages, j'ai eu pas mal de patients étrangers.

EIDE : Étrangers, ouais... Quel est ton ressenti lors de ces rencontres ?

IDE : Alors, ça dépend quelles rencontres (rires). Mais il y a des rencontres ouais... Franchement je dirais le premier ressenti c'était compliqué quand même. Globalement... Globalement, c'est pas facile et tu te sens un peu impuissant à certains moments parce que t'as envie d'aider, t'as envie d'être présent et d'un côté, t'es présent par ta personne, par ton corps mais dans ta parole, t'es très très vite bloquée et je trouve que du coup, dans le soin, c'est vraiment pas simple... Que ça soit un

soin technique ou un soin relationnel, globalement... Si c'est même une prise de sang tu vois, un acte tout simple... Bah quand tu veux faire une prise de sang et que tu peux pas...

EIDE : ... L'expliquer...

IDE : ...Parler avec la personne ou expliquer ce que tu veux faire, bah c'est pas facile. Surtout quand t'as des patients qui en plus ont pas l'habitude d'être beaucoup pris en soin... Parce que les patients, les migrants, les autres choses comme ça, ils viennent des fois de pays où globalement, ils sont pas rendus souvent chez le médecin quoi...

EIDE : Oui...

IDE : Donc ils ont pas forcément l'habitude des actes techniques, des choses comme ça et du coup, ça peut être hyper impressionnant. Nous, on en avait un qui avait dû faire un scanner, il avait jamais vu de scanner de sa vie, t'imagines le truc ?

EIDE : Oui, c'est impressionnant !

IDE : Bah, ouais quand tu sais pas à quoi ressemble un scanner et que tu te retrouves à devoir faire un scanner total, là où t'es enfermé dans le machin euh... Tu vois ? Petit coup de stress quand même ! Donc quand tu peux pas trop communiquer avec la personne c'est pas simple de rassurer.

EIDE : Et quelles émotions as-tu pu percevoir chez ces patients ?

IDE : Alors... Des fois, t'as un peu d'angoisse... Bah là je te dis, l'histoire du scanner c'est un bon exemple. Des fois, t'as un peu d'angoisse, des fois t'as un peu de détresse où ils te regardent en mode "mais comprends moi !" et tu ne le comprends pas et puis, après des fois t'as aussi de la bienveillance parce que tu vois qu'ils comprennent que tu veux faire des choses gentiment mais que t'y arrives... Fin que tu comprends pas... Mais moi je sais que je suis quelqu'un qui travaille beaucoup avec le toucher. Alors, ça c'est pareil, selon les cultures tu peux pas toujours parce que ça, ça avec ton sujet aussi. Le patient allophone va aussi des fois avec culture différente et ça, des fois, le toucher tu peux pas le faire avec tout le monde quoi.

EIDE : Oui.

IDE : Tu vois mais ça t'aide des fois. Quelqu'un qui va prendre ta main doucement, tu vas sentir qu'il y a de la bienveillance derrière...

EIDE : Oui, ça rassure.

IDE : Tu vas te sentir un peu moins agressé quoi. Mais c'est pareil... Moi c'est pareil en psychiatrie, j'ai un peu de mal. Le toucher tu peux pas le faire avec tout le monde quoi. T'as beaucoup de patients notamment psychotiques où le toucher c'est une énorme intrusion pour eux ou les patients autistes aussi qui peuvent avoir du mal. Donc le toucher, t'y vas avec parcimonie, tu vois. Tu fais attention quand même parce que tu peux vite te prendre un poing parce que ça leur plait pas, donc t'y vas doucement... Ouais, en sentiment... De l'inquiétude, que ce soit pour moi ou pour eux, où t'es un peu inquiète de te dire "comment je vais gérer ça ?"

EIDE : Oui, aussi eux "qu'est ce qu'il va m'arriver ?"

IDE : Ouais eux, ouais comment... Comment est-ce qu'on va faire ?... Puis même, au niveau d'un diagnostic ou quoi que ce soit, ils sont bien embêtés parce que des fois, un diagnostic, évoquer un diagnostic avec quelqu'un qui parle pas la langue...

EIDE : Bah c'est dur !

IDE : C'est pas simple tu vois ! Des fois, ils sont là, ils font une batterie d'exams et d'un côté, ils font des exams, ils savent pas pourquoi ils les font tu vois ? Donc même au niveau médical, alors que ça soit infirmier, aide-soignant ou même le médecin, des fois ils sont bloqués dans la communication. Ouais, de l'inquiétude, ouais de la peur un petit peu, de l'appréhension, tout ça quoi. C'est rarement des sentiments positifs globalement.

EIDE : Oui, oui c'est sûr...

IDE : Tu paniques un peu quoi.

EIDE : On va passer à la communication. Quelle est ta définition de la communication ?

IDE : Alors, la communication pour moi, c'est la manière de transmettre une information. En fait, que toi t'émettes une information et que l'autre elle "la reçoit". Du coup, la communication pour moi c'est ça. C'est la... C'est le fait de transmettre une information et que l'autre arrive à la recevoir quoi.

EIDE : Donc je vais faire un petit rappel de la définition.

IDE : Ouais.

EIDE : C'est un processus d'échange d'informations reposant sur les bases relationnelles, établies entre individus, entre l'individu et son milieu ambiant. Donc c'est à peu près ce que t'as dit.

IDE : Ouais, globalement.

EIDE : Et, je vais te demander aussi ta définition sur le consentement au soin.

IDE : Pour moi, le consentement au soin c'est que la personne soit d'accord avec les soins que tu vas lui procurer. Globalement. C'est ça.

