



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

L'impacte de la barrière de la langue sur la relation de confiance soignant soigné



Apprendre les langues étrangères pour voyager
© Jérôme Rommé / Fotolia.com

Formateur référent mémoire : Djadaoudjee Lisa

Favé Lina
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'impact de la barrière de la langue sur la relation de confiance

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

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

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

Le 23 avril 2021

Identité et signature de l'étudiant : Lina Favé

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu les formateurs de l'IFSI Pontchaillou du CHU de Rennes et plus particulièrement Mme Djadaoudjee Lisa, ma guidante de mémoire, qui m'a accompagné tout au long de la rédaction de ce dernier et qui a su faire preuve d'écoute et m'a apporté de précieux conseils.

Je tiens également à remercier tous les professionnels de santé qui m'ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail de fin d'étude, que ce soit sur mes différents terrains de stages ou lors des entretiens que j'ai eu l'occasion de réaliser.

Encore une fois je remercie ma famille qui m'a soutenu et m'a permis d'aller au bout de ces trois années d'études, mais également mes amis, Tifenn, Pauline, Bryeu, Laura, Awena, Mehdi et Guillaume qui se montrent présents à chaque fois que j'en ai besoins depuis maintenant de nombreuses années.

Enfin j'ai une pensée toute particulière pour Marion, Isaline et Célia, sans qui cette formation n'aurait pas été la même. Merci pour ces fous rires partagés, ces soirées tisanes et bien plus encore...

« Plus vous connaissez de langues, plus vous êtes humain »

Tomáš Garrigue Masaryk.

Table des matières

Introduction.....	1
1. Cheminement vers la question de départ.....	1
1.1. Situations de départ.....	1
1.1.1. 1ère situation.....	1
1.1.2. 2ème situation.....	3
1.2 Questionnement.....	4
1.3. Intérêt personnel.....	4
1.4 Question de départ.....	5
2. Cadre Conceptuel.....	5
2.1. La Communication.....	5
2.1.1. Définition générale.....	5
2.1.2. La communication verbale, approche scientifique.....	6
2.1.3. La communication non verbale.....	7
2.2. Relation de confiance.....	8
2.2.1. Définition.....	8
2.2.2. Construction de la relation de confiance.....	9
2.2.3. L'intérêt de cette relation de confiance.....	10
2.3. Barrière de la langue.....	11
2.3.1. Définition.....	11
2.3.2. Approche culturelle.....	11
2.3.3. Stratégie possible face à la prise en soin d'un patient allophone.....	12
3. L'exploration empirique.....	13
3.1. Organisation des entretiens.....	13
3.2. Objectifs des entretiens.....	14
3.3. Réalisation des entretiens.....	14
4. Analyse des entretiens.....	15
5. Discussion.....	17
Conclusion.....	22
Références.....	24
Annexes.....	27
Abstract.....	44

Introduction

Ce mémoire de fin d'étude que vous vous apprêtez à lire est le fruit d'un an de travail de recherche et l'aboutissement de 3 ans de formation. Après ces 3 années intenses et riches en apprentissages et en rencontres, je souhaitais terminer sur une bonne note et donc, pour que ce travail soit le plus plaisant possible, trouver un sujet qui me tenait à cœur était essentiel. Au vu de mes expériences en stage mais aussi mon appétence pour les langues étrangères, le sujet de l'impact de la barrière de la langue lors de l'hospitalisation de patients étrangers et plus particulièrement l'impact de cette barrière sur la relation de confiance m'est apparu comme une évidence. En effet, lors de ma formation j'ai régulièrement eu affaire à une population migrante, ne parlant et ne comprenant pas le français, je me suis rendu compte que leur prise en soins était une source de difficultés pour la plupart des équipes soignantes.

Avec ce travail, je souhaite développer une réflexion professionnelle et personnelle mais également développer mon esprit critique.

Tout d'abord, dans un premier temps, je vais vous présenter ma réflexion qui a ensuite mené à l'élaboration de ma question de départ. Pour cela je vais partir de deux situations vécues en stages que je vais vous expliciter mais aussi du questionnement qui en a découlé et enfin de mon intérêt personnel vis à vis du choix de ce sujet. Ensuite, dans un second temps, nous nous attacherons à définir et développer les différents concepts qui sont ressortis de ma question de départ : la communication, la relation de confiance et la barrière de la langue. Puis, nous nous attarderons sur la réalisation et l'analyse des deux entretiens avec des professionnels de santé que j'ai pu réaliser afin de répondre à ma problématique. Et, pour finir nous confronterons les apports théoriques que j'aurai développé précédemment et les réponses apportées par les professionnels interrogés.

1. Cheminement vers la question de départ

1.1. Situations de départ

1.1.1. 1ère situation

Lors de mon stage de S1 en médecine interne, j'ai pris soin d'un patient de 68 ans de nationalité roumaine, Mr P. Il était hospitalisé depuis 2 semaines pour altération de l'état général entraînant un maintien à domicile difficile .

Ce patient ne parlait pas du tout français à son arrivée dans le service, la communication était donc très compliquée. Les seules interactions que nous avions étaient par l'intermédiaire de son fils qui passait le voir tous les 3 jours, cependant lui non plus ne parlait pas beaucoup français.

Un soir, lors de ma 1^{ère} semaine de stage, alors que nous étions dans sa chambre afin d'aider son voisin à se coucher, Mr P n'arrêtait pas de nous interpeller en nous montrant son ventre. On a d'abord commencé par lui demander d'attendre qu'on ait fini avec son voisin, mais ce dernier ne comprenait pas et continuait.

