



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

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

La barrière de la langue dans le soin



Formateur référent : Mme LASBLEIZ Murielle

CHAILLOU Mélanie
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
Lundi 2 Mai 2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat de... Infirmier

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

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

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de... infirmierest 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... 1^{er} Mai 2022 ...

Signature de l'étudiant : 

Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX
Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la parole 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 1991, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.
Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

SOMMAIRE

Introduction	1
Le cheminement vers la question de départ	2
1. Mes situations de départ	2
2. Mes questionnements	3
3. Ma question de départ.....	3
Le cadre théorique	5
1. L’hospitalisation de personnes étrangères en service de soins.....	5
1.1 Définition.....	5
1.2 Les différentes représentations sociales.....	5
1.2.1 Santé et maladie	6
1.2.2 Culture	7
2. Les différentes communications.....	8
2.1 Définition.....	8
2.2 Communication verbale.....	8
2.3 Communication non-verbale.....	9
2.3.1 Les éléments du langage non-verbal	9
3. Établir une relation de confiance.....	10
3.1 Définition.....	10
3.2 Attitudes soignantes.....	11
3.3 Différentes manières de prendre en charge un patient étranger.....	12
Le dispositif méthodologique du recueil de données	14
1. Les objectifs du guide d’entretien.....	14
2. L’organisation pour la réalisation des entretiens.....	14
3. Le bilan du dispositif.....	15
L’analyse descriptive des entretiens	17
La discussion	18
La conclusion	25
La bibliographie	
Les annexes	
L’abstract	

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Murielle LASBLEIZ, pour m'avoir accompagné tout au long de l'écrit de ce mémoire, pour son écoute, ses conseils et son soutien.

Merci à Sarah et Solène, les deux infirmières interrogées, pour avoir pris le temps de répondre à mes questions et le partage de leurs expériences.

A mon amie Léa, qui a bien voulu relire et corriger mon abstract d'Anglais.

A ma maman, d'avoir pris le temps pour la relecture de mon travail.

CITATION

« Si vous parlez à un homme dans une langue qu'il comprend, cela lui monte à la tête.

Si vous lui parlez dans sa langue, cela lui va à cœur. » Nelson Mandela

INTRODUCTION

Accueillir, soigner, rassurer, écouter, des rôles autant importants les uns que les autres en tant qu'infirmière, mais, qu'en est-il lorsque que l'on y fait face avec une personne de langue étrangère ?

Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat Infirmier, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche qui me permettra de valider trois unités d'enseignements différentes : l'UE 3.4 S6 « *Initiation à la démarche de recherche* », l'UE 5.6 S6 « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* » et l'UE 6.2 S6 « *Anglais* ». Ce travail de réflexion va me permettre de faire évoluer ma pratique professionnelle et créer ma propre identité professionnelle.

Pour cela, je me suis inspirée de deux situations vécues en stage, qui m'ont marquées lors de ma 2ème année d'étude infirmière, en médecine gastro-entérologie et en 3ème année en chirurgie Gynécologique. Elles concernent toutes les deux, la prise en charge de patients qui ne comprennent pas ou peu la langue française et qui ne la parle pas non plus.

En effet, si moi, étudiante de 3ème année j'ai rencontré des difficultés à prendre soin des patients avec la barrière de la langue, j'ai pu également remarquer que des infirmières avec qui j'ai pu travailler ont aussi trouvé la situation difficile. En effet, la communication avec ces personnes n'a pas été facile. Or, au cours de mes trois années d'études et de mes stages, j'ai pu découvrir que la communication est primordiale et est un élément clé dans la construction de la relation soignant / soigné. Il est important pour moi d'établir une communication adaptée pour améliorer ma prise en charge auprès de ces personnes soignées.

En me projetant en tant que future soignante, il me semble important d'étudier ce thème pour mon mémoire car je serais certainement amenée tout au long de ma carrière professionnelle à rencontrer des personnes ne parlant pas le français. Je pense que cela peut m'aider à prendre en soin de manière différente, plus efficace et de devenir la professionnelle que je souhaite être, tout en respectant mes valeurs et mes principes personnels ainsi que ceux que nous avons pu apprendre et mettre en œuvre au cours de ces trois années d'étude.

Le cheminement vers la question de départ

Présentation de mes deux situations

Situation d'appel n°1

Étudiante en soins infirmiers, je réalise mon stage de 2ème année dans un service de médecine en gastro-entérologie. Je travaille du lundi au vendredi avec des journées de 7 heures.

Ce jour-là, je suis d'après-midi, je travaille avec un infirmier avec qui j'ai déjà travaillé. Cela fait plusieurs jours que je prends en charge un patient somalien âgé de 80 ans. Ce monsieur, qui est aussi malvoyant, ne parle pas le français et le comprend très peu. A l'heure du tour de 18h, je dois administrer un traitement à ce monsieur. Je rentre alors dans la chambre, me présentant en tant qu'étudiante infirmière. Je lui explique que je vais lui administrer le traitement du soir qu'il prend habituellement et qu'il est 18h afin qu'il ait une notion de l'heure. Je lui explique également pourquoi il doit prendre ce médicament. Je lui prends la main tout en lui donnant le médicament et je lui dis qu'il peut le mettre dans la bouche et lui donne le verre en même temps afin qu'il puisse avaler. Le patient est douteux, le prends dans sa main mais est toujours hésitant et finit par me dire qu'il ne doit pas le prendre. Je lui explique que c'est pour son bien et qu'il est nécessaire qu'il le prenne. Mais, le patient est sûr de lui et ne veut pas le prendre. Je fais appel alors à l'infirmier, qui lui explique que c'est le médecin qui a dit qu'il faut le prendre. Après quelques secondes d'hésitation, le patient finit par prendre son médicament.

Je sors de la chambre, assez frustrée et démunie de la situation car auparavant j'avais réussi à donner le médicament sans soucis. Je me suis demandée si les autres jours il comprenait ce que je lui donnais.

Situation d'appel n°2

Étudiante en soins infirmiers, je réalise mon stage de 3ème année dans un service de chirurgie gynécologique. Je travaille du lundi au vendredi avec des journées de 7 heures.

Ce jour-là, je suis d'après-midi. Nous commençons le tour avec l'infirmière et nous rentrons dans la chambre de la patiente qui est rentrée en début d'après-midi. Nous savons déjà grâce aux transmissions écrites et orales que la patiente est géorgienne et qu'elle ne sait dire que les mots de base de français et ne nous comprend pas. Je commence par prendre les constantes de la patiente puis je lui demande si elle a des douleurs. Vu le faciès de la dame, nous comprenons avec l'infirmière que la patiente ne comprend pas ce que l'on dit et ne nous répond pas. Je commence à mimer avec mes

mains, elle commence à comprendre et nous répond ensuite. De plus, il nous faut sa carte de groupe sanguin mais impossible de mimer cela. Je décide alors, avec l'accord de l'infirmière, de sortir mon portable et de traduire à l'aide du traducteur en géorgien ce que je veux lui demander. La patiente, elle aussi, utilise son portable pour pouvoir nous répondre.

J'ai ressenti beaucoup de difficultés à communiquer avec la patiente. Je me sentais au début impuissante ne sachant pas comment faire. Puis, au fur et à mesure je me rassure en utilisant plusieurs moyens de communication.

Mes questionnements

Voici mon questionnement issu de mes situations que j'ai pu ressortir :

- Comment faire comprendre l'intérêt d'un traitement à un patient qui ne maîtrise pas la langue ?
- Peut-on parler de soins de qualité alors que le patient ne comprend pas le soin ?
- Quelle communication adopter face à un patient étranger ne maîtrisant pas la langue ?
- Est-ce que tout soin nécessite une bonne compréhension du patient ?
- Comment prodiguer des soins de qualité à un patient qui ne comprend pas la langue et pour lequel le recueil de données est compliqué ?
- Existe-t-il des moyens facilitant la communication et la prise de renseignements ?

Ma question de départ

Pour me conduire jusqu'à ma question de départ, j'ai ressorti tous les mots-clés qui se retrouvaient dans mes 2 situations d'appels ci-dessus. Après avoir effectué ce travail, des questions me sont tout de suite passées par la tête. Elles m'ont permis de relever des notions importantes qui m'ont permis l'élaboration de ma question de départ.

Ainsi, ma question de départ est la suivante : *Dans quelle mesure la confrontation à la barrière de la langue peut-elle impacter la prise en charge par l'IDE d'un patient d'origine étrangère ?*

De cette question, je souhaite comprendre, si la prise en soin de la personne étrangère impactera la relation soignant/soigné. Je veux chercher les moyens qu'il faut mettre en œuvre pour communiquer avec la barrière de la langue.

L'élaboration de cette question va m'amener à m'éclaircir sur le sujet. Cette dernière englobe plusieurs points intéressants qui vont m'amener à prendre encore plus conscience de la prise en charge d'une personne étrangère dans une unité de soins.

Afin de vous présenter au mieux mon mémoire, je vais vous décrire dans un premier temps les situations sur lesquelles je me suis basée pour réaliser ce travail de fin d'études ainsi que l'ensemble des questionnements permettant d'aboutir à ma question de recherche. Dans un second temps, le cadre théorique avec ces différentes parties ainsi que le dispositif méthodologique du recueil de données ainsi que l'analyse que j'ai pu en faire avec les professionnels de santé. Ensuite, je réalise une discussion qui permet de me positionner sur ma question de départ. Dans un troisième temps, je conclus, notamment pour apporter une réponse globale à ma question de recherche et mettre en évidence l'intérêt d'avoir réalisé ce travail de fin d'étude.

Le cadre théorique

1. L'hospitalisation de personnes étrangères en service de soins

1.1 Définition

D'après le site histoire-immigration.fr, le terme d'« étranger » désigne toute personne n'ayant pas la nationalité de l'État dans lequel elle vit.

Selon le site de l'Assistance Hôpitaux Publique, cette dernière "garantit aux patients étrangers les mêmes conditions d'accueil et de prise en charge que celles des assurés sociaux, sans priorité d'admission ni traitement préférentiel".

Le site de France Inter nous informe que l'hospitalisation de personnes étrangères en service de soins est de plus en plus fréquente. En effet, certains pays manquent d'infrastructures et sollicitent ceux qui en ont. De plus en plus de monde peut se permettre de voyager, de se payer une mutuelle et ainsi venir en France pour se faire soigner. A l'hôpital de Neuilly sur Seine par exemple, 27% du public représente la patientèle internationale. L'atout majeur de cet hôpital est que l'on y parle toutes les langues.

Aujourd'hui, près de 10% des patients en France viennent de l'étranger, ce qui représente environ 1500 patients par an. Que ce soit à l'hôpital ou en dehors, nous avons chacun des représentations qu'elles soient sociales ou culturelles. Le système de santé vise un objectif : "Fournir à toute la population, quel que soient ses caractéristiques culturelles, sociales, économiques ou géographiques, tous les services de santé qu'elle requiert"

1.2. Les différentes représentations sociales

Le psychologue Moscovici (1961) définit la représentation sociale comme "*ayant une double vocation : permettre aux individus de se positionner socialement par rapport à un objet, et fournir aux membres d'une communauté un référentiel commun pour la communication.*" Pour aborder « l'apprentissage » de la maladie, la prise des traitements du patient, la mise en jeu de la relation thérapeutique ou tout simplement côtoyer au quotidien les professionnels de santé, les représentations sociales sont un outil conceptuel et pertinent pour affronter ces questions.

1.2.1. La représentation de la santé et de la maladie

Le concept de santé peut être compris de manière négative comme l'absence de maladie et d'une manière positive comme état. On peut y distinguer, grâce à la sociologue Herzlich (1969), trois représentations de la santé. La première étant la "santé vide" qui se traduit par l'absence de maladie. La deuxième est le "fond de santé" qui est la propriété biologique et organique pour faire face aux maladies. Puis, l'« équilibre » se basant sur le bien-être psychologique et physique. Le concept de maladie apparaît de plusieurs façons et reflète les différentes façons dont la maladie peut survenir dans la vie quotidienne. On distingue ainsi 3 représentations de la maladie. Il y a donc la maladie « libératrice » s'exprimant chez des personnes qui ne sont pas malades ou qui, le plus souvent, n'ont jamais été face à la maladie grave. L'inactivité est perçue comme une libération. La maladie « destructrice » est, elle, la conséquence dévastatrice de l'inactivité. Enfin, la maladie « métier » est le fait que le malade lutte intensément contre la maladie.