EIDE : Et du coup, ma définition du consentement au soin c'est une action de donner son accord à une action, à un projet. Donc il y a deux types de consentement : le consentement libre. Le patient va donner son accord sans contrainte et le consentement sans... Le consentement éclairé. Donc le patient va donner son accord en ayant été informé des bénéfices et des risques liés aux traitements et/ou des soins envisagés avec des conséquences éventuelles.

IDE : Ouais.

EIDE : Alors, que penses-tu de l'accès au droit à l'information du patient étranger ?

IDE : Il a le droit d'être informé tout comme les autres, le souci c'est que des fois on a du mal à se faire comprendre pour qu'il soit informé, tu vois ? Parce que des fois, on a des plaquettes qui vont être en français, qui peuvent être en anglais et tout mais globalement, t'as déjà vu dans un hôpital une plaquette en arabe ?

EIDE : Non.

IDE : Bah non tu vois. Ou une plaquette en... Alors moi c'était un dialecte africain que j'avais eu une fois... Globalement, t'as jamais ces trucs là traduits dans toutes les langues, il y a que les catalogues Ikea qui sont traduits dans toutes les langues, tu vois ? (Rires). Les trucs, tout ce qui est médical, globalement c'est pas simple. Donc franchement, le consentement éclairé pour moi, c'est pas forcément le plus simple pour des patients allophones.

EIDE : Comment fais-tu pour instaurer un climat de confiance avec le patient étranger ?

IDE : Alors moi je trouve qu'il y a beaucoup de choses qui passent par... Alors moi je sais que c'est dans mon attitude déjà, j'essaie d'être vraiment bienveillante. Je trouve que ça c'est vraiment un mot qui est important dans le métier.

EIDE : Notamment en psychiatrie.

IDE : Déjà je souris. Globalement, quelqu'un qui sourit, sauf dans certaines cultures mais globalement, quelqu'un qui sourit ça va jamais être vraiment mal interprété. Bon, évidemment tu sors pas ton sourire de psychopathe mais...

EIDE : Oui, un sourire bienveillant.

IDE : Voilà ! Si tu sors ton petit sourire bienveillant, que t'es douce dans les paroles... Alors nous on fait vachement attention en psychiatrie à communiquer et ça c'est quelque chose qu'on nous dit beaucoup à l'IFSI aussi, j'imagine qu'on vous l'a dit, c'est communiquer à la hauteur de la personne.

EIDE : Oui.

IDE : J'essaie, moi souvent... Alors il y a des infirmières dans certains services somatiques qui font "Ouh là tu peux pas faire ça" mais nous je sais en psychiatrie, si c'est pas trop ça, on essaye quand le patient est sur son lit assis, de s'asseoir à côté ou prendre une chaise, tu vois ?

EIDE : Oui, se mettre à sa hauteur...

IDE : Ouais, de se mettre à sa hauteur. Je sais que je fais attention à ça parce que cette position haute là, elle peut être impressionnante surtout, d'autant plus si la personne comprend pas ta langue. T'es assis sur ton lit ou sur une chaise, un truc, t'as la personne vachement plus grande que toi, qui te

regarde, qui te parle... Avec l'intonation douce aussi c'est important, même si dans certaines langues c'est vrai que l'intonation peut être un peu plus forte... Essayer d'avoir une intonation plutôt douce, globalement ça te permet de montrer que t'es douce et que t'es bienveillante. Donc déjà ce positionnement là, que ça soit au niveau de la hauteur ou tu "t'assoies" pour être à la hauteur de la personne... Le sourire... C'est pareil, ne pas faire de gestes brusques...

EIDE : Oui... Ça peut faire peur...

IDE : Parce que des fois quand tu fais des actes techniques, t'es dans ton truc, t'as l'habitude, tu sers ton garrot vite fait, tu fais tout... Sauf qu'il faut y aller molo parce qu'il faut savoir, en face la personne sait pas forcément ce que tu veux faire. Donc souvent, moi je montre... Les fois où je me suis retrouvée face à des patients qui... Ou avec lesquels on se comprenait pas, je montrais par exemple le garrot et je leur montrais le geste avant de le faire sur un bras, tu vois ?

EIDE : Oui je vois, oui.

IDE : Je leur disais "je vais serrer", tu vois et tu montres avec tes mains que tu vas serrer... J'essayais de faire comme ça... Donc ouais, la posture. Déjà la posture elle est hyper importante comme je te disais... La communication du coup, que ce soit dans la voix. Ne pas parler trop fort non plus parce que ça c'est pareil, dans les services, on a tellement l'habitude d'avoir des personnes âgées des fois qu'on parle super fort.

EIDE : Oui ! (Rires)

IDE : Et, et des fois moi j'ai des patients qui me regardent et qui me disent "mais je suis pas sourd !". Et t'es là "oui c'est vrai, c'est vrai, c'est vrai..." (rires). Moi en psychiatrie, j'ai appris à beaucoup descendre de ton parce que, quand t'as fais beaucoup d'EHPAD avant, si tu veux, tu pars du principe qu'ils sont tous sourds et qu'ils t'entendent pas donc tu parles fort mais il y a certaines personnes qui peuvent vivre ça de manière assez agressive...

EIDE : Oui...

IDE : ...Donc parler de manière assez douce mais quand même où on t'entend, avec ouais, le timbre de voix, le sourire, la douceur dans la voix, expliquer les choses, faire pas trop de gestes brusques...

En fait, toute ta communication du coup, pour ces patients là va passer par la communication non verbale plus que verbale. Donc par ton attitude, ton intonation, tout ça.

EIDE : Et, quels moyens as-tu pu mettre en place pour faciliter la communication avec le patient étranger ?

IDE : Alors du coup, comme je te disais tout à l'heure, en fait, il y avait un service... Alors je me rappelle plus si c'était en SSR... Ah oui, j'ai fais du SSR aussi, je t'ai pas dit, j'avais fais un stage de rattrapage pour les urgences que j'avais foiré mais du coup, j'ai fais du SSR., où j'avais eu un patient allophone aussi. En fait, on avait... Enfin, moi je... En initiative dans mon stage, je m'étais proposé de faire des petites... Tu sais, des petites images...