Voyant que son ton s'élevait, je me suis approchée de lui afin d'essayer de comprendre sa demande. Il répétait sans cesse les mêmes mots en roumain tout en montrant son ventre, j'ai d'abord essayé de lui demander s'il avait des douleurs, en français puis en anglais, mais il m'a répondu que non et a continué à répéter les mêmes mots. J'ai poursuivi mon investigation en lui demandant s'il avait faim, envie d'aller aux toilettes... Mais ce dernier continuait à me dire que non. L'aide soignante a fini par me rejoindre et a aussi tenté de comprendre ce qui n'allait pas, sans succès. Devant notre incompréhension, Mr P s'énervait de plus en plus et criait, faisait des gestes de plus en plus grands. L'aide soignante essayait de le calmer mais cela semblait seulement l'énerver de plus en plus. Il a commencé à pousser le bras de l'AS puis s'est levé en la bousculant. Elle m'a alors demandé d'aller chercher une infirmière tout en tentant de calmer Mr P .

Je suis donc sortie de la chambre pour chercher sa collègue, cette dernière m'a demandé de rester hors de la chambre au cas où, en attendant qu'elle le calme. Je continuais d'entendre Mr P crier depuis le couloir, j'étais très frustrée par la situation et me suis mise à chercher une solution pour réussir à communiquer avec lui. J'ai tout d'abord pensé à utiliser un site de traduction en ligne, mais je me suis souvenue que Mr P était analphabète. Avant que j'ai eu le temps de trouver une autre solution l'aide soignante et sa collègue IDE sont sorties de la chambre, je leur ai alors demandé comment ça s'était terminé et l'infirmière m'a juste dit qu'il avait fini par se taire et qu'elles n'avaient toujours pas compris ce qu'il avait voulu nous dire mais qu'il ne fallait pas trop que je m'attarde avec lui car depuis qu'il était hospitalisé elles n'avaient jamais réussi à communiquer avec lui.

Cela m'a étonné qu'il n'ait pas continué à insister car j'avais vraiment eu l'impression que ce qu'il souhaitait nous dire était important. Je ne me voyais pas le laisser comme ça.

J'ai donc décidé de retourner le voir seule avant les transmissions. Je me suis assise sur la chaise en face de son lit et lui ai demandé ce qu'il essayait de me dire, Mr P a alors recommencé à dire la même phrase que précédemment. J'ai essayé de mimer ce que je lui demandais, il semblait alors comprendre mes questions, mais ne répondait jamais par l'affirmative. Cinq minutes plus tard, l'infirmière est venue me chercher pour les transmissions et m'a dit que ça ne servait à rien que je continue.

Je me suis alors excusé auprès de Mr P puis je suis sortie de la chambre avec l'infirmière.

1.1.2. 2ème situation

J'ai effectué mon stage de S3 en psychiatrie dans une unité d'admission, Mr G était hospitalisé en soins libres afin de stabiliser sa schizophrénie.

Quand je suis arrivée dans le service, Mr G était déjà là depuis plus d'un mois, d'origine géorgienne il est arrivé en France quelques semaines avant son hospitalisation et ne parle presque pas français.

Lors de ma 3ème semaine de stage je suis allée faire le tour des chambres afin de prévenir les patients que c'était l'heure du petit déjeuner, Mr G n'était pas dans la sienne quand j'y suis arrivée. Je me suis donc mise à sa recherche et ai fini par le trouver assis dans le hall. Je me suis approchée de lui afin de lui dire bonjour et lui demander s'il voulait bien aller manger son petit déjeuner. Il n'a pas semblé comprendre et j'ai donc tenté de mimer la scène. Même si ça a eu comme effet de le faire rire, ce dernier n'a pas souhaité venir manger. D'après les transmissions cela faisait plusieurs jours qu'il ne mangeait presque plus, j'ai donc essayé de comprendre pourquoi. J'ai commencé par lui parler en français, mais j'ai rapidement abandonné pour passer à l'anglais que Mr G semblait mieux maîtriser.

Même si cela faisait trois semaines que j'étais arrivée dans le service, je n'avais jamais vraiment parlé avec Mr G. En effet, au delà du fait que le service était débordé ces derniers temps, Mr G était quelqu'un de très renfermé et il était difficile d'avoir une conversation avec lui.

J'ai donc commencé à lui demander s'il ne voulait pas manger parce qu'il avait mal au ventre, parce qu'il n'aimait pas la nourriture, mais même en posant les questions en anglais je voyais qu'il avait du mal à comprendre ce que je lui demandais. J'ai alors remarqué qu'il tenait un téléphone dans sa main, je me suis dit que je pourrais essayer d'utiliser un traducteur en ligne. Je lui montrais donc son portable et il comprit ce que je voulais faire. Il a pris son téléphone et a utilisé le traducteur pour me demander mon prénom. Cette question m'a un peu déstabilisé car je ne m'attendais pas à ça mais il est vrai que je ne m'étais jamais vraiment présentée auprès de lui. Je lui ai donc répondu puis il m'a tendu le téléphone afin que je puisse lui poser une question. Je me suis dit que j'allais d'abord commencer par une question classique pour ne pas le brusquer, je lui ai alors demandé comment il allait.