Même si cela n'est pas tout à fait en lien dans cette recherche, plusieurs enquêtes ont été faites depuis le début des années 2000 montrant les difficultés d'accès aux soins des personnes étrangères, montrant des discriminations à l'accessibilité aux soins et à des inégalités sociales de santé. Christelle Hamel et Muriel Moisy mentionnent que les patients étrangers se sont sentis "discriminés lors de leur contact avec le personnel médical" et la population immigrée et originaire des DOM "invoque très fréquemment l'« origine » et la « couleur de peau » comme motifs de traitement différencié par les professionnels de santé." (2013, p.11). En effet, les recherches mettent en évidence une certaine inégalité sociale de santé. Cependant, il s'avère que la relation de soin dans ce contexte fait preuve de difficultés pour les soignants et que pour certains leur prise en charge est compliquée.

En prenant en charge les patients étrangers, les soignants font face à des contextes politiques et sociaux différents en fonction de chacun, ce qui peut amener à impacter le lien soignant/soigné. En effet, comme le précise Christophe Blanchard Laville (2016) dans son article "Ségrégations à l'hôpital" cela peut influencer sur la relation par rapport à la "position psychique professionnelle" des soignants et à la "subjectivité" du patient. Pour faire face à ces situations difficiles avec le patient étranger, les soignants ont recours à des images et du matériel tout en utilisant des expressions. Le soignant, se sent effrayé, angoissé en mettant en jeu des énigmes au vu de l'incompréhension de la discussion avec la personne en face d'elle "Le sentiment de frayeur se relie ici à la sensation d'un familier déjà-vu, néanmoins énigmatique, et inducteur d'angoisse." (p.22). Cette incompréhension induit malheureusement parfois à prendre des décisions médicales à la place du patient. Le soignant fait face un à réel obstacle dans sa prise en soin ce qui peut conduire à renoncer au dialogue avec le soigné. Par exemple, en Afrique, une étude a montré que la maladie est parfois « perçue comme un sort jeté sur

certain individus ». Puis, l'article de François Sicot (2015, p.101) rajoute que « *Ailleurs, il est impossible d'évoquer certaines maladies car elles n'existent pas et n'ont pas de traduction dans le langage courant.* »

1.2.2. La représentation de la culture

Dans son article, Anne-Lyse Lemaitre (2015) confirme que de nos jours, les professionnels de santé « *sont de plus en plus confrontés à une réalité multiculturelle* » (p.97). Pour ces derniers, il est nécessaire de comprendre leur propre culture et celle de la personne soignée. D'après l'auteure, une certaine démarche s'implique pour avoir une approche culturelle. Il est nécessaire de connaître le patient étranger, aller vers lui, apprendre ses coutumes et ses habitudes culturelles et de surmonter les préjugés et « *la peur de l'inconnu* » (2015, p.97). Cependant, les patients doivent également s'adapter à la nôtre. Il faut prendre conscience des limites individuelles et/ou collectives. Il est donc important de partager avec l'équipe soignante afin de connaître les expériences de chacun pour améliorer et élaborer la meilleure prise en charge de la personne étrangère dans le respect de chacun d'entre nous. Il est aussi important de connaître les limites administratives, réglementaires et légales et de comprendre les systèmes de croyances de chacun à propos de la maladie en fonction des cultures.

Nous ressortons toujours trois étapes importantes pour acquérir l'approche interculturelle du soignant vers le soigné étranger. En premier lieu, nous avons la « *négociation* » ou la symbiose qui a lieu pour parvenir à la compréhension tout en évitant la confrontation. En second lieu, la « *pénétration* » qui permet la compréhension du point de vue du soigné en se mettant dans « *la peau de l'autre* ». Enfin, en troisième lieu, l'approche interculturelle comprend la « *décentralisation* », c'est à dire d'avoir une vision réflexive. Malgré cela, d'après le passage du livre d'Ariella Rothberg (2015) il est impossible de personnaliser la relation et forcément de faire sentir la personne comme une étrangère et donc de différente « *...La peur de la différence explique aussi la raison de nos représentations. Même si la société française est bâtie sur une réalité pluriculturelle, au terme « intégration », nous associons souvent maîtrise de la langue, adhésion à certaines valeurs, adoption du style de vie à la française, autrement dit des attitudes de la part de l'étranger qui ne dérangent pas, ne choquent pas. La présence [...] provoque cette peur d'un empiétement sur l'identité française. La différence culturelle est bien souvent vécue comme une menace et non comme un enrichissement ...* » (p.55)

Malgré toutes les représentations, pour entrer en relation avec le soigné étranger, la première chose à faire est de communiquer, de différentes façons et dans la meilleure qu'il soit pour le soignant.

2. Les différentes communications

2.1 Définition

D'après l'unité d'enseignement "Soins relationnels" sur les "Théories de la communication" vu en semestre 2, étymologiquement "communiquer" signifie : mettre en commun (des idées...). C'est aussi échanger des messages, transmettre des informations, avoir une relation interhumaine, parler, écrire, rencontrer quelqu'un mais aussi partager.

La communication existe partout où il y a au moins 2 personnes. Bien que nous ayons ce besoin de communiquer dans les services de soins, la qualité de la communication n'est pas toujours retrouvée ce qui va impacter la qualité du soin.

On peut se retrouver dans une situation complexe lors d'une communication avec une ou plusieurs personnes étrangères. C'est à ce moment-là qu'apparaît la notion de la barrière de la langue qui va être décrite par l'Encyclopédie comme « *l'incapacité de plusieurs personnes de langue maternelle différente à communiquer entre elles* ». C'est pour cela qu'il existe plusieurs types de communications que nous allons étudier par la suite.

2.2 La communication verbale

Le mot verbal signifie "ce que dit la personne". Shannon (1949), ingénieur en génie électrique et mathématicien américain schématise le mécanisme de la communication comme étant "*un message transmis par un émetteur vers un récepteur dans un certain contexte*" d'après le cours sur les "Théories de la communication" présentée par la cadre formatrice Christine LeBihan.

Il nous décrit plusieurs composantes de la communication :

- L'émetteur : personne qui émet un message en parlant. En tant que soignant, il est nécessaire de bien connaître le public que l'on a en face de nous pour avoir un vocabulaire adapté.
- Le récepteur : personne qui va recevoir le message par l'émetteur. Il reçoit et comprend le message de sa propre manière.
- Le message : l'utilisation du langage par l'émetteur doit être connue et claire afin que le récepteur puisse comprendre le message.
- Le canal : pour assurer la progression du message, l'émetteur a recours à la voie, la circulation du message et les moyens techniques.
- Le code : ensemble de signes et de règles de combinaison de ces signes. Il permet de former et d'assimiler des messages.

- Le feed back ou retour : permet d'informer sur la manière dont le message a été reçu. Il y a 2 types de feed back dont le positif qui va "*favoriser la communication et augmenter les échanges*" et le négatif qui "*réduit les échanges*"
- Le contexte : il indique la situation, le lieu, l'environnement, le cadre, les circonstances de la communication. Cela influencera le contenu et l'interprétation du message.

Lors d'une communication entre soignant et patient étranger, la première difficulté qui survient est celle de la barrière de la langue. Ainsi, la communication non-verbale est primordiale et la communication verbale ne devient plus le moyen de transmission privilégié.

2.3 La communication non-verbale

La communication non-verbale est définie comme « *tout échange n'ayant pas recours à la parole* » (*Wikipédia*). Les auteurs du livre "Communication soignant-soigné" précise que même si en tant qu'humain nous n'en avons pas conscience, "le langage du corps est le seul qui soit sincère, et le geste se transforme d'une bonne écoute". Une étude a été menée sur le gestualisme en 1970 par le psychologue Albert Mehrabian montrant que "l'ensemble d'un message compte 7% de paroles, 38% d'intonations et 55% de langage gestuel" (p.53). Cela confirme que la communication non-verbale dans relation soignant-soigné est particulièrement importante et prend une grande place dans la prise en soin du patient. Et notamment lorsqu'il y'a la présence de personne étrangère dans le service ou qu'elle soit malentendante, malvoyante, etc...

2.3.1 Les éléments du langage non-verbal

Afin de faire entrer en jeu le langage non-verbal, il est nécessaire que ce dernier soit composé de plusieurs éléments comme l'expression faciale, le contact des yeux, la distance physique (appelée aussi proxémique), le contact physique, les gestes, la posture, l'apparence, ainsi que les odeurs.

1. La proxémie correspond à l'espace et aux distances entre les participants d'une interaction et E.T HALL (anthropologue) y a défini 4 distances de base. On y retrouve :
 - L'espace intime (15 à 45 cm) ; espace le plus important
 - L'espace privé (45 cm à 1,2m) ; distance idéale à respecter en société
 - L'espace social (1,2 m à 3,5 m) ; distance qui sépare 2 personnes qui se connaissent peu ou pas du tout
 - L'espace public (au-delà de 3,5 m) ; distance confortable d'une personne s'adressant à un auditoire ou à un groupe de personnes

2. L'expression faciale : le visage à une place importante dans la communication. En effet, c'est la partie du corps que l'on regarde le plus lorsque l'on communique avec les patients. On distingue 2 zones qui sont :
 - La zone des yeux ; froncement des sourcils, clignement des paupières, froncement du front
 - Le bas du visage ; du menton au nez. C'est la zone la plus mobile, qui parle et qui sourit.

Dans les conditions actuelles, la zone du bas du visage n'est pas mise en jeu lors d'une communication avec le patient à cause du port du masque. Cependant, les patients peuvent quand même voir à travers nos yeux plissés si l'on sourit.

3. Le regard : c'est le premier geste de rencontre. En regardant quelqu'un c'est lui accorder de l'attention.
4. Les gestes et la posture : en fonction des attitudes inconscientes et anodines, ils peuvent transmettre des messages forts.

Il faut également faire attention aux gestes que l'on entreprend avec le patient selon la culture qu'il a. Par exemple, le geste de former un O avec le pouce et l'index signifie "bien" au Canada, "zéro" en France ou bien un signe d'argent au Japon.

5. Le contact physique : pour attirer l'attention du patient, l'utilisation des mains et des bras est très active lors d'une conversation.
6. Les apparences et odeurs : consciemment ou non, nous avons tendance à juger et évaluer le patient selon son aspect extérieur avant même de lui avoir parlé. Si nous en tant que soignant, nous sommes très observateurs, les soignés, eux aussi le sont et parfois même plus que nous. Quant aux odeurs, il est important, pour ne pas envahir l'espace personnel du patient, d'avoir un parfum suffisamment discret.

Malgré tous ces éléments de communication verbale et non verbale, il est nécessaire de mettre en œuvre une relation de confiance entre soignant / soigné ne parlant pas le français pour essayer d'avoir une prise en charge optimale et ainsi mettre en place différents moyens pour communiquer avec eux.

3. Établir une relation de confiance

3.1 Définition

Tout d'abord, une relation de confiance relève, d'après Christine Paillard dans le Dictionnaire des concepts infirmiers d'une « *Croyance spontanée ou réfléchie en la valeur éthique d'une autre personne*

ayant la capacité de respecter une confiance » (2021, p.359). La confiance apporte un sentiment de sécurité entraînant toute forme de confidences associées à l'espoir, la communication de ses besoins.

Il existe quatre étapes dans l'évolution d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. La théoricienne en soins infirmiers, Hildegard Peplau (1995) les décrit ainsi :

1. Une étape d'orientation : chacun des partenaires se présente et recherche contact et sécurité.
2. Une étape de mise à l'épreuve : le soigné cherche à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir dans le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation
3. Une étape d'exploitation de la relation : les personnes échangent pour trouver des solutions. Chacune est acceptée telle qu'elle est.
4. Une étape de fin de relation : chacun fait le bilan de ce qui s'est passé, conclut la relation et noue d'autres liens avec d'autres personnes.