EIDE : Oui !

IDE : Des petites images comme ça, où on avait écrit... Où on avait écrit le mot... Alors là je sais plus c'était quelle langue le monsieur... On avait réussi à comprendre la langue qu'il parlait et du coup, j'avais mis l'image avec mon mot en français et le mot dans...

EIDE : Dans sa langue.

IDE : Tu sais, avec Google traduction et tout. T'essayes d'avoir des trucs. Alors, je sais que Google traduction des fois, t'as des trucs pas ouf mais bon, ça peut te permettre quand même de... Si tu fais du mot à mot, ça fonctionne, tu vois ? Donc, on avait fait comme ça donc, j'avais utilisé des petites images, ça je m'en étais servie... Après, comment on avait fait ?... Donc on était passé par des interprètes par moment, donc je sais qu'en psychiatrie, on en a pas mal puis j'ai la chance d'être à côté d'une grande ville donc des interprètes on en trouve assez facilement.

EIDE : Oui...

IDE : Et ça, c'est un vrai, vrai point fort. On se sert de la famille par moment même si avec le COVID là, en ce moment, c'est un peu galère mais la famille permet aussi de bien aider sur ça et permet aussi, pareil, de te donner les mœurs de la...

EIDE : Oui, de leur culture.

IDE : ...De leur culture. Ca te permet aussi de t'aider parce que des fois, par exemple, là j'ai une famille de djiboutiens dans mon stage en ce moment et en fait, t'as la fille qui est hospitalisée, elle parle français mais sa mère parle pas français, son père parle un peu français et du coup, quand il y a des décisions, parce vu qu'elle est très jeune, les décisions sont prises un peu avec la famille parce que qu'elle vit encore chez ses parents, tout ça. Ça permet par exemple, que elle, elle traduise à sa famille ou alors que le père traduise. Alors, nous des fois en psychiatrie, on évite que ça soit le patient qui traduise parce que des fois, les patients traduisent ce qu'ils ont envie de traduire.

EIDE : Oui.

IDE : Et ça, en psychiatrie c'est pas cool donc du coup, on essaye globalement que ce soit un tiers mais un peu éloigné qui traduise ou alors, éventuellement un traducteur qu'on peut avoir. Un interprète qu'on peut avoir. Donc ouais, il y a ça comme outils... Je sais que dans un des services que j'avais, je crois que c'était en cardio, en chirurgie cardiaque, ils avaient fait des petits... Tu sais des espèces de petits trucs qui t'expliquaient l'opération. Ils avaient fait ça mais en trois langues différentes je crois.

EIDE : Ah oui ! Tu veux dire un... Comme un dépliant un peu ?

IDE : Ouais ! Un petit peu, un dépliant de... Je crois qu'ils avaient ça pour des anticoagulants et pour une des opérations les plus courantes style remplacement de valve ou un truc comme ça.

EIDE : D'accord.

IDE : Qui expliquait en fait, t'avais des images et ça expliquait un peu en... Ils avaient trois langues je crois. Bon déjà, il y avait français, anglais et puis une autre langue, je sais plus ce que c'était. Ce qui te permettait quand même d'avoir un outil fiable, traduit de manière fiable mais... Qui pouvait leur expliquer la... Les interventions. Et qu'est-ce qu'on avait utilisé d'autre ?... Qu'est-ce qu'on avait utilisé d'autre ?... Ouais, c'est beaucoup par image en fait, donc on avait fait ces petites images avec le traducteur et après, on... Après c'était juste avec des images assemblées les unes après les autres et ça voulait former une phrase, tu vois ?

EIDE : Oui je vois, oui.

IDE : C'était des choses comme ça donc les images, c'est qu'on s'en servait pas mal. Globalement, c'était ça. Après il y a des téléphones aussi. On s'est déjà servi de ça aussi. Je sais qu'il y avait un

médecin une fois qui voulait traduire quelque chose à un patient et qui s'était servi de son téléphone pour, tu sais des applications style Reverso, machin, pour traduire, bon avec une voix un peu robotique mais pour traduire la chose à la personne à l'oral et puis comme ça, il avait l'écrit en dessous.

EIDE : Oui c'est pas mal oui.

IDE : C'est pratique aussi. Mais voilà, globalement, ça se limite un peu. On n'a pas mille et un... Mille et un outils.

EIDE : Mais c'est déjà pas mal ce que t'utilises quoi.

IDE : Voilà.

EIDE : Est-ce que tu souhaites ajouter d'autres informations ou des anecdotes autour de ce sujet ?

IDE : ... Je sais pas, là je t'en ai déjà donné quelques unes mais... Là j'ai rien, je pense qui pourrait t'intéresser plus que ça. Moi je te dis, c'est pas mal d'anecdotes de psychiatrie donc c'est assez spécifique au final donc...Voilà pour moi.

EIDE : Je te remercie d'avoir accepté... D'avoir consacré du temps pour cet entretien. Donc je te garantie de nouveau que cet entretien sera anonyme et qu'il sera utilisé que pour... Que pour mon entretien... Que pour mon mémoire, pardon.

IDE : Oui, pas de soucis, t'inquiète pas.

Annexe IV : Tableaux d'analyse

Sujet de recherche : L'influence de la langue dans la communication soignant/soigné dans le prendre soin entrepris par l'infirmière

Question de départ : Dans le prendre soin d'un patient étranger, en quoi la barrière de la langue impacte la communication soignant/soigné ?