La conversation via le téléphone a continué pendant une dizaine de minutes, je lui posais des questions plutôt classiques afin d'apprendre à mieux le connaître, il m'a notamment dit que sa famille était toujours en Georgie et qu'elle lui manquait beaucoup. Voyant que la conversation touchait à sa fin, je finis par lui demander pourquoi il ne voulait pas manger de petit déjeuner. Il m'expliqua alors qu'il n'aimait pas le café... Je lui dis alors qu'il n'était pas obligé de prendre du café avec son petit déjeuner et qu'il y avait d'autres boissons comme du jus d'orange ou du thé. Il me crut et accepta de venir prendre un petit déjeuner.

Ce qui m'a particulièrement marqué suite à cette situation c'est qu'après cette matinée, Monsieur G venait régulièrement me chercher pour que je lui serve de "traductrice" auprès des autres infirmiers ou simplement pour me demander des informations, choses qu'il ne faisait jamais avant.

1.2. Questionnement

De ces deux situations plusieurs questions ont émergé:

Peut-on créer une véritable relation de confiance avec un patient malgré la différence de langue? Si oui, sera-t-elle aussi solide que la relation que l'on peut avoir avec un patient qui parle et/ou comprend notre langue ? Quelles sont les conséquences d'une communication inefficace lors de la prise en soins ? Quels sont les outils dont l'infirmier peut disposer pour les prises en soins de patients parlant une langue étrangère? Comment se crée une relation de confiance entre un soignant et son patient? Quel est l'intérêt de cette relation? Est-elle nécessaire?

1.3. Intérêt personnel

Malgré mes situations de départ et le questionnement qui en a découlé je n'aurais pas choisi ce sujet sans avoir ressenti un intérêt personnel vis à vis de ce dernier.

Tout d'abord j'ai toujours été passionnée par l'apprentissage de nouvelles langues et les voyages, la découverte de différentes cultures. Cela se ressent notamment dans mon parcours scolaire, en effet je suis titulaire d'un baccalauréat international Italien (Esabac). Le choix de cette option m'a donné l'opportunité de pouvoir partir de nombreuses fois en Italie et cela en réel immersion chez l'habitant pendant plusieurs semaines. Je souhaiterais continuer à entretenir cette passion en y associant mon futur métier et cela en exerçant à l'étranger après mon diplôme.

De plus, rien qu'en restant en France, on remarque que les infirmiers sont de plus en plus en contact avec des personnes étrangères d'où l'importance de s'informer sur ce sujet. En effet, la France accueille près de 7,0 millions d'immigrés, soit plus de 10% de la population (INSEE,2022), une ouverture au monde qui augmente les chances d'être confronté à un patient d'origine, langue, culture et représentations différentes. L'hôpital est donc un lieu où les difficultés de communication ne se font pas rares. Rien que pendant mes 3 années d'études j'ai vécu plusieurs situations de ce type en stage qui m'ont beaucoup questionné par rapport à la prise en soins de ses patients allophones comme explicité dans les situations de départ.

Je trouve très enrichissant de développer ma réflexion sur l'accompagnement et la construction d'une relation de confiance avec des patients non francophones. Tout ceci dans l'optique d'avoir une réflexion me permettant d'accompagner au mieux ces patients lors de ma future prise de poste.

1.4. Question de départ

Au vu de cette réflexion ma question de départ m'est apparu comme évidente :

En quoi la barrière de la langue impacte-t-elle la relation de confiance soignant soigné ?

2. Cadre Conceptuel

2.1. La Communication

2.1.1. Définition générale

La communication est un besoin fondamental de l'être humain, et ce dès la naissance. En effet le nouveau-né va chercher à s'exprimer à travers les cris, les pleurs, les gestes afin de signaler ses besoins. D'après Devito, Joseph, Chasse, & Vezeau en 2014, la communication a donc pour objectif de combler des besoins physiologiques et affectifs et ce, dès le plus jeune âge. En outre, le dictionnaire Larousse définit la communication comme "l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui en général par le langage. C'est un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse."

De plus, le scientifique et sociologue Pierre Lebel nous dit que :

L'infirmière est donc le pilier de la communication en ce sens qu'elle supporte toutes les communications autour du malade à propos de sa santé. A tous niveaux elle relaie entre le

malade et d'autres personnes, même entre le malade et sa famille. Elle doit donc à la fois savoir écouter et savoir dire. (1995, p20)

On peut donc en déduire que la communication est essentielle dans la profession d'infirmier et d'autant plus dans la création d'une relation soignant, soigné.

Le concept de communication peut être divisé en deux catégories: la communication verbale et la communication non verbale. En effet, d'après A. BIOY, F. BOURGEOIS et I. NEGRE , la communication verbale représente seulement 7% de l'ensemble d'un message communiqué. Le langage gestuel, ou le non verbal, représente 55% du message. Elle regroupe notamment: la distance physique avec l'interlocuteur, l'expression faciale, les contacts oculaires, physiques comme le toucher, la posture, l'ensemble des gestes, l'apparence physique et les odeurs. Les 38% restants sont représentés par l'intonation qui peut, en effet, influencer sur le sens d'une phrase. (2013, p20)

2.1.2. La communication verbale, approche scientifique

Afin d'approfondir ce concept de communication nous allons aborder le modèle expliqué par les mathématiciens Claude Elwood Shannon et Warren Weaver en 1975. Selon eux une situation de communication est la transmission d'un message entre un émetteur et un récepteur par le biais d'un système de codage et de décodage du message. Par la suite Norbert Wiener a amélioré ce modèle en introduisant le concept de feedback, ou de rétroaction. Enfin, l'école de Palo Alto émet la théorie selon laquelle le message verbal ne peut pas être dissocié de son contexte.