3.2 Attitudes soignantes

Plusieurs articles évoquent les attitudes à avoir pour instaurer ce climat de confiance avec la personne non-francophones. Le soignant doit être empathique à l'égard du patient, c'est-à-dire être capable de comprendre ses émotions, de le comprendre sans se mettre à sa place afin de répondre au mieux à ses attentes comme l'évoque l'article sur La barrière culturelle dans le soin de Lisa Djadaoudjee, *"Si ce n'est pas l'autre qui nous guide dans ce que l'on doit faire pour le satisfaire, c'est alors au soignant de faire l'effort de se décentrer pour aller au plus près des attentes du patient. Il doit alors faire preuve d'empathie."* (2013, p.38) Une écoute active, bienveillante est nécessaire pour comprendre l'autre et favoriser le développement de la relation. Il s'agit d'écouter le patient pour le comprendre et non seulement pour lui répondre. Le fait d'être centré sur le patient contribuera à une meilleure qualité de la relation et permettra au patient de se sentir considéré dans sa singularité. En effet, l'article de Lisa Djadaoudjee précise que *"Certaines infirmières sont davantage impliquées dans la création d'un environnement pour les patients afin qu'ils se sentent reconnus en tant que personne : la transparence, l'écoute active, l'expression d'un intérêt sincère [...] permettent d'établir un lien émotionnel avec les patients", et que "Ce dernier [le soignant] doit être capable de se séparer de son propre référentiel, de se décentrer pour mieux prendre en compte l'autre sans sa singularité"*(2013, p.38) . Le soignant doit donc également être transparent, authentique, dans ses propos et dans les sentiments qu'il manifeste. Il doit montrer qu'il est attentif *"Le soignant ne peut plus attendre que le patient lui livre des informations, mais il doit aller délibérément vers lui"*(p.38). L'infirmier doit être vrai et digne de confiance sans jugement de valeur tout en respectant le soigné : *"En instaurant un climat de confiance, peut-être serait-il possible d'allier le respect [...] et les soins médicaux indispensables à la guérison."*

“Cela nécessite l’acceptation qu’il existe une différence entre soi et autrui.” En effet, en tant que soignant, les auteurs de « Soins aux étrangers » nous disent qu’il est important de *« prendre du recul sur notre propre culture, notre culture d’origine bien sûr mais aussi repérer et identifier avant tout la culture médicale dans laquelle nous baignons »* (2015, p.125)

Enfin, le passage de Cidolina Lourenco dans le livre “La confiance dans la relation de soins” (1998) évoque que la disponibilité du soignant est sollicitée afin d’être prêt à entendre ce que le soigné dit : *“Pour qu’une personne puisse se confier à une autre et qu’une relation de confiance s’instaure ainsi, la première condition est la disponibilité”*. (p.134)

Afin de réussir à établir une relation de confiance, il faut retenir que le processus du développement de la confiance n’est pas instantané mais plutôt lent et continu, que l’infirmière doit entretenir tout au long de sa relation. En effet, la confiance de la personne soignée dépend de comment se comporte l’infirmière, de son professionnalisme, de sa capacité d’aller vers le soigné et de lui communiquer son respect !

3.3 Différentes manières de prendre en charge un patient étranger

D’après l’article R.4312-25 du Code de la Santé Publique sur les règles professionnelles *“ L’infirmier ou l’infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu’il peut éprouver à son égard et quels que soient l’origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.”* Cependant, lorsque nous nous retrouvons face à un patient ne parlant pas le français, en tant que soignant nous pouvons nous retrouver dans une situation complexe et parfois mal à l’aise. Mais aujourd’hui, plusieurs solutions s’offrent à nous pour communiquer avec un patient étranger afin de lui permettre la meilleure prise en soin lors de son hospitalisation.

La première solution que nous utilisons immédiatement de manière automatique pour communiquer avec la personne ne parlant pas le français est tout d’abord de mimer ou en montrant des objets à l’aide de nos mains pour nous faire comprendre. Mais, cette dernière n’est pas toujours certaine qu’elle soit bien comprise par le soigné. Nous pouvons alors utiliser l’application créée par l’AP-HP (Assistance publique-hôpitaux de Paris) “MediPicto” qui consiste à *“dialoguer à l’aide de pictogrammes sur les principales situations, douleur, prise de médicament, diagnostic mais aussi de poser des questions administratives”*, le patient lui, peut sélectionner sa propre langue pour communiquer avec le soignant. Il existe également TraLEIHo (Traductions pour les Étrangers à l’hôpital) qui est également une bonne solution pour pallier la difficulté de communiquer avec le soigné ne parlant pas notre

langue. Élaboré par une infirmière des urgences du Centre hospitalier Universitaire de Rennes pour traduire 350 phrases du français vers une centaine de langues à ce jour, cet outil est gratuit, efficace, simple et rapide. Il permet alors de gagner du temps dans la prise en charge et de bien se comprendre entre soignant / soigné.

Enfin, les professionnels de santé peuvent faire venir des interprètes à l'hôpital pour qu'ils viennent nous venir en aide pour faciliter la prise en charge, et ce, dès que possible et le plus souvent qu'il soit comme le précise Lisa Djadaoujee dans son article « La barrière culturelle dans le soin », « *Il semble important de faire appel à eux [les interprètes] le plus souvent possible avec l'accord du soigné* ». Pour cela, il est important d'établir une relation de confiance entre l'interprète et le soigné pour ne pas altérer les échanges. Cependant, des difficultés peuvent apparaître lors de l'utilisation d'un interprète par rapport à la traduction qui va se faire. Les auteurs de l'article « Soigner en langue étrangère » font ressortir que *“L'utilisation d'un interprète officiel pose d'autres problèmes : si la traduction paraît plus fiable et plus neutre, elle peut aussi être déformée car l'interprète méconnaît le langage médical et peut faire des contresens qui s'aggravent dans la traduction.”*. En effet, il est nécessaire que la traduction soit fiable pour que nous, en tant qu'infirmière nous prenions la suite de la prise en charge la plus juste possible.

Le dispositif méthodologique du recueil de données

1. Les objectifs du guide d'entretien

L'objectif de cet entretien est d'échanger avec des infirmières qui rencontrent fréquemment des situations prenant en charge des personnes étrangères ou ne parlant pas le français. Grâce à cet entretien, j'aimerais connaître, s'il existe les différences de conception des étrangers et savoir s'il y'a des différences de comportements entre les personnes ne parlant pas le français et les personnes parlant le français. J'aimerais connaître leur ressenti face à ces situations ainsi que leurs facilités (s'il y'a) et leurs difficultés. De plus, j'aimerais avoir leurs avis sur l'impact que cela a sur la prise en charge et les solutions qu'elles proposent.

2. L'organisation pour la réalisation des entretiens

J'ai interviewé 2 infirmières : la première est ma tutrice de stage du semestre 5 en chirurgie gynécologique. Quant à la 2ème, c'est une connaissance qui travaille aux urgences. Il me semble intéressant d'interviewer 2 infirmières de 2 services différents pour pouvoir comparer la fréquence des personnes étrangères dans le service et d'avoir des points de vue différents. Pour réaliser les entretiens, j'ai pu rentrer en contact avec elles via Mail et SMS. Pour le 1er entretien (connaissance), j'ai pu directement me déplacer chez elle pour faire l'entretien. Concernant le deuxième, elle m'a donné rendez-vous à l'hôpital dans son bureau, au calme. Afin d'avoir une trace de notre entretien et après avoir eu leur consentement, j'ai pu enregistrer notre entretien avec mon portable.

3. Le bilan du dispositif

La difficulté que j'ai pu rencontrer est que je devais faire mon entretien durant mon stage 6.1 avec ma tutrice de stage la dernière semaine, mais malheureusement, cette dernière s'est retrouvée en arrêt. De plus, connaissant la cause de son arrêt je n'ai pas osé lui redemander pour la semaine d'après...

Les points forts pour la réalisation de ces entretiens sont que l'infirmière que je connais m'a directement proposé que je l'interview, sans que je le lui demande. Le fait qu'elle soit venue vers moi m'a montré une réelle aide et l'envie de répondre à mes questions. De plus, la rapidité de la réponse positive (au vu de l'annulation à la dernière minute) de mon ancienne tutrice de stage m'a également rassurée et d'après son mail "Ce sera avec plaisir" qu'elle répondra à mes questions. En effet, faire face à des infirmières que je connais m'a enlevé un petit côté de stress. De plus, je savais, après avoir déjà parlé avec elles ou travaillé avec elle, qu'elles avaient déjà vécu des situations en rapport avec mon mémoire.

La limite qu'il y aurait pu y avoir mais cela n'a pas contraint mes entretiens c'est le port du masque. En effet, je craignais que cela nuise à la qualité sonore du fait que cela soit enregistré avec mon portable.

L'analyse descriptive des entretiens

Parlons fréquence

Les deux infirmières interrogées sont d'accord sur le fait que la prise en soins des patients ne parlant pas le français est variable. Notamment pour l'infirmière travaillant aux urgences au bord de la côte, il y'en a plus fréquemment l'été et beaucoup moins hors période estivale. De plus, l'infirmière qui travaille dans les services insiste bien sur le fait que les personnes ne parlant pas le français viennent souvent des urgences. Elle ajoute également que parfois ce sont par "séries" que viennent les personnes non-francophones.

Différences de conception et comportements des étrangers (en fonction de la culture, langue)

La deuxième infirmière m'a transmis qu'il y avait une réelle différence de conception en fonction de la culture. Elle précise que selon la culture, ils n'ont pas la même conception de la douleur.

Les deux infirmières me font part de différents comportements que peut avoir le soigné étranger que le patient français ne ressent pas forcément.

La deuxième infirmière précise malgré tout que cela dépend de la personne qu'elle a en face d'elle. Pour ceux où la barrière de la langue les dérange, la personne va être fermée et cela va être compliqué de rentrer en communication. Mais, certains, sont plutôt très ouverts pour communiquer en utilisant différents moyens avec le soignant (téléphone, conjoint).

La première infirmière, ressent une frustration de la part de la personne étrangère du fait de la non-compréhension du dialogue. En racontant une de ses expériences, elle me transmet qu'une patiente dont elle a pris en charge n'était pas rassurée de se faire hospitaliser en France.

La communication utilisée

La première infirmière utilise plus le non-verbal que le verbal. Elle parle beaucoup avec les mains et me transmet qu'elle parle beaucoup moins que si c'était une personne parlant le français. Pour la deuxième infirmière, cela varie selon les situations. En effet, cela dépend de quelle langue parle la personne en face d'elle. Pour certaines langues, elle essaye le verbal même si c'est "approximatif" mais pour certaines elle se sent comme démunis. Pour elle, il y'a toujours un moyen de communiquer un minimum mais insiste sur le fait que la communication n'est pas "optimale".

Leur description de la relation de confiance

Les deux infirmières évoquent d'abord que c'est une relation entre soignant/soigné. Elles se rejoignent sur le fait que le soigné doit savoir qu'il peut compter sur le soignant pour pouvoir poser toutes les

questions qu'il souhaite afin de le rassurer. La première infirmière évoque également qu'il faut aller rassurer la famille qui est inquiète. La deuxième infirmière pense que c'est primordial d'établir cette relation de confiance pour aboutir à une prise en charge optimale mais que l'échange est compliqué lorsque la barrière de la langue est présente.

Cependant, les infirmières ont différents avis sur la facilité ou non de mettre en place une relation de confiance. Pour la première infirmière, il est compliqué de la mettre en place du fait que la communication verbale soit difficile. De plus, cela mettra plus du temps à s'installer car il y'a l'utilisation de plusieurs types de communications (para-verbal, toucher). La deuxième infirmière, elle, pense que cela dépend si le lien arrive à se former entre le soignant et le soigné non-francophone. Elle évoque également, bien que le soigné soit français ou non, mais notamment avec les personnes étrangères qu'il faut "percer une barrière" et fait part de l'importance de la relation humaine lors de la prise en soin. Elle fait part que cela dépend également des professionnels, certains auront une communication différente ou simplement parce que ce dernier aura fait sujet sur quelque chose de culturel qui portera l'attention du patient et permettra ensuite d'entrer en relation avec ce dernier.

Les moyens pour communiquer avec les personnes ne parlant pas le français

Différents moyens similaires ont été évoqués par les deux infirmières interrogées. Elles évoquent toutes les deux immédiatement l'utilisation de Google Traduction ou les mimes, les gestes, qui débloquent malgré tout, des situations. Elles font également appel à des interprètes pour accompagner ces personnes. Mais la deuxième infirmière évoque le fait qu'ils ne sont là "que pour des moments clés de l'hospitalisation" et prendre rendez-vous avec eux est nécessaire pour qu'ils viennent à l'hôpital. De plus, les deux infirmières évoquent que certains membres de la famille comme le conjoint ou le copain parlent un peu plus le français que la personne hospitalisée donc ils peuvent s'appuyer un petit peu sur eux. Elles évoquent également que lorsque la personne étrangère parle Anglais, cela peut aider à entrer en communication avec elle. La première infirmière demande aussi à ses collègues qui parlent un peu plus d'autres langues étrangères qu'elle. Enfin, la deuxième infirmière, connaît un autre moyen pour communiquer avec ces personnes mais elle ne l'utilise pas. C'est le site Tralelho, qui fait également office de traducteur. Elle ajoute, que, en tant que professionnels de santé, ils pourraient créer des lexiques mais elle précise qu'il y a "tellement d'origines de partout" qu'à un moment ou un autre elle se retrouverait forcément bloqué du fait de ne pas avoir créé de vocabulaire pour cette langue-là.