Thème de la question : Définir le concept du prendre soin

Objectif d'analyse : Comprendre la perception du concept du prendre soin par l'infirmier

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Projet de soin	Besoins fondamentaux	<ul style="list-style-type: none"> - Le prendre soin c'est s'occuper d'une personne. Voir la personne de la tête aux pieds, voir ses besoins. On pense à Virginia Henderson forcément et puis mettre en place des soins pour s'occuper de ses besoins, que ce soient des soins médicamenteux, des soins de nursing, des soins d'hygiène...
	Optimiser	<ul style="list-style-type: none"> - Donc c'est "faire en sorte" que la personne... (...) mais faire en sorte qu'il soit "au maximum" de ses capacités, au mieux de ce qu'il peut être, si tu veux. Donc, c'est stabiliser la maladie, c'est essayer de faire au maximum de l'autonomie de la personne
	Globalité de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre soin, donc prendre soin de ton patient c'est prendre soin de différentes formes en fait - T'as le prendre soin de son physique et le prendre soin de son psychologique - Le prendre soin c'est global - Globalement t'as tout le prendre soin de son corps et puis prendre soin de son esprit et puis, prendre soin de la personne en général - Il faut pas oublier que dans les besoins de Virginia Henderson, il y a le côté physique mais il y a aussi le côté psychologique. Donc prendre en soin c'est prendre en charge ces deux aspects de la personne donc prendre en soin c'est prendre en charge ces deux aspects de la personne, sur le côté physique avec ses pathologies physiques, médicales, chirurgicales et aussi tout le côté relationnel derrière avec

		<p>aussi possiblement les pathologies psychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre en soin c'est la globalité de ces choses là.
Savoir-être	Valeurs soignantes	<ul style="list-style-type: none"> - (...) t'as un prendre soin qu'on pourrait appliquer pas forcément que au métier d'infirmière mais aussi à prendre soin d'une personne en général donc c'est-à-dire être attentive, être bienveillante, être douce - Être à l'écoute du patient parce qu'on prend en soin. - C'est ça, tout le savoir-être ! - Avec le savoir-être et "être agréable" avec la personne

Thème de la question : Définir les obstacles du prendre soin

Objectif d'analyse : Repérer les facteurs pouvant impacter le prendre soin

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Communication	Incompréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Forcément on va revenir sur les difficultés de communication du patient (...) Un patient qu'on arrive pas à comprendre, soit parce que l'élocution est difficile, de part sa pathologie, soit parce qu'il parle une langue étrangère à la nôtre - La langue c'est vrai que c'est un problème - C'est vrai que pour prendre soin d'une personne, notamment moi en psychiatrie, le soucis c'est qu'on est beaucoup dans la communication (...) quand tu comprends pas (...) ou qu'il ne comprend pas ce que tu veux dire (...) c'est pas très simple ! - J'ai eu ça avec un patient qui était en isolement là récemment (...) On a eu beaucoup de mal parce que l'isolement, il le voulait pas du tout, il comprenait pas du tout pourquoi il était en isolement et du coup, il a réagit de manière très violente - La langue c'est vrai que c'est une vraie barrière
	Aphasie	<ul style="list-style-type: none"> - Forcément on va revenir sur les difficultés de communication du patient, que ce soit un patient qui ne parle pas (...) soit parce qu'il n'est pas en capacité aussi de parler.

		- On peut avoir un patient dément , avec qui on a du mal à communiquer
	État de conscience	- Des gens avec qui on a du mal à communiquer parce qu'ils ne sont pas conscients ou alors parce qu'ils ne sont pas assez conscients pour pouvoir nous répondre.
	Mutisme	- Puis les gens qui veulent pas du tout communiquer avec toi. Parce que même s'ils parlent la même langue que toi, il y en a qui ont décidé qu'ils ne veulent pas te parler
Pathologie psychiatrique	Insight (ou anosognosie)	- Et puis les gens qui ont vraiment aucun insight de leur maladie , aucune conscience de leur pathologie c'est pas simple non plus parce que du coup, tu veux prendre soin d'eux mais pour eux, il n'y a pas de problème. S'il n'y a pas de problème, il n'y a rien à soigner
Ressources	L'absence d'entourage	- On se base beaucoup sur le regard des proches aussi pour savoir "l'état basal" de la personne (...) où tu sais pas vraiment où il se situe au niveau "du mieux de sa forme", c'est pas simple d'évaluer
L'hospitalisation	Consentement	- Donc tout ce qui est notion de consentement
	Refus de soin	- Les gens qui, globalement, vont refuser le soin même s'ils ne sont pas sous contrainte, ça peut poser problème pour prendre soin d'eux
	Mode d'hospitalisation	- Mais tout ce qui est hospitalisation sous contrainte , ça empêche un peu le prendre soin parce qu'ils nous disent "vous dites que vous prenez soin de moi mais vous me forcez à quelque chose que je veux pas faire "

Thème de la question : Rencontrez-vous régulièrement des patients étrangers dans votre service ?

Objectif d'analyse : Repérer les populations les plus accueillies en hospitalisation, leur fréquence et les premières difficultés rencontrées