Le principaux éléments du schéma de la communication sont donc:

- L'émetteur : La personne qui parle.
- Le message : Informations que l'émetteur veut faire passer au récepteur.
- Le récepteur : La personne destinataire des messages envoyés par l'émetteur.
- Le feed-back : Le retour que fait le récepteur.
- Le canal : Mode de transmission du message qui peut être bruité.
- Les canaux techniques externes (téléphone, lettres, mails..)
- Les canaux physiologiques internes (l'audition, le toucher, l'odorat, la vue ou le goût)
- Le contexte : Ce qui va influencer le contenu et l'interprétation du message.
- Le code : Décoder ce que dit l'autre.

Dans le cas de deux personnes ne parlant pas la même langue, l'interprétation du message risque d'être compliquée voir impossible car le récepteur ne sera pas en capacité de décoder le message

envoyé par l'émetteur à cause de la barrière de la langue (BOURGEOIS, B., 2016, p26-29) . En effet, d'après Strubel, Samacoits, Sainson, Burlan, & Maurin « La communication verbale se fonde sur un langage commun » (2007, p. 27-32) que les différents membres de la communauté connaissent.

2.1.3. La communication non verbale

Paul Watzlawick en 1967 nous dit : « Il est impossible de ne pas communiquer » Ainsi nous pouvons affirmer, que tout être vivant communique: " Si l'on admet que dans une interaction, tout comportement a valeur d'un message, c'est-à-dire qu'il est une communication, il suit qu'on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non ". Il explique ensuite que la communication n'est pas uniquement orale, mais elle peut être non verbale, écrite. Elle n'est pas forcément consciente et prête facilement à l'interprétation

La communication non verbale est définie par Corraze en 1980 comme " l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.) ". Jean-Dominique Durbin précise que "La communication non verbale représente 70 % des messages que l'on transmet et que l'on reçoit" (2010-2011, p 260-261) et Guy Barrier, docteur en sciences de l'information et de la communication précise également que "[...]les gestes permettent de compléter, de renforcer ou de contredire un message : en cela, leur rôle pragmatique est donc essentiel" (2009, p 135)

Cela montre en effet que la communication non verbale est une part très importante, voire essentielle de la communication avec un patient. C'est parfois en observant la personne avec qui nous sommes en relation, que nous pouvons nous rendre compte de choses qui n'ont pas été dites oralement. Par exemple, l'expression du visage peut transmettre un message tout à fait autre que celui que nous avons oralisé.

Cependant cette communication non verbale semble aussi être source de malentendus, Guy Barrier ajoute d'ailleurs que " le non-verbal peut être source de malentendus, de préjugés, de stéréotypes. En fonction de petits indices il nous arrive maintes fois de retirer de grandes conclusions, de confondre la partie pour le tout, la carte pour le territoire."(2009, p 135)

Toutefois, cette communication non verbale reste essentielle. En effet, selon Ekman et Friesen, la communication non-verbale a différentes fonctions.

En premier lieu, le langage corporel livre des informations sur l'émetteur. Le receveur est ainsi renseigné par son interlocuteur : son vécu de la situation, son statut social, son âge, ses émotions....

Cela permet ainsi de se forger une première impression de l'autre, de manière consciente mais aussi inconsciente.

Puis, la deuxième fonction du non verbale est de renforcer le langage verbal. Elle permet de ponctuer, renforcer la parole. Elle apporte des informations utiles sans avoir besoin d'utiliser la parole.. Une rupture du contact visuel par exemple peut signifier la fin d'un dialogue..

Enfin, la communication peut aussi avoir une fonction presque linguistique. Certains mots peuvent en effet être remplacés par des gestes. Par exemple, parmi les plus connus, le hochement de tête afin de remplacer le oui. (Ekman, P., & Friesen, W. V., 1969, p 49-98)

2.2. Relation de confiance

2.2.1. Définition

D'après le dictionnaire Larousse, la confiance, du latin "confidentia", est "le sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose"

De plus le dictionnaire Robert définit une relation comme "Lien de dépendance ou d'influence réciproque (entre personnes)". Selon Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf la relation est avant tout « une rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (2014, p.5)

Une définition plus philosophique de la confiance est apportée par RIVAROL, écrivain, journaliste et essayiste français du XVIIIème siècle:

La confiance est le sentiment de sécurité ou la foi (la sûreté) qu'a une personne vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose. De même, il s'agit de la présomption de soi-même et d'une caractéristique qui permet d'entreprendre et/ou de supporter des choses difficiles voire pénibles. Par exemple: Cet homme ne m'inspire pas vraiment confiance, méfie-toi ; Jean lui faisait confiance. Pourtant, elle l'a trahi. (TEMPLIER. R, 2011, p 32)

En 1986, d'après L.ZUCKER, sociologue, la confiance se définit de 3 manières "*La confiance intuitive personae, accordé à la famille, au proches et aux amis [...], intuitive; La confiance relationnelle qui repose sur des échanges entre collègues ou amis afin de tisser des liens [...]; La confiance institutionnelle rattachée à une structure formelle*"