Leurs ressentis face à cette prise en soin

Tout au long des deux entretiens, j'ai pu relever plusieurs fois le mot "compliqué" de la part des deux infirmières sur la prise en charge des patients étrangers. En effet, elles éprouvent toutes les deux, de la difficulté, notamment lors de la compréhension de la douleur. Elles se rejoignent sur le fait qu'elles y arrivent toujours et qu'elles font toujours au mieux. Elles comparent toutes les deux que la prise en charge avec un patient français n'est pas la même. En effet, la première infirmière se sent frustrée car elle pense que la prise en charge n'a pas bien été finie. La deuxième infirmière se sent parfois démunie du fait de ne pas connaître la langue et pense qu'elle passe à côté d'informations qui vont lui manquer dans la prise en charge. Elle ajoute, que, parfois, le risque est de trop en faire et de donner par exemple quelque chose pour la douleur alors que la personne soignée n'en ressent pas forcément le besoin.

La discussion

Pour cette dernière partie, je vais pouvoir croiser, mettre en relation les résultats d'analyses de mes entretiens et de mes recherches du cadre théorique avec ma question de départ et ma propre réflexion.

1. Fréquence

Dès lors de la première question, je voulais savoir si les infirmières avaient l'habitude de prendre en charge des personnes qui ne parlent pas leur langue régulièrement. Je savais déjà que l'infirmière que je connais bien en prenait souvent en charge pour avoir discuté avec elle auparavant. Il me semblait surtout intéressant de connaître et de comparer la fréquence des personnes étrangères hospitalisées dans les deux différents services. Elles me disent toutes les deux, que cela est variable et que l'infirmière travaillant dans les services précise que c'est par "séries". Je pense que selon où l'on habite, il y a plus ou moins de personnes hospitalisées non-francophones. En effet, l'infirmière travaillant au bord de la côte voit une réelle différence de passages de personnes étrangères entre l'été et l'hiver. La Vendée étant un lieu touristique l'été, beaucoup de personnes s'y dirigent. Je rejoins également le site de France inter vu dans mon cadre théorique qui dit que de plus en plus de monde peut se permettre de voyager du fait, je suppose, des multiples modes de transport (avions, trains, bus, covoiturage) à des prix compétitifs.

On peut se demander également, si les personnes étrangères sont plus susceptibles d'aller dans certains services que d'autres. L'infirmière qui travaille dans le service de chirurgie précise bien que la plupart des femmes viennent des urgences. Et en comparant avec l'infirmière qui travaille aux urgences, la fréquence est plus élevée. Je trouve ça plutôt logique car lorsque les personnes viennent de l'extérieur et qu'ils ont un souci de santé, ils se dirigent directement aux urgences du fait que ce soit un service de soins divers et variés. Pour ma part, ayant exercé dans le service de chirurgie puis une semaine aux urgences gynécologiques, je n'ai pas eu le temps de voir une différence. Cependant, lors de tous mes stages en médecine et en chirurgie j'ai à chaque fois pu prendre en charge un patient qui ne parlait peu ou pas la langue française. Enfin, je pense aussi que les pompiers ou le SAMU sont également confrontés à la barrière de la langue.

2. Différences de conception et comportements des étrangers

Dans mon cadre théorique, Anne-lyse Lemaitre insiste bien sur le fait que les professionnels de santé « sont de plus en plus confrontés à une réalité multiculturelle ». En effet, elle rajoute qu'il est important de comprendre notre propre culture mais aussi celle de la personne soignée. Pour elle, il est

important d'apprendre leurs coutumes, leurs habitudes culturelles et de surmonter les préjugés et « la peur de l'inconnu ».

Lors des entretiens avec les infirmières, la question sur les différences de conception des étrangers selon leur culture ou la langue n'a pas été bien comprise et donc peu développé. Mais, une infirmière m'a quand même transmis qu'il y'avait une réelle différence de conception selon la culture et notamment celle de la douleur.

Je pense que, du fait de la barrière de la langue et de l'incompréhension, certains soignés peuvent percevoir des choses qui ne sont que normales pour nous. Prenons l'exemple d'une infirmière qui demande à une femme de se déshabiller pour enfiler une chemise de l'hôpital pour un côté pratique. Cela pourrait être mal compris, mal vécu, et ce, en fonction de son origine, culture et représentations. La personne étrangère peut se sentir frustrée par rapport à ça. Je rejoins l'auteure, en tant que soignant il est important d'aller vers l'autre. Il faut prendre en considération que nous avons tous des cultures différentes et qu'on a tous des représentations différentes.

D'après mon cadre théorique, certains étrangers se sentent discriminés du fait de leur origine ou leur couleur de peau. D'après mes entretiens, la première infirmière évoque de la frustration de leur part lorsqu'ils ne comprennent pas ce qu'elle leur dit. D'après une de ses expériences, une patiente n'était pas rassurée de se faire opérer en France. La deuxième infirmière me fait part que cela dépend du patient étranger. Certains vont être ouverts à la discussion en utilisant le portable par exemple et d'autres seront plutôt fermées.

En effet, je n'ai pas eu notion de différents comportements par rapport à leur culture mais plus par rapport au fait qu'il ne soit pas dans leur pays d'origine. En effet, il faut prendre conscience et se mettre à la place de l'autre qu'il n'est pas simple de se faire hospitaliser en France du fait que le soigné ne comprends pas forcément tout le cheminement de son suivi médical. Les sentiments qu'ont évoqués les infirmières me paraissent tout à fait compréhensives. Il en est de même d'être compréhensif sur certaines réactions ou comportements selon leur culture. Par exemple, si la personne a eu une réaction « étonnante », en tant que professionnel, je trouve important de se remettre en question et de se dire « Ah oui il est d'origine ... peut-être que dans son pays c'est mal vu par rapport à sa culture ». Je pense, qu'en tant que soignant, il est difficile mais faisable de mettre de côté les différentes représentations, il est nécessaire de faire un réel travail sur nous-même pour ne pas que le soigné le ressente dans la prise en soin.

3. Communication et moyens utilisés

“La communication est quand même clé dans la prise en soin” affirme l’infirmière de chirurgie. Il est vrai que la communication verbale et non-verbale est mise en jeu dans la prise en charge des personnes étrangères. L’infirmière travaillant aux urgences me fait constater qu’elle utilise plus le non-verbal et la deuxième infirmière cela varie des situations en fonction de la personne qu’elle a en face d’elle, de la langue dont elle parle. Je suis plutôt d’accord sur ce qu’elle dit et la rejoint sur son opinion malgré que dans le cadre théorique, Albert Mehrabian montre que dans son étude 55% sont du langage gestuel.

Tout au long de la prise en charge, il est nécessaire d’avoir un feed-back positif ce qui va “favoriser la communication et augmenter les échanges” comme le précise Shannon en mettant en place différents moyens. Que ce soit pour les infirmières interrogées ou pour moi-même, nous utilisons principalement au premier abord, les mimes ou Google Traduction pour communiquer avec les personnes qui ne parlent pas la même langue que nous. Ces moyens sont, je trouve, pratiques, pour montrer un objet ou expliquer quelque chose de simple et court. La technologie et le téléphone sont, de nos jours, utilisés par la plupart des personnes et nous avons souvent une connexion internet, ce qui aide bien. Cependant, comme le dit l’infirmière de chirurgie, la situation devient complexe lorsque l’on traduit avec Google Traduction et que la langue choisie à un alphabet différent. On se retrouve alors coincé. Pour ma part, même si je n’avais pas vraiment le choix et pour l’avoir vécu, je trouve que l’utilisation du téléphone portable n’est pas une communication “naturelle”, cela rend la conversation moins attractive. Par ailleurs, les infirmières me font part qu’elles connaissent un autre site de traduction mais qu’elles ne l’utilisent pas. Ce site, vu dans le cadre théorique, est TraIElHo. Je n’ai moi-même pas eu l’occasion de l’utiliser mais il permet de “gagner du temps dans la prise en charge”, je n’hésiterai donc pas à l’utiliser dans le futur. De plus, lors de mon stage de 2ème année, il était interdit d’avoir son téléphone avec soi, il faut alors trouver dans ces cas-là d’autres moyens autres que les outils.

Les personnes humaines telles que la famille (conjoint, amis) peuvent également être d’une grande aide pour le soignant. En effet, les deux infirmières me disent faire appel à ces dernières lorsque leur entourage parle et comprend un peu mieux le français que la personne hospitalisée. Les infirmières apprécient lorsqu’elles sont présentes. En plus de ça, l’entourage va pouvoir nous apporter plus de détails sur sa vie personnelle, sur sa maladie et nous transmettre si la personne présente des douleurs, des craintes etc...

Outre la famille, j’ai pu voir dans le cadre théorique et à travers mes entretiens, que des interprètes peuvent être présents pour faciliter la prise en charge. Comme le dit Lisa Djadaoujee, “il semble

important de faire appel à eux le plus souvent possible avec l'accord du soigné". Mais ce que me précise l'infirmière de chirurgie c'est que malheureusement "ça ne peut pas être tous les jours non plus" et que c'est vraiment pour des "moments clés de l'hospitalisation" donc, je pense, que faire appel à eux est assez limité. Par ailleurs, lors de mes stages je n'en ai jamais vu dans les hôpitaux. Il faut également prendre en compte comme le dit les auteurs de l'article "Soigner en langue étrangère" que « *L'utilisation d'un interprète officiel pose d'autres problèmes : si la traduction paraît plus fiable et plus neutre, elle peut aussi être déformée car l'interprète méconnaît le langage médical et peut faire des contresens qui s'aggravent dans la traduction.* ». Je pense que oui, les interprètes peuvent débloquent quelques situations et nous aider dans la prise en charge du soigné, notamment pour la compréhension de la douleur, de ses craintes, de ses appréhensions ou bien si le patient a des questions. Attention quand même que l'interprète ne transforme pas ce que dit le patient. De plus, je rejoins les auteurs de l'article et cela pourrait engendrer une mauvaise prise en charge par la suite pour nous, soignants. L'utilisation d'interprète est également source de retard dans la prise en soin car il leur faut le temps de discuter avec le patient et ensuite nous le retranscrire. Pour finir, je trouve que cela "casse" malgré toute la relation qui pourrait y avoir entre le soignant et le soigné.

Lors de mes entretiens, les infirmières évoquent souvent utiliser l'Anglais quand elles le peuvent. Mais comme le dit la deuxième infirmière interrogée, elle n'est pas une "pro" mais évoque que même si la barrière de la langue est présente l'Anglais peut "aplanir les choses" et trouver "une porte d'entrée". La première infirmière trouve que ça va être compliqué lorsque les patients ne comprennent même pas le mot "pain". Il est vrai que l'Anglais, est une langue universelle, que l'on apprend tous, pour la plupart à l'école. Je trouve important que nous en tant qu'élève, nous étudions l'Anglais durant nos trois années d'étude pour revoir ou connaître les différentes parties du corps, quelques termes techniques etc... Je ne suis pas bilingue, mais en ayant la « base », cela a pu m'aider dans certaines situations lors de mes stages et m'aidera dans ma future profession pour m'adapter à beaucoup de patients. Par ailleurs, la situation devient complexe quand on a en face de nous quelqu'un qui ne parle pas un mot d'anglais. Si cela m'arrive dans le futur, il sera important d'utiliser les différents moyens dit précédemment. Et, de compter sur ses collègues comme me le dit l'infirmière des urgences. Celle-ci fait appel à ses collègues qui parlent un peu plus l'anglais lorsqu'elle se sent en difficulté. En effet, le travail d'infirmière est un travail d'équipe. Il est important de faire appel aux collègues pour faciliter la prise en charge. Cela va également permettre de gagner du temps et sera plus agréable pour le patient de communiquer avec une personne qui parle la même langue. J'ai déjà eu l'occasion, en stage, de faire appel à l'aide-soignante car le patient parlait espagnol et cette dernière y parlait couramment. L'entraide entre soignants est bénéfique dans ce genre de situation.

4. La relation de confiance

D'après mon cadre théorique, la confiance apporte « un sentiment de sécurité entraînant toute forme de confidences associées à l'espoir, la communication de ses besoins. ». Les infirmières décrivent tout d'abord la relation de confiance comme une relation qui s'installe entre le soignant et le soigné. Mais elles rejoignent le même avis que l'auteure en disant que les patients s'ils en ressentent le besoin, peuvent leur faire appel pour leur poser toutes les questions qu'ils souhaitent afin qu'ils se sentent rassurés et qu'ils sachent qu'ils peuvent compter sur elles. La deuxième infirmière évoque que la relation de confiance est primordiale pour aboutir à une prise en charge optimale. Cependant, lorsque la barrière de la langue est présente cela impacte l'échange contribuant à la relation de confiance.