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Population	Anglophone	<ul style="list-style-type: none"> - Quelques patients d'origine anglaise parce qu'il y a une petite communauté anglaise pas très loin - Une patiente américaine, celle là je m'en souviendrais
	Pays de l'est	<ul style="list-style-type: none"> - Des patients originaires des pays de l'Est, parce qu'il y a la communauté géorgienne de Rennes qui est assez importante - Les pays du Nord, de l'Est
	Africaine	<ul style="list-style-type: none"> - On a eu des patients originaires d'Afrique, pas mal - Ca fonctionne par secteur la psychiatrie et moi, j'ai un secteur d'un quartier... (...) il y a beaucoup d'HLM,(...) donc t'as beaucoup de personnes étrangères et là, du coup, on a beaucoup de population maghrébine
	Diversifiée	<ul style="list-style-type: none"> - On a vu des gens de partout - J'ai eu des migrants aussi dont je me suis occupée. Alors là, on en a eu un ou deux en psychiatrie - J'ai fais mes études à Fougères et à Fougères, il y avait une population de gens du voyage et une population de migrants à un certain moment - Dans mes stages, j'ai eu pas mal de patients étrangers
Séjour	Durée	<ul style="list-style-type: none"> - Alors t'en as qui sont en France depuis plus longtemps que d'autres
Difficultés	Barrière linguistique	<ul style="list-style-type: none"> - J'en ai eu plusieurs dont des qui ne parlaient pas un mot de français - Et qui ne parlent pas anglais non plus - C'est une langue que tu ne comprends pas du tout
	Apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> - Les études d'infirmières nous font pas avoir pas avoir un niveau excellent en anglais mais ça te permet d'avoir les bases - On connaît tous les bases d'une langue, généralement

		l'anglais, l'espagnol, l'allemand mais à l'école, on apprend que la base et on apprend pas les termes spécifiques à notre métier
--	--	--

Thème de la question : Connaître le ressenti de l'IDE lors de sa rencontre avec un patient d'origine étrangère

Objectif d'analyse : Comprendre les émotions du soignant

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Mécanismes d'adaptation	Stress	<ul style="list-style-type: none"> - Le premier ressenti c'était compliqué quand même - Quand on prend les transmissions de notre collègue et qu'elle nous dit que le patient est de tel ou tel pays, la première question c'est "est-ce qu'il parle français ?" parce qu'on sait très bien que ça va poser des difficultés derrière - Évoquer un diagnostic avec quelqu'un qui ne parle pas la langue...
	Anticipation	<ul style="list-style-type: none"> - Quand on nous dit "il ne parle pas du tout français", on cherche directement à savoir s'il y a de la famille qui est présente ou s'il y a de la famille qui peut répondre au téléphone ou qui parle français pour pouvoir traduire
Emotions	Rassurance	<ul style="list-style-type: none"> - Quand la réponse c'est "oui il parle un peu français, il comprend bien", déjà ça nous rassure
	Impuissance	<ul style="list-style-type: none"> - Tu te sens un peu impuissant à certains moments parce que t'as envie d'aider, t'as envie d'être présent et d'un côté, t'es présent par ta personne, par ton corps mais dans ta parole, t'es très très vite bloquée - Quand tu peux pas trop communiquer avec la personne c'est pas simple de rassurer - Si jamais le patient est angoissé et qu'on ne peut pas le rassurer par nos paroles parce qu'on n'arrive pas à se comprendre, là c'est encore plus dur

	Inquiétude	- De l'inquiétude, que ce soit pour moi ou pour eux, où tu es un peu inquiète de te dire "comment je vais gérer ça ?"
Apprentis sage	Limites	<ul style="list-style-type: none"> - Les études d'infirmières nous font pas avoir pas avoir un niveau excellent en anglais mais ça te permet d'avoir les bases - On connaît tous les bases d'une langue, généralement l'anglais, l'espagnol, l'allemand mais à l'école, on apprend que la base et on apprend pas les termes spécifiques à notre métier - La gestion de ces petites phrases est difficile

Thème de la question : La perception des émotions du patient

Objectif d'analyse : Comprendre l'influence des difficultés de communication chez le patient d'origine étrangère

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Soins	L'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> - Surtout quand t'as des patients qui en plus ont pas l'habitude d'être beaucoup pris en soin... Parce que les patients, les migrants (...) ils viennent des fois de pays où globalement, ils sont pas rendus souvent chez le médecin - Donc ils ont pas forcément l'habitude des actes techniques (...) et du coup, ça peut être hyper impressionnant. - Nous, on en avait un qui avait dû faire un scanner, il avait jamais vu de scanner de sa vie.
Emotions	Angoisse	<ul style="list-style-type: none"> - Des fois, t'as un peu d'angoisse... - Des fois, t'as un peu d'angoisse - Après, il y a d'autres personnes qui parlaient une autre langue, qui avaient un petit peu d'angoisse parce qu'ils avaient pas l'habitude de ne pas comprendre - On voyait bien que ça les angoissait pas mal de pas savoir ce qu'on allait faire ou de pas comprendre ce qu'on allait leur demander.
	Inquiétude	- En sentiment... De l'inquiétude, que ce soit pour moi ou pour

		<p>eux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouais, de l'inquiétude
	Appréhension	<ul style="list-style-type: none"> - De l'appréhension
	Peur	<ul style="list-style-type: none"> - De la peur un petit peu
	Détresse	<ul style="list-style-type: none"> - Des fois t'as un peu de détresse où ils te regardent en mode "mais comprends moi !"
	Bienveillance	<ul style="list-style-type: none"> - T'as aussi de la bienveillance parce que tu vois qu'ils comprennent que tu veux faire des choses gentiment mais que t'y arrives... Que tu comprends pas... - Quelqu'un qui va prendre ta main doucement, tu vas sentir qu'il y a de la bienveillance derrière...
	Incompréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Ils font une batterie d'examens et d'un côté, ils font des examens, ils savent pas pourquoi ils les font
	Sentiments négatifs	<ul style="list-style-type: none"> - C'est rarement des sentiments positifs
	Indifférence	<ul style="list-style-type: none"> - Chez certains, on avait l'impression que ça ne les dérangeait pas plus que ça de ne pas nous comprendre parce que leur niveau d'angoisse n'était pas si élevé. C'est plutôt des gens qui... Vivaient dans le pays et qui avaient "l'habitude" de pas forcément comprendre les gens autour d'eux parce qu'ils ne parlaient pas la même langue qu'eux. - On voyait qu'il n'y avait pas d'appréhension