Il semble important d'aborder le concept de temps vis à vis de cette confiance. En effet la confiance est en constante évolution; MICHON.F exprime dans un article de "*Le professionnel de santé, et le patient doivent s'approprier, apprendre à se connaître et s'apprécier. Les contacts doivent être*

relativement fréquents et de qualité”. (Octobre 2013, p 38) Cette relation de confiance suppose donc une réciprocité, le soignant n’a pas le pouvoir de l’installer seul. Pour Patrick Sureau, ergothérapeute, cette relation peut être représentée par un élastique dont chacun tient une extrémité. La distance qui sépare les deux acteurs peut alors varier, en même temps que la tension de l’élastique : selon qu’ils soient proches ou distants, selon que l’élastique soit tendu ou non, l’enjeu de la relation changera. Ainsi, nous pouvons voir que la relation de confiance s’inscrit en tant que processus. En cas d’impair relationnel, de manque d’engagement dans la relation, la confiance peut disparaître aussi vite qu’elle est apparue. Pour qu’il y ait relation de confiance, chacun des acteurs de la relation doit s’impliquer, prendre des risques l’un envers l’autre. (Sureau, P , avril 2018)

2.2.2. Construction de la relation de confiance

L’établissement d’une relation de confiance repose sur huit éléments selon HESBEEN : la chaleur humaine (le patient voit le soignant comme une personne proche et accueillante), l’écoute (l’ouverture à l’autre), la disponibilité (l’attention, la qualité de présence envers l’autre), la simplicité (l’accessibilité à l’autre), l’humilité (avoir conscience de ses limites), l’authenticité (être congruent), l’humour, la compassion. (Hesbeen, W., 1997, p 99-100) ROGERS en 1980 ajoute également la notion d’empathie “ *Être empathique, c’est percevoir le cadre de référence interne d’autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l’on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* ” (Rogers, C., 1980, p 59). En effet pour Rogers, l’empathie permet d’entrer dans le monde perceptif d’autrui tout en ayant conscience d’être un individu séparé. Il insiste particulièrement sur le “*comme si*” qui représente la juste distance professionnelle. Frans De Waal primatologue et éthologue néerlandais revient également sur cette notion en 2011 qui, pour lui, constitue le socle de la relation de confiance soignant soignée. De plus, d’après BOWREN dans sa thèse en 2008, l’implication personnelle des intervenants (patients et soignants) est nécessaire à l’instauration d’une relation de confiance et ainsi de prendre en considération la singularité du patient dans la pratique quotidienne. Enfin Bellanger exprime que la confiance s’identifie selon trois facteurs :

- L’engagement d’au moins une des personnes
- Le respect mutuel des personnes en relation
- La volonté de s’engager et négocier ce processus de risque pendant un certain temps

Par le terme de processus il souligne que cette confiance peut subir des mouvements, elle va pouvoir se développer notamment. Il revient également sur une notion que nous avons déjà abordé précédemment : la notion de prise de risque, pour lui, cette dernière est liée à la confiance en soi.

Toujours selon Bellenger et Branden (1995), il n'y a pas de confiance dans les autres s'il n'y a pas suffisamment de confiance en soi. En effet c'est l'impression de se sentir suffisamment fort qui va permettre à la personne de prendre des risques et pour l'infirmier cela peut se résumer à son engagement personnel dans cette relation.

2.2.3. L'intérêt de cette relation de confiance

Freud, fondateur de la psychanalyse, a été un des premiers à aborder cette notion de relation de confiance dans ses écrits dès 1913. En effet, Freud s'est rendu compte que, pour bien conduire la thérapie et ainsi obtenir des résultats positifs pour le patient, ce n'était pas seulement la compétence professionnelle du soignant qui comptait, quel que soit le niveau de compétence du thérapeute c'est la création d'un climat de confiance qui importe et qui permet au soignant et au patient de collaborer pour atteindre un objectif commun.

Établir une relation de confiance et de sécurité est fondamental pour obtenir le consentement des patients aux soins . En effet, selon Freud, c'est l'instauration de ce climat de confiance qui va permettre de mettre en place une alliance thérapeutique. D'après le dictionnaire du Larousse, le terme d'alliance définit une union, un accord intervenant entre des personnes. En 1979 BORDIN divise l'alliance thérapeutique en 3 dimensions : le lien, les objectifs et les tâches. Le lien se résume à la qualité affective de l'alliance et inclut ainsi les concepts de confiance réciproque, d'engagement. L'intervenant, ici l'infirmier, devient une personne significative pour le client, dans notre cas le patient. Ce dernier ressent l'engagement de l'intervenant à son égard. Ensuite la seconde dimensions, les objectifs, sont associés à la création d'une alliance de travail entre l'intervenant et le client permettant de résoudre les problèmes pour lesquels il demande de l'aide ou alors sur lesquels ont a mandaté l'intervenant à intervenir. Enfin la troisième et dernière dimension, les tâches, porte sur les activités dans lesquelles l'intervenant et le client s'engagent. Mais pour chacun des intervenants, il est primordial qu'ils trouvent que les tâches correspondent à leurs attentes et qu'elles ne représentent pas une source d'anxiété, de plus ils doivent chacun accepter la responsabilité d'accomplir ces actions (Bordin, E., 1975, p 252-260). ROGERS diverge du modèle de BORDIN, en effet il pense que le patient répond automatiquement à l'attitude positive du soignant et adhère ainsi à la prise en soins. Cette adhésion à l'alliance thérapeutique serait donc en partie due aux qualités du soignant tel que l'empathie, comme nous avons pu le développer précédemment, mais aussi l'authenticité. (BASTIAN J, VALDEYRON JL, VAQUIER V, septembre 2001)

2.3. Barrière de la langue

2.3.1. Définition

Selon l'INSEE en 2022, la France accueille en 2021, près de 7,0 millions d'immigrés, soit plus de 10% de la population. Près de la moitié de ces immigrés viennent du continent africain (47.5%) mais on retrouve aussi une forte proportion d'européens (32,2%) ou même d'asiatiques. Ces statistiques ci-dessus nous montrent à quel point la population française est diversifiée, et est riche d'une diversité culturelle.