Pour ma part, la relation de confiance est, comme le disent les deux infirmières, une relation qui s'installe entre le soignant et le soigné. Elle est primordiale dans la prise en charge de patients étrangers ou non. La relation de confiance avec le patient s'instaure en faisant preuve de plusieurs attitudes soignantes et plusieurs qualités mais si cela n'est pas établi dans la prise en soin cela pourrait impacter la prise en charge.

A travers de l'article de Lisa Djadaoujee, les attitudes à avoir sont l'empathie, l'écoute active, la bienveillance, considérer le patient dans sa singularité, être transparent, authentique dans ses propos et dans ses sentiments. Le soignant doit aussi montrer qu'il est attentif, vrai et digne de confiance sans jugement de valeur. Mais pour cela, l'auteure Cidolina Lourenco précise qu'il faut se montrer avant tout disponible pour le patient.

Toutes ces attitudes que les auteures citent sont essentiels pour moi pour établir une relation de confiance. Le fait que l'on doit avoir une écoute active s'accroît encore plus lorsque le patient ne parle pas la même langue que le soignant. Je rajouterais même que l'on doit faire preuve d'attention. Par exemple, ayant les bases d'Anglais ou d'Espagnol et si le patient parle celles-ci, je vais essayer de déchiffrer, de comprendre et chercher ce que me dit le soigné. Pour cela, la patience est aussi une qualité à avoir en tant que soignant. La bienveillance est également un élément important. En effet, la personne étrangère peut peut-être parfois se sentir mise de côté du fait de ne pas parler la même langue que tous les professionnels de santé. Il est important d'être attentionné tout en étant compréhensif envers l'autre. Le respect de l'autre malgré son origine, sa langue ou sa culture doit être accepté pour tous soignants. Puis, il faut se rendre disponible pour tous patients et ne pas faire de différence entre soigné francophones / non francophones.

De ce qui est de la facilité ou non de la mise en place de la relation de confiance, la première infirmière que j'ai pu interroger me transmet que cela est difficile du fait que la communication verbale soit

compliqué. Elle précise que cela mettra plus de temps à mettre en place que si la personne parlait la même langue que nous. En effet, mon cadre théorique décrit que le développement de la relation de confiance est « lent et continu ». Ce qu'a dit la deuxième infirmière est intéressant, cela dépend si « un lien » arrive à se former entre le soignant et le soigné étranger, et « percer la barrière » avec l'importance de la relation humaine. Elle me précise que cela dépend également du professionnel qui va se trouver en face de ce patient, en fonction de l'utilisation de sa communication ou qui réussira à dévier sur quelque chose qui aura interpellé le patient en parlant de choses culturelles par exemple.

Il est vrai que la relation de confiance avec le patient francophone peut être longue à mettre en place mais il en est encore plus lorsque le patient est non-francophone comme le dit l'infirmière. Pour ma part, même si la construction de cette relation de confiance est plus longue, il faut faire preuve d'investissement professionnel mais également personnel dans ce genre de situation.

Je pense également que la relation de confiance peut être influencée par de nombreux facteurs tels que la culture, le sexe, les représentations, etc... d'où la complexité de mettre en place une relation de confiance. Lorsque la barrière de la langue est présente cela peut être compliqué d'avoir une bonne compréhension entre soignant – soigné et inversement. La barrière de la langue ainsi que certaines cultures ou origines pourraient amener à des malentendus de la part du soigné. Il est donc possible, je pense, que ces derniers entravent la possibilité de construire une relation avec le patient.

Cependant, avec les entretiens que j'ai pu avoir et malgré ces nombreux facteurs, il est tout à fait possible d'établir une relation de confiance avec un patient qui ne parle pas le français. Par exemple, avec la patiente de ma deuxième situation d'appel j'ai pu avoir un sourire, un hochement de tête et un « Merci ». Ces gestes et ce mot qui permettent d'entrer en communication et qui me confirment que la relation de confiance a été mise en place entre le patient et moi-même.

5. Ressenti des soignants

Le ressenti de la prise en soin des personnes ne parlant pas la même langue que nous est bien sur propre à chacun. Cette dernière éprouve de la difficulté comme l'ont décrite les deux infirmières lors des entretiens. En effet, chacun réagit de manière différente face à la difficulté. Les infirmières évoquent que le fait de ne pas comprendre l'intensité de la douleur du patient ou même d'expliquer un soin au détail est d'une part frustrant pour la première infirmière et pour la deuxième infirmière elle se sent démunie. Démunie face à ça mais surtout de ne pas connaître la langue et de passer à côté d'informations qui va impacter la prise en charge. Elles insistent toutes les 2 que la prise en charge avec un patient français n'est pas la même bien sûr. La deuxième infirmière m'évoque également un

risque qui la déstabilise lors de cette prise en soin. C'est le risque d'en faire trop et ainsi faire ou donner un traitement qui ne serait pas utile. Malgré cela, elles me disent qu'elles font toujours au mieux quand elles font face à ces personnes et qu'elles y arrivent toujours par différents moyens. En outre, la deuxième infirmière pense que la prise en charge n'est pas « optimale ».

Lorsque j'ai fait face à ces situations lors de mes stages, j'ai pu tout d'abord ressentir de la complexité dans la prise en soin comme les 2 autres infirmières. J'ai pu également ressentir de la frustration quand je ne comprenais pas ce que le patient me disait. En effet, notre rôle en tant que soignant est de comprendre, rassurer, analyser l'état de santé du patient mais quand cela est difficile cela peut amener à une part de stress et d'impuissance face à cela. Par exemple, lors de mon stage en Gastro-entérologie, le soigné géorgien ne comprenait pas que je devais lui donner ce traitement à cette heure-ci. Malgré l'utilisation de la communication verbal et non-verbal (toucher), il ne comprenait toujours pas ce que je lui disais et ce que je lui donnais. J'ai donc fait appel à l'infirmier, qui lui a réussi juste en évoquant le mot « médecin ». Une petite part d'agacement s'est installé en moi du fait de devoir faire appel à l'infirmier et que celui-ci y arrive du premier coup alors que cela faisait déjà quelques minutes que j'essayais avec le patient. En effet, nous sommes humains, il est tout à fait normal, je pense, de ressentir ce genre d'émotions en pareil circonstance.

Avec du recul sur ce genre de situations, il est aussi important de s'arrêter sur celui qui se fait soigner. Il est vrai que si cela est compliqué pour nous, soignant, il doit en être de même pour le patient. Je pense même, que les patients doivent ressentir les mêmes émotions que nous et même parfois de l'énervement face à l'incompréhension du soin et de l'avancée des diagnostics, etc.

En tant qu'étudiante, je ne peux pas dire que je suis encore à l'aise dans la prise en charge de personnes non-francophones. J'espère et je pense qu'avec l'expérience cela me permettra de l'être. Je sais tout de même que je ferais le maximum en utilisant les différents moyens de communication existants et en faisant preuve de mes qualités : la patience, la bienveillance, l'écoute et la gentillesse.

Ainsi, grâce à l'exploitation, les constatations que j'ai pu faire à travers mes recherches et les entretiens que j'ai pu avoir avec les infirmières, j'ai pu élaborer ma question de recherche : « En quoi la barrière de la langue peut-elle impacter la prise en charge de l'IDE ? »

CONCLUSION

Pour conclure, plusieurs éléments essentiels à la démarche de recherche m'ont permis d'aboutir à la réalisation de ce travail de fin d'études. L'analyse de deux situations vécues lors de différents stages m'a tout d'abord permis de faire émerger plusieurs questionnements pour, finalement, aboutir à la question de recherche principale : « *Dans quelle mesure la confrontation à la barrière de la langue peut-elle impacter la prise en charge par l'IDE d'un patient d'origine étrangère ?* ». J'ai pu y relever différents concepts tels que les représentations, la communication et la relation de confiance dans le but d'effectuer une recherche documentaire efficace. Cette dernière m'a permis de rédiger mes différentes parties sur la personne étrangère avec ses représentations dans un premier temps, la communication ensuite pour finir avec la relation de confiance. Pour approfondir mes recherches, j'ai pu m'entretenir avec deux infirmières amenées à prendre en soin des patients qui ne parlent pas leur langue à l'aide d'entretiens semi-directifs. Cela m'a permis d'apporter des résultats à ma question de départ. En effet, la prise en soins de patients non francophones est compliquée notamment à cause du manque de compréhension l'un envers l'autre. Que cela prend plus de temps comparé à quelqu'un qui parle notre langue. J'ai pu y ressortir l'importance de la communication non-verbal avec l'utilisation de divers moyens. Le fait que le soigné étranger parle un minimum l'anglais est d'une aide précieuse pour le soignant. Aussi, établir une relation de confiance, primordial pour une prise en charge optimal est compliqué à mettre en place avec la barrière de la langue. Mais, en tant que soignant, notre rôle est de faire le maximum pour que la prise en charge se passe dans les meilleures conditions. Il faut faire preuve tout au long de la prise en soins de nos qualités et de nos valeurs soignantes en mettant en place une communication la plus adépte possible ainsi que les différents moyens existants.

J'ai pu rencontrer des difficultés notamment sur une partie de mon cadre théorique du fait du faible apport de sources bibliographiques, ce qui a pu impacter sur mon analyse descriptive et interprétative. De plus, j'ai douté et stressé en pensant ne pas pouvoir élaborer ce travail de fin d'étude. Mais, je ne pouvais pas baisser les bras. Ma motivation, l'accompagnement de ma formatrice, le soutien de mes amies de la promotion et mon envie d'obtenir le Diplôme d'Etat Infirmier ont été bénéfiques pour terminer de ce travail.

En tant que future infirmière, ce travail d'initiation à la recherche a un réel intérêt. En effet, celui-ci a été très enrichissant autant sur le plan personnel que professionnel. Il m'a permis d'apporter un regard critique sur ma pratique professionnelle et ainsi de la faire évoluer ; j'ai pu me questionner, me remettre en cause. Cela m'a permis de compléter et d'approfondir mes connaissances grâce à toutes les recherches diverses et très intéressantes que j'ai pu effectuer. Ces différents éléments ont contribué à me positionner en tant que future professionnelle avec pour objectif principal une prise

en soin de qualité. Ce travail de fin d'études, qui finalise mes trois années de formation en Soins infirmiers, m'a fait évoluer en tant que professionnelle mais aussi en tant qu'être humain.

Dans le cadre de futures recherches, il serait intéressant et judicieux d'obtenir des renseignements sur le vécu de l'hospitalisation des personnes ne parlant pas le français et de connaître le ressenti. Estiment-ils avoir une bonne prise en charge médicale et paramédicale ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

1. Bioy, A., Bourgeois, F., Nègre, I., & Benhamou, D. (2013). *La communication entre soignant et soigné*. Bréal.
2. Christine, P. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières 5e édition*. Setes.
3. Cidolina, L. (1998). *Perspective soignante* (Vol. 1). Seli Arslan.

Articles :

4. Djadaoujee, L. (2013). *La barrière culturelle dans le soin*. 195, 37-39

Textes législatifs :

5. *Code de la santé publique - Article R4312-25*. (2012). Codes-et-lois.
<https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-r4312-25>

Pages web :

6. Annelise, L. (2015). *Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent*. Cairn.
<https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2015-4-page-95.htm>
7. Charles, G., & Edith, S.-W. (2009). *Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé*. Cairn.
<https://www.cairn.info/journal-societes-2009-3-page-35.htm>
8. Christophe, J. (2009). *Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé*. Cairn.
<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2009-2-page-73.htm#auteur>
9. *Communication non-verbale patient/soignant (MediPicto)*. (2021, 8 mars). APHP.
<https://www.aphp.fr/medipicto>
10. Elise, P., Pascale, B., & Laure, W. (2016). *Ségrégations à l'hôpital. De quelques figures de l'étranger dans la relation de soin*. Cairn.
<https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2016-2-page-51.htm>
11. François, S., & Slimane, T. (2015). *Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ?* Cairn.
<https://www.cairn.info/revue-empan-2015-2-page-101.htm>
12. Isabelle, M., Idriss, F.-R., Stéphanie, L., & Zahia, K. (2012). *Soigner en langue étrangère*. Cairn.