Thème de la question : Définir la communication

Objectif d'analyse : Comprendre la perception de la communication de l'IDE

Thèmes	Sous-thèmes	Items
	s	

Théories de la communication	Définition	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la manière d'amener une relation entre deux interlocuteurs. - C'est la manière de transmettre une information - C'est le fait de transmettre une information et que l'autre arrive à la recevoir
	Schéma de Shannon et Weaver	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la manière d'amener une relation entre deux interlocuteurs. - En fait, que toi t'émetts une information et que l'autre elle "la reçoit" - C'est le fait de transmettre une information et que l'autre arrive à la recevoir quoi
	Types de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Ça peut être une communication verbale ou non verbale
	Langage digital	<ul style="list-style-type: none"> - Donc la communication verbale, ça va être toutes les choses qu'on peut dire à l'oral, en utilisant des mots, des phrases pour se faire comprendre
	Langage analogique	<ul style="list-style-type: none"> - la communication non verbale, ça va plus être dans la gestuelle, dans la démonstration, dans... Dans le... Ouais la gestuelle, d'expliquer avec des mouvements ce que l'on va faire, des choses comme ça - Dans la communication non verbale il y a aussi le toucher, tout ça - Mais moi je sais que je suis quelqu'un qui travaille beaucoup avec le toucher. Alors, ça c'est pareil, selon les cultures tu peux pas toujours parce que ça, ça avec ton sujet aussi. Le patient allophone va aussi des fois avec culture différente et ça, des fois, le toucher tu peux pas le faire avec tout le monde quoi.
Indissociable	<ul style="list-style-type: none"> - Ces deux associations de communication sont primordiales pour établir un dialogue avec un patient et pour se faire 	

		comprendre. Que le patient soit d'origine étrangère ou pas, il faut pas séparer les deux.
--	--	---

Thème de la question : Définir le consentement au soin

Objectif d'analyse : Comprendre la perception du consentement au soin de l'IDE

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Prendre soin	Acceptation	<ul style="list-style-type: none"> - C'est l'acceptation du patient au soin ou au geste du soignant - Pour moi, le consentement au soin c'est que la personne soit d'accord avec les soins que tu vas lui procurer
	Primordial	<ul style="list-style-type: none"> - C'est primordial pour la bonne prise en charge du patient aussi. L'acceptation du soin, c'est la base du métier. Si le patient n'a pas envie qu'on lui fasse quelque chose après si on le force, on arrive dans de la torture et ça, ça fonctionne pas du tout avec notre métier quoi.
	Geste	<ul style="list-style-type: none"> - Donc que ça soit un geste invasif ou non invasif
Refus de soin	Douleur	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a beaucoup de patients qui vont refuser des soins douloureux donc ça, ça peut se comprendre. On a envie de se dire "il n'a pas envie de souffrir, d'accord"
	Refus d'être soigné	<ul style="list-style-type: none"> - Il y aussi des patients qui vont refuser des soins, juste simplement la prise d'un médicament ou quoi que ce soit, parce qu'il ne désire pas être soigné
	Incompréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Ou alors ils ne sont pas en capacité de comprendre pourquoi on leur donne

Thème de la question : Argumenter l'accès au droit à l'information du patient étranger

Objectif d'analyse : Identifier si ce droit est respecté et comprendre les causes

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Informat	Droit	<ul style="list-style-type: none"> - Il a le droit d'être informé tout comme les autres

ion au patient	Peu accessible	<ul style="list-style-type: none"> - Non. Non, non, c'est sûr que non - Des fois on a des plaquettes qui vont être en français, qui peuvent être en anglais et tout, mais globalement, t'as déjà vu dans un hôpital une plaquette en arabe ? - T'as jamais ces trucs là traduits dans toutes les langues
	Consentement éclairé	<ul style="list-style-type: none"> - Le consentement éclairé pour moi, c'est pas forcément le plus simple pour des patients allophones - Un patient chez qui on doit faire une fibroscopie... Normalement pour une fibroscopie, il faut que le patient puisse signer un accord médical. Donc c'est une feuille explicative sur deux pages où on explique simplement, avec des termes simples ce que c'est que la fibro.
Obstacles	Incompréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Le soucis c'est que des fois on a du mal à se faire comprendre pour qu'il soit informé - Je pense que si un patient étranger arrive en médecine et qu'on doit lui faire subir une fibroscopie, on va essayer de trouver quelqu'un pour lui expliquer comment ça fonctionne mais je suis pas sûr que le patient aura la lecture de cette feuille de A à Z dans sa langue pour comprendre ce qu'il va signer.
	Peu de temps	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une barrière et en même temps c'est une difficulté majeure de faire... De vouloir prendre du temps pour faire ces choses-là parce qu'on a très peu de temps à accorder à nos patients alors devoir traduire des textes, c'est hors de nos compétences. - Il existe des services avec des personnes qui parlent plusieurs langues, des choses comme ça, qui sont là pour traduire. Le problème, c'est qu'il faut prendre rendez-vous. Parfois une fibroscopie, ça doit être fait dans l'urgence... - Les rendez-vous sont très difficiles à avoir

Thème de la question : Définir les moyens permettant d'établir la communication puis une relation de confiance avec le patient étranger

Objectif d'analyse : Identifier les stratégies instaurées par l'IDE lorsque la communication est entravée par la barrière linguistique