Au cœur de cette diversité, se trouve un point de rencontre entre ces différentes cultures : L'Hôpital. D'ailleurs, David Le Breton, auteur du livre « Soins à l'hôpital et différences culturelles », définit l'hôpital comme : "Un haut lieu de rencontre entre acteurs d'horizons différents où se côtoient toutes les singularités sociales, culturelles et religieuses qui fondent la complexité de la société occidentale. » (Le Breton, D., 1996, p. 165). Cette phrase souligne la possibilité de rencontres diversifiées au sein de l'hôpital, quelles soient entre patient et soignant, entre patients ou entre soignants. De plus, d'après le dictionnaire Larousse, une barrière est "ce qui constitue un obstacle entre deux personnes, deux groupes". Christine Paillard docteur en science du langage, elle, désigne la barrière linguistique comme "une compétence freinée par l'usage non approprié d'une langue différente d'une autre à un moment donné" (IFSI DIJON, (sd)). Cela altère donc la qualité de l'échange et nécessite la mise en place de stratégie afin de réduire les obstacles qui sont alors créés et qui s'imposent aux soignants.

2.3.2. Approche culturelle

Enfin il me semble important d'aborder les différences culturelles que pourrait rencontrer les patients et le soignant car si ces derniers ne parlent pas la même langue il est alors probable qu'ils aient également des cultures qui divergent. Selon C. Debout, les soins infirmiers sont une rencontre entre deux cultures : celle du soignant et celle du soigné (Mars 2013, p 55-59). D'après l'Organisation des Nations Unies, pour l'éducation, la science et la culture (l'U.N.E.S.C.O) "La culture est l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social. La culture englobe, outre les arts et les lettres, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeur, les traditions et les croyances [...]" (U.N.E.S.C.O, 6 août 1982). D. Levine et M. Adelman, eux décrivent la culture comme un iceberg où la partie visible correspondrait aux comportements ainsi que la langue utilisée, tandis que, la partie immergée représenterait des traits culturels plus difficiles à voir comme les croyances, les valeurs ou encore les représentations (2007, p7-8). Ces différentes définitions nous montrent l'importance que les hommes accordent à leur

culture. Cette dernière semble faire partie intégrante de leur identité, elle leur permet de guider leurs choix, de prendre des décisions.

Ensuite, nous avons vu précédemment que le langage non verbal pouvait être source de malentendus, et c'est d'autant plus le cas lorsque les deux interlocuteurs ont des cultures différentes. En effet, certains gestes pourraient être mal interprétés que ce soit du côté du soignant ou du patient. En effet, d'après L.T. Schiaratura la culture module les comportements non verbaux. Pour se conformer à certaines normes sociales et culturelles, les personnes apprennent à supprimer, minimiser, accentuer ou même masquer certaines manifestations non verbales et émotionnelles. La culture peut par exemple déterminer les contacts visuels et physiques autorisés ainsi que la distance interpersonnelle adoptée. Enfin, les règles culturelles de décodage peuvent différer et il peut être perçu comme impoli, dans certaines cultures asiatiques, de percevoir chez autrui des émotions négatives (Schiaratura, L.T., 2008). Donc si deux interlocuteurs ne peuvent pas communiquer verbalement parce qu'ils n'ont pas les mêmes codes, il semble difficile que ces derniers arrivent à se comprendre et interagir en utilisant le non verbal car un geste, par exemple, sera interprété complètement différemment d'une culture à une autre.

2.3.3. Stratégie possible face à la prise en soin d'un patient allophone

Les soignants utilisent en général leurs compétences personnelles, qu'ils ont pu acquérir lors de leurs études ou de leurs expériences personnelles, pour communiquer avec les patients ne maîtrisant pas le français. Cependant le niveau est très hétérogène et la communication reste parfois limitée. Il peuvent également utiliser des outils de traduction en ligne, par exemple le site traducmed.com qui permet de réaliser des anamnèse en plus de 14 langues étrangères mais cette solution comporte des inconvénients, les phrases proposées sont limitées et tous les soignants n'ont pas la possibilité d'avoir un ordinateur en permanence à disposition. De la même façon, au CHU de Rennes Marion Verdaguer, un infirmière au service des urgences a mis au point un traducteur universel qui prend la forme d'un site gratuit et accessible à tous: TraLELHo. En 2012, dans l'article *Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie*, il a été démontré par une enquête que les soignants développent des stratégies pour pallier aux barrières linguistiques. Ils créent eux-mêmes leurs outils comme « des mimes, des dictionnaires, élaboration d'outils visuels : affiches en langue étrangère, fiches diététiques avec pictogrammes », etc. (Marin, I., Farota-Romejko, I., Larchanché, S. & Kessar, Z., 2012, p 11-19)