- <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2012-4-page-11.htm>
13. Julia, V. (2022, 29 mars). *Les patients étrangers : remède aux déficits des hôpitaux*. France Inter.
<https://www.franceinter.fr/amp/societe/les-patients-etrangers-remede-aux-deficits-des-hopitaux>
 14. Luthereau, A. (2020, août 19). *Briser la barrière de la langue*. Actusoins.
<https://www.actusoins.com/335755/briser-la-barriere-de-la-langue.html>
 15. Marion, V. (2016). *TraLELHo*. Tralelho.
<https://www.tralelho.fr>
 16. *Qu'est-ce qu'un étranger ?* (2022). Musée de l'histoire de l'immigration.
<https://www.histoire-immigration.fr/les-mots/qu-est-ce-qu-un-etraner>
 17. *Patients non résidents / International patients*. (2020, 20 janvier). APHP.
<https://www.aphp.fr/patient-public/patients-non-residents-international-patients>
 18. Wikipedia contributors. (2022, 27 février). *Barrière linguistique*. Wikipédia.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Barri%C3%A8re_linguistique
 19. Wikipedia contributors. (2022, 23 février). *Communication non verbale*. Wikipédia.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Communication_non_verbale

Cours :

20. Le Bihan, C. (2020) *Théorie de la communication*.
21. Le Bihan, C. (2020) *Les attitudes de Porter*.

Annexe I : guide d'entretien

INTRODUCTION

Introduire l'entretien : se présenter, annoncer le sujet du mémoire, garantir l'anonymat et obtenir le consentement pour l'enregistrement audio.

Concept / Notion	Thèmes / sous-thèmes	Objectif attendu	Questions posées
L'hospitalisation des personnes étrangères	Concept de Santé et maladie : Représentations sociales en fonction de son origine culturelle, sociale...	<p>Connaître la fréquence des personnes étrangers dans le service</p> <p>Connaître les différences de conception par rapport aux étrangers (en fonction culture, sante...)</p> <p>Connaître les différences de comportements entre patient parlant la langue / ne parlant pas la langue</p>	<p>- Quelle est la fréquence (environ) des personnes hospitalisées ne parlant pas le français dans votre service ?</p> <p>- Lorsque vous prenez soin d'un patient étranger et ne parlant pas la langue française, remarquez-vous des différences de conception sur la santé et la maladie ? Pouvez-vous me citer des exemples</p> <p>- Remarquez-vous des différences de comportements (liées à leur culture, langue...) du patient étranger face à vous ? Donnez-moi des exemples concrets</p>

La communication	La communication verbale La communication non-verbale	Connaître le type de communication utilisée par le soignant Connaître la posture du soignant	- Quel genre de communication utilisez-vous le plus souvent pour communiquer avec ces personnes ? - Comment réagissez-vous face à un patient ne parlant pas le français ? <i>Votre ressenti, vos facilités, vos difficultés ?</i>
La relation de confiance	Les moyens	Obtenir une définition propre au soignant interrogé Connaître les moyens existants contribuant à la prise en charge du patient étranger	- Comment définiriez-vous « La relation de confiance » dans les soins ? - Une relation de confiance avec un patient ne parlant pas le français est-elle facile à mettre en place ? - Quels moyens utilisez-vous pour une meilleure prise en charge d'un soigné étranger ? - Connaissez-vous d'autres moyens mais que vous n'utilisez pas forcément ? - Pensez-vous que faire face à une personne ne parlant pas le français nuit à la qualité des soins ? - Expérience avec un patient étranger qui vous a marqué ?

CONCLUSION

Conclure l'entretien : Que souhaitez-vous ajouter ? Remerciements. Garantir à nouveau l'anonymat.

Annexe II : Transcription des entretiens

Le 1er entretien s'est déroulé le 13/03/2022 avec Solène C, infirmière de nuit aux urgences.

ESI : Alors, quelle est la fréquence (environ) des personnes hospitalisées ne parlant pas le français dans votre service ?

IDE : Alors qui ne parle pas français, après nous on est aux urgences donc en passage on n'est pas à beaucoup par jour, après on va en avoir plus fréquemment l'été, et je ne sais pas l'été on peut être à... après on travaille de nuit donc on peut peut-être aller à cinq je dirais, grand maximum.

ESI : Ouais d'accord. Par jour du coup ?

IDE : Ouais, à peu près, plus l'été, grand maximum. Après en période hiver, enfin hors été on est à moins, nous la nuit on est 1-2 grand max par série tu vois, même pas par nuit.

ESI : Ok d'accord. Et du coup lorsque vous prenez soin d'un patient étranger et qui ne parle pas la langue française, est-ce que vous remarquez des différences de conception sur la santé et la maladie ?

IDE : Ah bah oui, parce qu'eux, déjà, ils veulent, c'est bête à dire mais ils veulent directement payer les soins, à chaque fois. Après, c'est la barrière aussi d'expliquer aussi les prescriptions, savoir qu'il va falloir avoir un suivi, admettons pour une plaie, ils ne comprennent pas forcément, ils ne savent pas à qui à faire appel après, aussi à faire appel à un cabinet d'infirmière ou aller voir le médecin pour la suite de la prise en charge, c'est plus compliqué comme ça.

ESI : D'accord, ok ça marche, et remarquez-vous des différences de comportement par rapport à sa culture ou à la langue du patient étranger face à vous ?

IDE : Moi face à eux ou eux face à moi ?

ESI : Vous face à eux.

IDE : Je ne sais pas comment expliquer... beh ce qui est compliqué c'est quand ils ne comprennent pas du tout. Alors moi je sais que pour expliquer les soins ou les choses comme ça et bien je fais Google Traduction mais c'est compliqué. Je me suis retrouvée un jour à transfuser une dame qui ne parlait pas du tout français, et bien c'était compliqué de lui expliquer, d'avoir son accord, plutôt dans ce sens-là.

ESI : Et eux par rapport à ça, ils sont frustrés ou pas ?

IDE : Oh bah oui je pense car souvent, il y a soit des interprètes qui sont avec eux, sinon ils ont des copains qui comprennent mieux le français et qui parlent plus le français et du coup ils se retournent directement vers eux.

ESI : Oui voilà c'est ça.

IDE : Pour avoir vraiment un allié ou avoir quelqu'un de référent.

ESI : Oui d'accord. Et du coup, vous l'avez dit un petit peu précédemment, mais le genre de communication que vous utilisez avec eux ?

IDE : Ah oui, bah du coup déjà avec les mains, fin je mime beaucoup, après bah oui Google Traduction et après nous on a un site aussi sur notre logiciel. En fait c'est un traducteur qui peut aider aussi. Mais c'est vraiment oui avec le téléphone, Google traduction.

ESI : C'est quoi le site ?

IDE : Alors je ne sais plus, c'est sur Kalios mais après c'est un peu, comme un traducteur aussi, et aider à faire face... enfin je sais que nous, quand on est à l'accueil, pour faire les admissions, on a tout un questionnaire à leur faire remplir pour que ça aille plus vite et donc c'est plus simple. Après oui, mimer mais oui c'est compliqué.

ESI : Donc plus le non-verbale que le verbale du coup ?

IDE : Oui carrément, plus le non verbal.

ESI : Oui, ok ça marche. Et vous du coup comment réagissez-vous face à ces patients ?

IDE : Ah beh c'est compliqué. Souvent, je vais demander à des collègues qui parlent un peu plus anglais que moi ou qui ont d'autres bases dans d'autres langues. Après du coup bah c'est compliqué ouais... Je mime, je parle beaucoup moins c'est vrai. C'est compliqué de savoir aussi s'ils ont mal ou des choses comme ça, quand ils ne comprennent pas le mot "pain". C'est compliqué, on n'y arrive toujours mais bon... Après j'ai l'impression qu'ils sont un peu... pas laissé pour contre mais tu sais, un peu, on ne finit pas bien la prise en charge. Je suis un peu sur ma faim. Ce n'est pas comme si j'accompagnais quelqu'un qui était français, qui comprenait bien le français.

ESI : De ce que vous me dites, pensez-vous que cela nuit à la qualité des soins ?

IDE : Pas forcément à la qualité je ne pense pas mais plus à, comment dire, fin si car ils n'auront pas le même suivi après, c'est plus dans ce sens-là. Nous après en tant que tel, pas aux urgences forcément mais c'est après pour la suite. Ils n'ont pas le même suivi, les choses comme ça. Admettent-ils ont besoin d'aller voir un médecin par la suite, je ne suis pas sûr qu'ils le feront.

ESI : Et selon vous, comment vous définiriez la relation de confiance dans les soins ?

IDE : La relation de confiance c'est vraiment quelque chose, pour moi, comment dire, comme on dire c'est de la confiance donc c'est donnant/donnant. Admettons le patient me demande mon prénom beh je vais lui donner, tu vois ça ne me dérange pas. Après c'est vraiment tout lui expliquer, tout détailler ce que l'on va faire. Je sais qu'ils aiment bien et c'est là aussi qu'on va vraiment discuter du pourquoi ils sont là, qu'est ce qui les amène ici, est-ce qu'il y'a de la famille pour eux qui sont là en salle d'attente pour aller leur dire ou on en est dans la prise en charge. Vraiment pour moi ça fait aussi partie de ça, d'aller dire à la famille, qui sont parfois inquiets.

ESI : Oui les rassurer du coup.

IDE : Oui voilà, vraiment mettre en place une relation quoi, c'est surtout ça.

ESI : Et cette relation de confiance est-elle difficile pour vous à mettre en place ?

IDE : Alors, pour moi oui je trouve que la relation de confiance est difficile à mettre en place car je trouve que du fait que la communication verbale est difficile et bien cela prend plus de temps. Je pense qu'il faut plus de temps car du coup d'autre communication entre en jeu comme le para verbal avec la gestuelle et aussi le toucher.

Par exemple quand une personne étrangère est douloureuse, je trouve que la relation est soit facile à mettre en place si on trouve facilement un moyen de le soulager et en lui faisant comprendre qu'on est là si besoin mais à l'inverse la barrière de la langue peu vraiment être un frein justement quand on n'arrive pas à se comprendre

ESI : Oui je vois ça marche. Et du coup, vous me l'avez dit plus haut les moyens que vous utilisez avec ces patients mais connaissez-vous d'autres moyens mais que vous n'utilisez pas ?

IDE : ...Alors non ça ne me dit rien comme ça.

ESI : Ok. Et pour finir, avez-vous une expérience avec un patient étranger qui vous a marqué ?

IDE : Beh justement, la dame que l'on a eue, c'était une jeune femme, c'était mis qu'elle avait une trentaine d'années mais je pense qu'elle avait moins. Elle était en plein processus pour essayer d'avoir un enfant. Et, elle était anémiée, très bas, je crois qu'elle était à 5 donc on a été obligé de la transfuser. Ma collègue avait déjà passé un culot, j'ai dû en passé 2 dans la nuit. Et ouais compliqué, même pour savoir si elle avait des douleurs, choses comme ça, fin, traduire la transfusion, qu'on allait remettre une poche.

ESI : Elle venait d'où la patiente, tu sais ?

IDE : Je crois qu'elle venait du Soudan mais je n'en suis pas sûre. En fait, moi, avant que j'arrive elle avait une interprète, et du coup qui était partie vers 20h et puis son mari n'était pas là donc c'était compliqué, elle ne parlait pas du tout un mot de français en plus et ni d'anglais. Donc j'avais fait au mieux mais ouais compliqué. Et ouais c'était une jeune dame qui n'était arrivé il n'y a pas très longtemps, qui avait été suivi à la, donc un service ou c'est un médecin urgentiste qui fait ça, il fait des consultations avec des patients qui n'ont pas encore de médecin traitant. Il l'avait vu au mois de novembre et il lui avait prescrit déjà une prise de sang ou on retrouvait une anémie mais elle n'avait pas fait explorer du coup, peut-être qu'elle ne connaissait pas ou peut-être qu'elle ne se sentait pas rassurée de le faire en France et donc là elle revenait qu'elle est n'était vraiment pas bien.

ESI : Ah oui d'accord, mais c'est vrai que l'on pourrait se mettre à leur place et ce n'est pas forcément simple pour eux !

IDE : Oui complètement.

ESI : Donc voilà, on arrive à la fin. Voulez-vous rajouter quelque chose ?

IDE : Non c'est bon. J'espère que ça va le faire.

ESI : Oui oui, merci beaucoup en tout cas !

Transcription de l'entretien n°2

Le second entretien s'est déroulé le 15/03/2022 avec Sarah G., infirmière de programmation et en chirurgie gynécologique.

ESI : Alors du coup, est ce que vous pourriez me dire, quelle est la fréquence environ des personnes qui sont hospitalisées ne parlant pas le français dans le service ?

IDE : C'est très variable, souvent ce sont des patientes qui viennent des urgences gynéco, surtout chez nous. Très souvent c'est plutôt ça, après en terme de fréquence, peut-être 1 par mois, à peu près. Après c'est vrai que des fois y'a des séries mais à peu près 1 par mois quoi.