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Communication verbale	Compréhensible	<ul style="list-style-type: none"> - Donc parler de manière assez douce mais quand même où on t'entend, avec ouais, le timbre de voix, le sourire, la douceur dans la voix, expliquer les choses, faire pas trop de gestes brusques... - On essaye de trouver un moyen de communication, ça c'est la base. Donc au départ, la première prise de contact, c'est des termes tous simples, "bonjour, ça va?", des trucs tout bêtes. Si on voit qu'il y a un petit peu de répondant derrière et bien on va essayer de communiquer là-dessus
Communication non verbale	Sourire	<ul style="list-style-type: none"> - Déjà je souris (...) quelqu'un qui sourit ça va jamais être vraiment mal interprété. - Si tu sors ton petit sourire bienveillant, que t'es douce dans les paroles... - Le sourire... - Donc parler de manière assez douce mais quand même où on t'entend, avec ouais, le timbre de voix, le sourire, la douceur dans la voix, expliquer les choses, faire pas trop de gestes brusques...
	Posture	<ul style="list-style-type: none"> - Alors nous on fait vachement attention en psychiatrie à communiquer et ça c'est quelque chose qu'on nous dit beaucoup à l'IFSI aussi, j'imagine qu'on vous l'a dit, c'est communiquer à la hauteur de la personne. - Je sais que je fais attention à ça parce que cette position haute là, elle peut être impressionnante surtout, d'autant plus si la personne comprend pas ta langue

		<ul style="list-style-type: none"> - Donc déjà ce positionnement là, que ça soit au niveau de la hauteur ou tu "t'assoies" pour être à la hauteur de la personne... - Donc ouais, la posture. Déjà la posture elle est hyper importante comme je te disais...
	Intonation	<ul style="list-style-type: none"> - Avec l'intonation douce aussi c'est important, même si dans certaines langues c'est vrai que l'intonation peut être un peu plus forte... - Essayer d'avoir une intonation plutôt douce, globalement ça te permet de montrer que t'es douce et que t'es bienveillante - La communication du coup, que ce soit dans la voix. Ne pas parler trop fort non plus parce que ça c'est pareil, dans les services, on a tellement l'habitude d'avoir des personnes âgées des fois qu'on parle super fort. - (...) mais il y a certaines personnes qui peuvent vivre ça de manière assez agressive... - Donc parler de manière assez douce mais quand même où on t'entend, avec ouais, le timbre de voix, le sourire, la douceur dans la voix, expliquer les choses, faire pas trop de gestes brusques... - En fait, toute ta communication du coup, pour ces patients là va passer par la communication non verbale plus que verbale. Donc par ton attitude, ton intonation, tout ça.
	Gestuelle	<ul style="list-style-type: none"> - C'est pareil, ne pas faire de gestes brusques... - Donc souvent, moi je montre... Les fois où je me suis retrouvée face à des patients qui... Ou avec lesquels on se comprenait pas, je montrais par exemple le garrot et je leur montrais le geste avant de le faire sur un bras. - Je leur disais "je vais serrer", tu vois et tu montres avec tes mains que tu vas serrer... - Donc parler de manière assez douce mais quand même où on t'entend, avec ouais, le timbre de voix, le sourire, la douceur

		<p>dans la voix, expliquer les choses, faire pas trop de gestes brusques...</p>
Savoir-être	Bienveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Je sais que c'est dans mon attitude déjà, j'essaie d'être vraiment bienveillante. Je trouve que ça c'est vraiment un mot qui est important dans le métier. - Essayer d'avoir une intonation plutôt douce, globalement ça te permet de montrer que t'es douce et que t'es bienveillante
	Douceur	<ul style="list-style-type: none"> - Si tu sors ton petit sourire bienveillant, que t'es douce dans les paroles... - Essayer d'avoir une intonation plutôt douce, globalement ça te permet de montrer que t'es douce et que t'es bienveillante - Donc parler de manière assez douce mais quand même où on t'entend, avec ouais, le timbre de voix, le sourire, la douceur dans la voix, expliquer les choses, faire pas trop de gestes brusques...
	Attitude	<ul style="list-style-type: none"> - En fait, toute ta communication du coup, pour ces patients là va passer par la communication non verbale plus que verbale. Donc par ton attitude, ton intonation, tout ça.
Capacités	Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Si on voit qu'il y a rien, on va essayer de trouver des outils pour accéder au patient. - Tt on va essayer de se débrouiller du mieux possible pour se faire comprendre quoi - Heureusement, on dispose de quand même quelques outils pour se faire comprendre.
Outils	Informatique	<ul style="list-style-type: none"> - Donc les outils bah, c'est google traduction, c'est... C'est le site TraLELHo, fait par une infirmière rennais - Alors, je sais que Google traduction des fois (...) Si tu fais du mot à mot, ça fonctionne. - Après il y a des téléphones aussi. On s'est déjà servi de ça aussi. Je sais qu'il y avait un médecin une fois qui voulait traduire quelque chose à un patient et qui s'était servi de son

		<p>téléphone pour, tu sais des applications style Reverso, machin, pour traduire, bon avec une voix un peu robotique mais pour traduire la chose à la personne à l'oral et puis comme ça, il avait l'écrit en dessous</p>
	Entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Après, généralement, on va chercher à joindre aussi la famille, parce qu'il y a souvent des gens qui sont un peu plus aptes à traduire dans la famille donc on essaye de trouver un moyen quoi. - On se sert de la famille par moment (...) mais la famille permet aussi de bien aider sur ça et permet aussi, pareil, de te donner les mœurs de leur culture - On essaye globalement que ce soit un tiers mais un peu éloigné qui traduise ou alors, éventuellement un traducteur qu'on peut avoir. Un interprète qu'on peut avoir. - Donc on a fini par réussir à trouver un traducteur qui a réussi à lui expliquer deux, trois trucs mais, on était beaucoup quand même dans la pièce avec lui parce qu'il était quand même très violent donc le traducteur fallait pas... (...) Tu vois qu'il soit en danger non plus ! Donc ça a apaisé un peu les choses et puis on s'est aidé de la famille
	Le patient	<ul style="list-style-type: none"> - Ça te permet aussi de t'aider parce que des fois, par exemple, là j'ai une famille de djiboutiens dans mon stage en ce moment et en fait, t'as la fille qui est hospitalisée, elle parle français mais sa mère parle pas français, son père parle un peu français et du coup, quand il y a des décisions, parce vu qu'elle est très jeune, les décisions sont prises un peu avec la famille parce que qu'elle vit encore chez ses parents, tout ça. Ça permet par exemple, que elle, elle traduise à sa famille ou alors que le père traduise. Alors, nous des fois en psychiatrie, on évite que ça soit le patient qui traduise parce que des fois, les patients traduisent ce qu'ils ont envie de traduire.
	Images	<ul style="list-style-type: none"> - En initiative dans mon stage, je m'étais proposé de faire des