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a notamment mis à disposition de son personnel un kit de communication afin d'améliorer la prise en charge des personnes ayant des difficultés

d'expression et/ou de compréhension. Il se compose d'un tableau de pictogrammes permettant au patient de s'exprimer au cours de l'examen, de feuillets mobiles traduisant également sous forme de symboles les questions les plus souvent posées lors d'un examen médical et d'outils permettant de compléter les questions ou d'apporter une réponse. Les logos des feuillets mobiles sont notamment sous-titrés en russe, tamoul, chinois mandarin et arabe, langues pour lesquelles il est parfois difficile de trouver, en situation d'urgence, un interprète. (RENAUX, N. DAUCHY, F., 2010)

En effet, les professionnels de santé peuvent également faire appel à des interprètes (professionnels, famille, soignants bilingues). Pour autant, cet outil n'est pas sans faire apparaître d'autres inconvénients. Ils citent par exemple, la non connaissance du vocabulaire médical des interprètes, ou encore le risque d'appauvrissement du message mais aussi, la question du secret médical.

Les IMC (interprète médiateur culturel) semblent être les professionnels les plus aptes à intervenir dans ce type de situation. En effet comparé à un interprète qui est défini par le LAROUSSE comme une *“ Personne qui transpose oralement une langue dans une autre ou qui sert d'intermédiaire, dans une conversation, entre des personnes parlant des langues différentes.”*, Joseph Ondongo (1987) décrit les IMC comme :

Une personne dont le travail - ou le rôle- consiste non seulement à résoudre les médiations linguistiques (la traduction), mais surtout à résoudre les médiations culturelles (permettant la compréhension de la dimension cachée dans la communication) entre les intervenants du pays d'accueil ou leurs institutions et les migrants (Bachini, A., Berenguer, É., Abdallah, H., Demassi, S., Gue, Z. & Kassim, M., 2020, p 132-140)

Ils ne prennent donc pas seulement en compte les différences linguistiques mais également culturelles, ils vont donc pouvoir nous informer sur les comportements adaptés à avoir face aux différentes cultures des patients .

3. L'exploration empirique

3.1. Organisation des entretiens

Lors de mon premier stage de semestre 6 j'ai prévu d'organiser mes deux entretiens. Je recherchais donc deux infirmiers travaillant en secteur hospitalier dans des services d'hospitalisation de courtes à moyennes durées (où les patients restent au moins 1 semaine) afin qu'il y ait plus de temps pour créer une relation de confiance et mettre éventuellement des outils en place pour communiquer . De plus, je souhaitais interroger un infirmier jeune diplômé et un avec déjà plusieurs

années de pratique professionnelle pour pouvoir comparer l'évolution de la formation en terme d'apport linguistique mais aussi observer si les manières de procéder évoluent avec l'expérience . Afin de trouver ces deux infirmiers, j'ai donc posté un message sur mes réseaux sociaux afin de recueillir des contacts potentiels, et assez rapidement j'ai trouvé mes deux infirmiers. Cependant, un des infirmiers était très occupé et m'a finalement dit qu'il ne pourrait pas réaliser mon entretien. J'ai donc demandé sur mon lieu de stage si un des infirmiers de l'équipe serait intéressé, et ce fut le cas.

3.2. Objectifs des entretiens

Avant de réaliser mes entretiens, j'ai défini les objectifs auxquels je souhaitai répondre:

- Comprendre l'intérêt pour les soignants de créer une relation de confiance avec les soignants
- Savoir si les soignants considèrent cette barrière comme un problème récurrent et d'actualité.
- Identifier les difficultés, les limites, les atouts dans la mise en place d'une relation de confiance avec un patient allophone.
- Comparer les différentes pratiques des infirmiers face à une difficulté de communication.
- Découvrir si des ressources sont misent à disposition des soignants pour les aider à prendre en soin des patients étrangers

3.3. Réalisation des entretiens

Après avoir trouvé les infirmiers volontaires, et fini de rédiger mon questionnaire il ne me restait plus qu'à réaliser mes entretiens. A l'origine je souhaitais les réaliser en face à face mais pour des raisons de praticité et après concertation avec chaque infirmier j'ai décidé de les réaliser par visio à l'aide du logiciel google meet. Tout d'abord pour mon premier entretien, j'étais en stage et mon emploi du temps et celui de l'infirmière interrogée n'étaient malheureusement pas compatibles et je ne souhaitais pas la déranger sur ses jours de congé. J'ai donc créé une visioconférence via google meet que j'ai enregistré directement sur l'application dictaphone de mon téléphone.

Pour le second entretien avec l'infirmière de mon lieu de stage, j'aurais souhaité le réaliser directement sur mon terrain de stage mais ce dernier touchant à sa fin, je n'ai pas eu le temps, j'ai donc organisé une visioconférence via google meet la semaine suivante. En effet, cela était plus simple que de me rendre de nouveau dans le service car c'est une unité protégée.

La principale difficulté lors de la réalisation des entretiens était donc de trouver un créneau horaire compatible avec nos emplois du temps respectifs. De plus, lors de mon premier entretien je n'étais pas spécialement à l'aise étant donné que je ne connaissais pas l'infirmière interrogée et que c'était

la première fois que je réalisais un entretien, mais heureusement au fil des questions, la conversation devenait plus naturelle. Mon second entretien s'est, selon moi, mieux déroulé étant donné que je connaissais déjà l'infirmière et je me sentais donc plus en confiance. Riche de l'expérience de mon premier entretien, je me sentais plus à l'aise pour la formulation de mes questions ainsi que pour rebondir sur les propos de l'infirmière .