ESI : Oui d'accord ça marche. Et du coup lorsque vous prenez soin de personnes étrangers et qui ne parlent pas la langue française, est-ce que vous remarquez des différences de conception sur la santé ou sur la maladie ?

IDE : Bah je pense qu'en fonction qu'en fonction de la culture tu vois bien que c'est très différent, que tout le monde n'a pas la même conception de la douleur notamment. La douleur est ce qu'il y'a le plus difficile d'évaluer, je pense, lorsqu'il y'a la barrière de la langue parce que tu n'as pas d'échelles forcément adapté, quand il y'a vraiment cette différence-là, c'est difficile de trouver une échelle de valeur commune. On peut dire une échelle EV simple, vraiment, un peu, beaucoup mais ça ne reste quand même pas très précis donc c'est vraiment ce qui est le plus difficile à évaluer. Donc oui c'est sur je pense qu'il y'a ça et puis avec la barrière de la langue il y'a aussi la compréhension de... être sûr qu'il y'a la compréhension de la maladie : est-ce que tout a été compris, est-ce que l'étonnant aboutissant a été compris, qu'est-ce que ça implique en termes de traitement etc... Surtout nous il y'a de la cancéro. Voilà, quand le médecin a fait une annonce un peu dure et qu'il y a la barrière de la langue il faut s'assurer que tout a été compris avec aussi le pronostic derrière quoi.

ESI : Oui voilà c'est ça... ok. Et est-ce que vous remarquez des différences de comportements liés à leur culture, à leur langue face à vous ?

IDE : Alors autant y'a des personnes qui je pense, avec la barrière de la langue ça les freine du coup ils sont très fermés, c'est très difficile de rentrer en communication même gestuel avec eux autant d'autres personnes sont très ouvertes à utiliser que ce soit le téléphone portable, appeler le conjoint qui parle français un petit peu. Certaines personnes arrivent plus facilement que d'autres, comprendre ce dont ils ont besoin. Après c'est vrai que quand, même s'il y a la barrière de la langue, même s'il y a ne stresse qu'un peu d'anglais, je ne suis pas une pro de l'anglais mais ne stresse que vraiment la base de l'anglais ça peut aussi un peu aplanir les choses et trouver un petit peu une porte d'entrée, voilà. Même Google Trad, malgré tout, des fois ça débloque quelques situations, un petit peu quoi. Je ne sais plus si tu étais en stage en gynéco quand il y'a eu l'histoire du suppositoire ?

ESI : Ah non ça ne me dit rien.

IDE : C'est un exemple parmi tant d'autres mais la patiente elle n'avait pas compris le suppositoire.

ESI : D'accord, et du coup c'est qu'elle l'a pris ... ?

IDE : On n'a jamais eu le fin mot de l'histoire mais on s'est demandé s'il elle ne l'avait pas avalé.

ESI : Ah oui...

IDE : Donc oui, faut trouver les gestes, le mime, ça marche bien.

ESI : Oui voilà, j'en viens justement. Quels moyens utilisez-vous pour communiquer avec eux ? Vous m'en avez déjà dit précédemment.

IDE : Comme je te disais oui Google Trad, les proches, la gestuelle, les mimes. Après, en cas de vraiment gros besoin, notamment pour les consultations médicales, on a les interprètes du réseau ".....". On peut leur faire appel à eux mais bon ça ne peut pas être tous les jours non plus et pour l'hospitalisation au quotidien c'est vraiment pour des moments clés de l'hospitalisation. Puis, je sais qu'à un moment donné il y avait un petit fascicule mais c'était surtout aux urgences avec des mots clés, après je sais qu'il n'y avait pas toutes les langues. Parce qu'il y a des langues plus faciles à appréhender que d'autres parce que c'est pareil avec Google Trad, dès qu'il y a un alphabet différent, beh là on est vite paumé quoi.

ESI : Oui c'est clair. Et du coup les interprètes, sont-ils directement ici ou... ?

IDE : En fait, y a 2 différents, y'a 2 listes sur l'intranet ou c'est les salariés du CHU médicaux / paramédicaux qui ont des compétences en langues étrangères que l'on peut appeler donc il y a leur numéro de poste donc il y a vraiment beaucoup de langue et après si vraiment y'a pas dans cette liste-là, il faut remplir un document via l'intranet pour faire appel aux réseaux d'interprètes via le réseau ".....". Donc là c'est sur rendez-vous, c'est pour des moments clés type consultation d'anesthésie.

ESI : Ah oui donc faut savoir à l'avance qu'on aura besoin d'eux dans ces cas-là.

IDE : C'est ça.

ESI : Ok, ok et du coup pensez-vous que vous, vous utilisez le plus le verbal ou le non-verbal ?

IDE : Je pense que ça dépend des fois. Certaines langues, je pense qu'on est tellement démunis... Parce que certaines, on essaye le verbal même si c'est approximatif mais certaines langues on est vraiment démunis, on n'a aucune... voilà... C'est vrai que nous souvent on a quand même les conjoints, y a quand même. Les patients sont vraiment rarement tous seuls. On trouve quand même le moyen de communiquer, un petit peu quoi. Ce n'est pas optimal comme communication mais bon.

ESI : Oui d'accord je vois. Et du coup, vous, comment réagissez-vous face aux patients étrangers ? Quand vous savez que vous devez prendre en charge un patient qui ne parle pas la même langue ? Réagissez-vous différemment ? Prenez-vous soin différemment aussi ?

IDE : Je ne pense pas qu'on puisse dire qu'on prend soin différemment car on essaye de faire au mieux quand même comme on disait tout à l'heure, je ne pense pas que l'on soit optimal parce qu'il y a des choses qui je pense, même s'il y'a des choses qu'on ne veut pas, il y'a des choses qui doivent nous passer à côté, y'a de l'information qui va nous manquer en fait. Que ce soit la douleur, on essaye d'observer le faciès, on essaye de coter comme on peut la douleur. Mais même rien que ça on passe certainement à côté de choses que l'on ne veut pas. Alors le risque c'est aussi de trop en faire et de vouloir à tout prix tout donner malgré que la patiente n'ait pas mal. Et puis, peut-être que des patients ont des questions, des interrogations, pour qui, avec des patients francophones, on n'aurait pas de soucis, qui pourraient facilement nous évoquer tout leur état d'âme post-annonce. Après, on n'a pas souvent le cas mais des patients a qui ont met une stomie, j'imagine que pour le patient étranger, ça soulève tellement de questions, derrière il faut assurer en termes d'informations. Donc c'est plus ça, même si, malgré tout, la prise en soin est différente et peut-être moins bonne parce qu'il manque quelque chose quoi...

ESI : Cela nuirait donc à la qualité des soins ?

IDE : Bah, après ça dépend à quel degré est la barrière de la langue. S'il y'a vraiment 0 communication. La communication c'est quand même clé dans la prise en soin. Si vraiment on arrive pas du tout et qu'il y a un mur et qu'il n'y a rien du tout, là je pense que oui cela peut aboutir à des prises en charge catastrophiques. Mais c'est pour ça je pense quand même qu'on cherche toujours à trouver un moyen, un biais pour contourner un peu, pour faire les choses le moins mauvais possible quoi.

ESI : Oui oui c'est sûr ! Et mis à part les moyens que vous m'avez évoqué, connaissez-vous-en d'autres mais que vous n'utilisez pas ?

IDE : Bah écoute non. Après c'est vrai que si on avait un lexique, on pourrait créer ça. Je sais qu'il y' une infirmière du CHU qui avait créé un site "Tralelho" mais nous on pourrait créer des lexiques etc. mais après c'est quelle langue privilégier parce que maintenant il y'a tellement d'origines de partout, enfin faudrait en sélectionner mais on se retrouvait forcément à un moment donné confronté à une langue que l'on n'a pas envisager. Mais sinon ouais d'autres moyens... Tu me poses une colle.

ESI : Non mais y'a pas de soucis. Vous l'utilisez-jamais Tralelho ?

IDE : Non, très rarement, très rarement.

ESI : D'accord. Et sinon, comment définiriez-vous la relation de confiance dans les soins ?

IDE : La relation de confiance, je pense déjà que c'est primordial. C'est la mise en relation entre le soignant et le soigné qui aboutit à la prise en charge optimale du patient, donc vraiment, que le patient sache qu'il peut compter sur le soignant pour pouvoir poser toutes les questions qu'il a sans barrière, qu'il sait qu'il n'aura pas de jugement, de la part du soignant. Que ce soit un échange quoi, voilà. Et ce qui pêche un peu d'ailleurs quand il y a la barrière de la langue c'est un peu l'échange.

ESI : Ouais c'est ça. Et du coup compliqué pour vous de mettre en place cette relation de confiance avec ces patients ne parlant pas la langue ?

IDE : Voilà c'est ça. En fait tout dépend si le lien arrive à se faire quoi. Est-ce qu'on arrive à un moment donné de percer cette barrière-là pour réussir à entraîner un peu le patient avec nous et réussir à trouver, on voit bien des fois, enfin c'est pareil avec tous les patients car c'est de la relation humaine mais notamment quand il y a la barrière de la langue. Certains patients s'attachent plus facilement à une infirmière ou à une autre parce qu'elle a réussi à communiquer différemment avec eux, parce qu'elle a rebondi sur quelque chose de culturel qui leur fait écho et qui du coup, réussit à trouver ce qui permet d'entrer en relation quoi.

ESI : Oui je comprends... On va arriver à la fin, est-ce qu'il y a une expérience qui t'a marqué avec un patient étranger ? Peut-être l'histoire du suppositoire ?

IDE : Oui l'histoire du suppositoire. Ce n'est pas moi qui m'occupais de cette patiente mais je m'en souviens et que du coup c'est récent. Enfin bon voilà après c'est souvent que l'on est confronté. T'as bien vu aux urgences gynéco, ne stresse que quand on prend en charge des vomisseuses gravidiques, parfois y a quand même la barrière de la langue. Quand on doit imposer un protocole qui est hyper rustique, enfin qui est violent quoi. Déjà quand on parle français alors quand on ne parle pas français. Voir les soignants retirer le téléphone portable, fermer les volets, enlever la télécommande, éteindre la lumière, bah je pense que ça peut être terrible comme sensation quoi, c'est frustrant et ça peut faire croire à de la maltraitance quand on ne comprend pas le but quoi. Donc c'est souvent qu'il y a des questionnements par rapport à ça. Avec un peu de chance le conjoint parle un peu français donc on peut expliquer en amont ce qu'il va se passer et que c'est temporaire et que c'est pour le bien. Mais ouais des fois ça peut être un peu compliqué quoi.

ESI : Oui oui en effet, j'avais bien pu le remarquer quand j'étais dans les services. Elle venait d'où en plus la patiente ?

IDE : Alors je ne sais plus trop, elle devait venir du Moyen-Orient, d'Asie mais je ne sais plus de quelle langue elle parlait. Je m'étais dit "Alala ça va être compliqué" et puis si elle n'arrive pas à expliquer ça à ses proches, beh du coup ils viennent tout le temps. Et eux s'ils ne parlent pas français, ils ne comprennent pas non plus pourquoi on leur interdit les visites. C'est un peu le savon qui se mord la queue et nous on passe pour des tortionnaires quoi.

ESI : Je vois. Bon bah écoute c'est bon pour moi, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

IDE : Non non pas spécialement.

ESI : D'accord. Parfait alors, merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions !

Annexe III : Tableau d'analyse des entretiens

Questions	Objectifs de l'analyse	Réponses IDE 1	Réponses IDE 2
<p>Quelle est la fréquence (environ) des personnes hospitalisées ne parlant pas le français dans votre service ?</p>	<p>Connaître la fréquence des personnes étrangers dans le service</p>	<p>“On n’est pas à beaucoup par jour [...], plus fréquemment l’été [...], cinq je dirais, grand maximum”</p> <p>“Après en période hiver, enfin hors été, on est à moins, nous la nuit on est à 1-2 grand max par série tu vois, même pas par nuit”</p>	<p>“ C’est très variable, souvent ce sont des patientes qui viennent des urgences gynéco, surtout chez nous. Très souvent c’est plutôt ça, après en termes de fréquence, peut-être 1 par mois, à peu près. Après c’est vrai que des fois y’a des séries mais a peu près 1 par mois quoi.”</p>
<p>Lorsque vous prenez soin d’un patient étranger et ne parlant pas la langue française, remarquez-vous des différences de conception sur la santé et la maladie ? Pouvez-vous me citer des exemples</p>	<p>Connaître les différences de conception par rapport aux étrangers (en fonction de son origine culturelle, sociale...)</p>	<p>/</p>	<p>“En fonction de la culture tu vois bien que c’est très différent, que tout le monde n’a pas la même conception de la douleur notamment.”</p>
<p>Remarquez-vous des différences de comportements (liées à leur culture, langue...) du patient étranger face à vous ? Donnez-moi des exemples concrets</p>	<p>Connaître les différences de comportements entre patient parlant la langue (en fonction de sa culture, langue) / ne parlant pas la langue</p>	<p>“ Beh ce qui est compliqué, c’est quand ils ne comprennent pas du tout[...] ils sont frustrés”</p> <p>“Elle ne se sentait pas rassurée de le faire en France”</p>	<p>“ Alors autant y’a des personnes qui je pense, avec la barrière de la langue ça les freine du coup ils sont très fermés, c’est très difficile de rentrer en communication même gestuel avec eux autant d’autres personnes sont très ouvertes à utiliser que ce soit le téléphone portable, appeler le conjoint qui parle français un petit peu.”</p>

<p>Quel genre de communication utilisez-vous le plus souvent pour communiquer avec ces personnes ?</p>	<p>Mettre en évidence le type de communication utilisée par le soignant</p>	<p>“ Avec les mains, fin je mime beaucoup” “Mimer mais oui c’est compliqué” “Je mime, je parle beaucoup moins c’est vrai” “Plus le non-verbale”</p>	<p>“Je pense que ça dépend des fois. Certaines langues, je pense qu’on est tellement démunis... Parce que certaines, on essaye le verbal même si c’est approximatif mais certaines langues on est vraiment démunis,” “ On trouve quand même le moyen de communiquer, un petit peu quoi. Ce n’est pas optimal comme communication mais bon.”</p>
--	---	--	--

<p>Comment réagissez-vous face à un patient ne parlant pas le français ? <i>Votre ressenti, vos facilités, vos difficultés ?...</i></p>	<p>Connaître la posture du soignant</p>	<p>“Ah beh c’est compliqué. Souvent, je vais demander à des collègues qui parlent un peu plus anglais que moi ou qui ont d’autres bases dans d’autres langues.”</p> <p>“C’est compliqué de savoir aussi s’ils ont mal ou des choses comme ça, quand ils ne comprennent pas le mot “pain” C’est compliqué, on n’y arrive toujours mais bon...”</p> <p>“Après j’ai l’impression qu’ils sont un peu... pas laissé pour contre mais tu sais, un peu, on ne finit pas bien la prise en charge. Je suis un peu sur ma faim. Ce n’est pas comme si j’accompagnais quelqu’un qui était français, qui comprenait bien le français.”</p> <p>“Quand ils ne comprennent pas le mot <i>pain</i> c’est compliqué”</p>	<p>“Je ne pense pas qu’on puisse dire qu’on prend soin différemment car on essaye de faire au mieux quand même [...] je ne pense pas que l’on soit optimal parce qu’il y a des choses qui je pense, même s’il y’a des choses qu’on ne veut pas, il y’a des choses qui doivent nous passer à côté, y’a de l’information qui va nous manquer en fait. Que ce soit la douleur, on essaye d’observer le faciès, on essaye de coter comme on peut la douleur. Mais même rien que ça on passe certainement à côté de choses que l’on ne veut pas. Alors le risque c’est aussi de trop en faire et de vouloir à tout prix tout donner malgré que la patiente n’ait pas mal. Et puis, peut-être que des patients ont des questions, des interrogations, pour qui, avec des patients francophones, on n’aurait pas de soucis, qui pourraient facilement nous évoquer tout leur état d’âme post-annonce [...] derrière il faut assurer en terme d’informations. Donc c’est plus ça, même si, malgré tout, la prise en soin est différente et peut-être moins bonne parce qu’il manque quelque chose quoi...”</p>
---	---	---	--

<p>Comment définiriez-vous « La relation de confiance » dans les soins ?</p> <p>Une relation de confiance avec un patient ne parlant pas le français est-elle possible à mettre en place ?</p>	<p>Obtenir une définition propre du soignant interrogé et connaître sa mise en place dans les soins</p>	<p>“C’est de la confiance donc c’est donnant, donnant” <i>EX : Admettons le patient me demande mon prénom beh je vais lui donner, tu vois ça ne me dérange pas”</i></p> <p>“C’est vraiment tout lui expliquer, tout détailler ce que l’on va faire. Je sais qu’ils aiment bien et c’est là aussi qu’on va vraiment discuter du pourquoi ils sont là, qu’est ce qui les amène ici, est-ce qu’il y’a de la famille pour eux qui sont là en salle d’attente pour aller leur dire ou on en est dans la prise en charge. Vraiment pour moi ça fait aussi partie de ça, d’aller dire à la famille, qui sont parfois inquiets. “</p> <p>“Oui voilà [les rassurer], vraiment mettre en place une relation quoi”</p> <p>“Alors, pour moi oui je trouve que la relation de confiance est difficile à mettre en place car je trouve que du fait que la communication verbale est difficile et bien cela prend plus de temps. Je pense qu’il faut plus de temps car du coup d’autre communication entre en jeu comme le para verbal avec la gestuelle et aussi le toucher. Par exemple quand une personne étrangère est douloureuse, je trouve que la relation est soit</p>	<p>“Je pense déjà que c’est primordial. C’est la mise en relation entre le soignant et le soigné qui aboutit à la prise en charge optimal du patient, donc vraiment, que le patient sache qu’il peut compter sur le soignant pour pouvoir poser toutes les questions qu’il a sans barrière, qu’il sait qu’il n’aura pas de jugement, de la part du soignant. Que ce soit un échange quoi, voilà”</p> <p>“ Et ce qui pêche un peu d’ailleurs quand il y a la barrière de la langue c’est un peu l’échange. “</p> <p>“ Tout dépend si le lien arrive à se faire quoi. Est-ce qu’on arrive à un moment donné de percer cette barrière-là pour réussir à entrainer un peu le patient avec nous et réussir à trouver, on voit bien des fois, enfin c’est pareil avec tous les patients car c’est de la relation humaine mais notamment quand il y a la barrière de la langue. Certain patient s’attache plus facilement à une infirmière ou à une autre parce qu’elle a réussi à communiquer différemment avec eux, parce qu’elle a rebondi sur quelque chose de culturel qui leur fait écho et qui du coup, réussir à trouver ce qui permet d’entrer en relation quoi.”</p>
--	---	---	---

		facile à mettre en place si on trouve facilement un moyen de le soulager et en lui faisant comprendre qu'on est là si besoin mais à l'inverse la barrière de la langue peu vraiment être un frein justement quand on n'arrive pas à se comprendre"	
--	--	--	--

<p>Quels moyens utilisez-vous pour une meilleure prise en charge d'un soigné étranger ?</p> <p>Connaissez-vous d'autres moyens mais que vous n'utilisez pas forcément ?</p>	<p>Connaître les moyens existants contribuant à la prise en charge du patient étranger</p>	<p>“Pour expliquer les soins ou les choses comme ça et bien je fais Google Traduction mais c'est compliqué[...] de lui expliquer, d'avoir son accord”</p> <p>“Soit des interprètes qui sont avec eux, sinon ils ont des copains”</p> <p>“ , bah du coup déjà avec les mains, fin je mime beaucoup, après bah oui Google Traduction et après nous on a un site aussi sur notre logiciel. En fait c'est un traducteur qui peut aider aussi. Mais c'est vraiment oui avec le téléphone, Google traduction. “</p> <p>“Je vais demander à des collègues”</p> <p>“Quand ils ne comprennent pas le mot <i>pain</i> c'est compliqué”</p>	<p>“Appeler le conjoint qui parle français un petit peu”</p> <p>“Même Google Trad malgré tout, des fois ça débloque quelques situations”</p> <p>“Faut trouver les gestes, le mime, ça marche bien”</p> <p>“ Google Trad, les proches, la gestuelle, les mimes”</p> <p>“Après en cas de vraiment gros besoin [...] on a les interprètes du réseau [...] mais bon ça ne peut pas être tous les jours non plus [...] c'est sur rendez-vous, c'est pour des moments clé de l'hospitalisation”</p> <p>“Même s'il y a ne stresse un peu d'anglais, je ne suis pas une pro de l'anglais mais vraiment ne stresse que vraiment la base de l'anglais ça peut aplanir les choses et trouver un petit peu une porte d'entrée”</p> <p>“ Bah écoute non, Après c'est vrai que si on avait un lexique, on pourrait créer ça. Je sais qu'il y' une infirmière du CHU qui avait créé un site “Tralelho” mais nous on pourrait créer des lexiques etc. mais après c'est quelle langue privilégier parce que maintenant il y'a tellement d'origines de partout, enfin faudrait en sélectionner mais on se retrouvait forcément à un</p>
---	--	--	---

			moment donné confronté à une langue que l'on n'a pas envisager. Mais sinon ouais d'autres moyens... Tu me poses une colle."
Pensez-vous que faire face à une personne ne parlant pas le français nuit à la qualité des soins ?	Mettre en évidence l'optimisation de la prise en charge d'un patient étranger	<p>"J'ai l'impression[...], on ne finit pas bien la prise en charge"</p> <p>"Ce n'est pas comme si j'accompagnais quelqu'un qui était français, qui comprenait bien le français."</p> <p>"Pas forcément à la qualité je ne pense pas mais plus à, comment dire, fin si car ils n'auront pas le même suivi après, c'est plus dans ce sens-là. Nous après en tant que tel, pas aux urgences forcément mais c'est après pour la suite. Ils n'ont pas le même suivi, les choses comme ça."</p>	<p>"Ça dépend à quel degré est la barrière de la langue. S'il y'a vraiment 0 communication. La communication c'est quand même clé dans la prise en soin. Si vraiment on arrive pas du tout et qu'il y a un mur et qu'il n'y a rien du tout là je pense que oui cela peut aboutir à des prises en charge catastrophiques. Mais c'est pour ça je pense quand même qu'on cherche toujours à trouver un moyen, un biais pour contourner un peu, pour faire les choses le moins mauvais possible quoi."</p>

ABSTRACT

NOM : CHAILLOU

PRENOM : Mélanie

TITRE DU MEMOIRE : La barrière de la langue dans le soin

Présentation synthétique du travail en **Anglais** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Welcoming, caring, reassuring, listening : important roles as a nurse. But, what about when you face it with a foreign language person ?

It was during situations I experienced during my internship that I had to deal with patients who didn't speak or didn't understand French. In this way, I chose to base my dissertation on the language barrier in care. The purpose of this research is to understand : "To what extent can being confronted to the language barrier impact nurse's management of a patient of foreign origin ?". The issue of this research is to know the different representations of foreigners, define caregiver-caretaker communication then establish the relationship of trust with the various means to overcome the language barrier. In order to carry out this research, I met two nurses working in the emergency room and in a surgical duty. Through the information gathered during these interviews, I was able to highlight the differences in the design and behaviour of strangers according to the cultures, the importance of non-verbal communication and the use of different means to overcome the language barrier and that establishing a relationship of trust is not obvious with these people. Furthermore, I was able to know how they felt about this kind of situation. This could then lead to other avenues to explore in the future...

Présentation synthétique du travail en **Français** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Accueillir, soigner, rassurer, écouter : des rôles importants en tant qu'infirmière. Mais, qu'en est-il lorsque que l'on y fait face avec une personne de langue étrangère ?

C'est lors de situations vécues en stage que j'ai été confronté à des patients ne parlant pas le français et ne la comprenant pas non plus. Ainsi, j'ai choisi de baser mon mémoire sur la barrière de la langue dans les soins. Le but de ce travail de recherche est de comprendre : « *Dans quelle mesure la confrontation à la barrière de la langue peut-elle impacter la prise en charge par l'IDE d'un patient d'origine étrangère ?* ». L'enjeu de cette recherche est de connaître les différentes représentations des étrangers, de définir la communication soignant – soigné puis l'établissement de la relation de confiance avec les différents moyens pour palier à la barrière de la langue. Afin de réaliser cette recherche, j'ai rencontré deux infirmières travaillant aux urgences et dans un service de chirurgie. A travers les informations recueillis durant ces entretiens, j'ai pu ressortir les différences de conception et de comportements des étrangers selon les cultures, l'importance de la communication non-verbale et l'utilisation des différents moyens pour palier à la barrière de la langue et qu'établir une relation de confiance n'est pas évident avec ces personnes. De plus, j'ai pu connaître leur ressenti face à ce genre de situation. Cela a pu amener ensuite à ouvrir d'autres pistes à explorer dans le futur...

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

Communication – language barrier – caregiver / caretaker - relationship of trust

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

Communication – Barrière de la langue – Soignant / Soigné – Relation de confiance

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 : 2019-2022