		<p>petites... Tu sais, des petites images...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des petites images comme ça, où on avait écrit... Où on avait écrit le mot... Alors là je sais plus c'était quelle langue le monsieur... On avait réussi à comprendre la langue qu'il parlait et du coup, j'avais mis l'image avec mon mot en français et le mot dans sa langue - Donc, on avait fait comme ça donc, j'avais utilisé des petites images, ça je m'en étais servie... - Ouais, c'est beaucoup par image en fait, donc on avait fait ces petites images avec le traducteur - Après c'était juste avec des images assemblées les unes après les autres et ça voulait former une phrase - C'était des choses comme ça donc les images, c'est qu'on s'en servait pas mal.
	Interprète	<ul style="list-style-type: none"> - Le traducteur a une place importante et en même temps, une place compliquée et difficile au niveau confiance. - Donc on était passé par des interprètes par moment, donc je sais qu'en psychiatrie, on en a pas mal puis j'ai la chance d'être à côté d'une grande ville donc des interprètes on en trouve assez facilement. - On essaye globalement que ce soit un tiers mais un peu éloigné qui traduise ou alors, éventuellement un traducteur qu'on peut avoir. Un interprète qu'on peut avoir. - Ouais, c'est beaucoup par image en fait, donc on avait fait ces petites images avec le traducteur - Donc on a fini par réussir à trouver un traducteur qui a réussi à lui expliquer deux, trois trucs mais, on était beaucoup quand même dans la pièce avec lui parce qu'il était quand même très violent donc le traducteur fallait pas... (...) Tu vois qu'il soit en danger non plus ! Donc ça a apaisé un peu les choses et puis on s'est aidé de la famille
	Documents	<ul style="list-style-type: none"> - Je sais que dans un des services que j'avais, je crois que c'était en cardio, en chirurgie cardiaque, ils avaient fait des petits...

		<p>Tu sais des espèces de petits trucs qui t'expliquaient l'opération. Ils avaient fait ça mais en trois langues différentes je crois (...) Un petit peu, un dépliant de... Je crois qu'ils avaient ça pour des anticoagulants et pour une des opérations les plus courantes style remplacement de valve ou un truc comme ça. Qui expliquait en fait, t'avais des images et ça expliquait un peu en... Ils avaient trois langues je crois. Bon déjà, il y avait français, anglais et puis une autre langue, je sais plus ce que c'était. Ce qui te permettait quand même d'avoir un outil fiable, traduit de manière fiable</p>
Limites	Précision	<ul style="list-style-type: none"> - Déjà on est jamais sûrs que le proche ou le traducteur traduit exactement ce qu'on a dit au patient et on sait que la précision sur les termes qu'on utilise dans notre métier est primordiale.
	Confiance	<ul style="list-style-type: none"> - Donc c'est difficile de faire confiance à quelqu'un lorsqu'on ne sait pas ce que la personne raconte
	Compréhension	<ul style="list-style-type: none"> - On sait pas si le patient a compris le message que le médecin ou le soignant a fait passer, qu'il ait conscience de la gravité du sujet ou pas, du coup on a toujours plus ou moins du mal à savoir si le patient en face est vraiment au clair avec la situation ou pas. - Si c'est quelqu'un de la famille qui nous dit qu'il parle français mais qui a quand même du mal à comprendre ce qu'on leur dit, du coup ils vont traduire n'importe quoi à la famille... Au patient derrière

NOM : THOMAS

PRENOM : Angelina

TITRE : Soigner en langue étrangère : le rôle de l'infirmier dans le parcours de soins du patient allophone.

Being an adopted home, France keeps receiving migrants in constant increase. However, in front of insecure living conditions, comorbidities bring together. Well, it's probable to meet an allophone patient during our nurse practice.

Through research and interviews with some professional approach about communication, take care and patient-carer relationship, we'll see that the nurse has a social job to the foreign patient, seems to be forgotten in front of a hospital vision fond of recovery rather than patient care.

Following the patient integration degree in the society, communication could be more or less delicate. In order to overcome, the nurse will adopt an adaptation mechanism, for instance by the help of an interpreter or the patient's family member.

Étant une terre d'accueil, la France continue à recevoir en constante augmentation des migrants. Cependant, face à des conditions de vie précaires, des comorbidités sont associées. Il est alors probable de rencontrer un patient allophone au cours de sa pratique infirmière.

Grâce à des recherches et des entretiens effectués avec des professionnels axés sur la communication, le prendre soin et la relation soignant-soigné, nous verrons que l'infirmier a un rôle social auprès du patient étranger, semblant s'oublier face à une vision hospitalière portée sur la guérison plutôt que sur l'accompagnement du patient.

Suite au degré d'intégration du patient au sein de la société, la communication peut être plus ou moins délicate. Afin d'y pallier, l'infirmier adoptera des mécanismes d'adaptation, notamment par l'aide d'un interprète ou de l'entourage du patient.

Mots clés : Patient allophone, Prendre soin, Mécanismes d'adaptation, Communication, Relation soignant-soigné

Keywords : Allophone patient, Take care, Adaptation mechanism, Communication, Patient-carer relationship

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2018-2021