4. Analyse des entretiens

Afin de garantir l'anonymat, le nom des personnes et des lieux ont été modifiés.

Pour faciliter l'analyse des entretiens, j'ai décidé de traiter les questions une à une.

Pour commencer, j'ai demandé aux deux IDE ce que leur évoquait la relation de confiance entre un soignant et un patient, toutes deux ont commencé par aborder l'instauration de cette relation, en effet toutes deux disent que cette dernière se met en place dès la première rencontre avec le patient puis évolue tout au long du séjour, selon l'IDE 2 elle "s'intensifie et elle se développe". De même, elle insiste sur le fait qu'il y a une attitude professionnelle propice, en outre elle exprime que les professionnels doivent se montrer "authentiques", "honnêtes", "investis" dans la prise en soins des patients. L'IDE 1 se base surtout sur le ressenti du patient, elle décrit un jugement de la part de celui-ci pour savoir s'il peut ou non avoir confiance en l'infirmier. Enfin les deux IDE sont unanimes sur le fait que cette relation est primordiale et permet une bonne prise en soins du patient.

Je les ai ensuite interrogées sur leurs façons d'instaurer cette relation. Que ce soit pour l'IDE 1 ou l'IDE 2 c'est l'usage du l'humour qui est ressorti immédiatement. En effet cela permettrait de "détendre l'atmosphère" comme le souligne l'IDE 2 et ainsi créer un environnement propice à la mise en place d'une relation de confiance. Contrairement à l'IDE 1 cette dernière insiste également sur l'importance de s'investir dans la prise en soin et se montrer humain, cela passe selon elle par "poser des questions", se livrer et cela des deux côtés "c'est un lien qui va des deux côtés" (côté patient et aussi soignant) ainsi le patient ne nous verra "pas seulement comme la blouse blanche" et s'ouvrira sûrement plus facilement à nous. L'IDE 1 estime qu'il faut cependant garder une distance professionnelle et que c'est les besoins du patient qui prime, cette relation lui permet de "répondre à la demande du patient" avant tout.

Ensuite je leur ai demandé quel intérêt trouvaient elles à l'instauration de cette relation de confiance. Ce qui est revenu chez les deux IDE est de pouvoir assurer une prise en soins optimale, en effet pour l'IDE 1 on ne peut pas "prendre en charge correctement" un patient sans cette confiance.

L'IDE 2 insiste également sur la création d'une alliance thérapeutique. Pour elle cette relation permet au patient d'être "réceptifs aux traitements" et d'avoir une meilleure "observance"

Par la suite, afin de connaître leur expérience avec les patients étrangers et ainsi savoir si elles étaient habituées à ce genre de prise en soins, je leur ai demandé si elles avaient été régulièrement en contact avec des patients étrangers ne parlant pas français. Les deux IDE étaient unanimes, il y a quotidiennement des admissions de patients de ce type. La plupart viendrait des pays de l'Est mais il y aurait également des patients anglophones, d'Amérique centrale. L'IDE 1 nous parle même d'une patiente dont la langue et l'origine reste indéterminée.

Après je les ai donc interrogé sur les difficultés qu'elles pouvaient potentiellement rencontrer lors de la création d'une relation de confiance avec ses patients allophones. Tout d'abord, l'IDE 1 aborde, bien sûr, les difficultés linguistiques mais surtout celles de la détermination de la langue du patient. En effet, il lui est arrivé de ne pas réussir à déterminer la langue d'une de ses patientes, dans ce cas là il lui était donc impossible de mettre en place des outils adaptés. L'IDE 2, elle, développe essentiellement les difficultés sociales notamment avec l'accueil d'une population migrante, sans-papiers qui complique fortement la prise en soins et impacte la relation de confiance avec les soignants. Elle explique que pour ces patients qui n'ont pas de repères en France, les soignants sont tout ce qu'ils ont et font office de référents, de repères pour eux. Enfin, l'IDE 1 explique qu'il lui semble impossible de créer une vraie relation de confiance avec ces patients, selon elle les difficultés de communication ne sont pas vraiment surpassables et ce même avec des outils. D'ailleurs elle juge la plupart des outils proposés inadaptée notamment l'appel à des interprètes *"c'est compliqué parce que dès qu'on veut faire quelque chose il faut toujours avoir un interprète avec toi."*; *"ça crée vraiment une grosse barrière entre les patients et nous"*, *"La relation de confiance pour moi est zéro"*. Au contraire, pour l'IDE 2, la barrière de la langue va renforcer cette relation de confiance. En effet elle explique qu'avec les patients migrants notamment on est leur seul repère, on est tout ce qu'ils ont. Le lien avec le soignant est donc primordial pour eux.

Afin de comparer les différentes pratiques des infirmiers face à une difficulté de communication j'ai voulu connaître les outils que les IDE interviewées utilisent ou ont mis en place pour faciliter la communication. Tout d'abord, toutes deux s'accordent sur l'utilisation de la communication non verbale, pour l'IDE 1 cela passe essentiellement par des gestes, des mimes alors que pour l'IDE 2 c'est le touché qui prime, les expressions. Ensuite les 2 IDE vont avoir aussi recours à la communication verbale, en essayant de communiquer en anglais pour l'IDE 1 ou encore par le rire ou en essayant d'apprendre quelques mots dans la langue du patient pour l'IDE 2. Puis les deux professionnelles vont opter pour l'utilisation d'outils adaptés. Toutes deux sont unanimes sur l'utilisation d'outils

technologiques comme leur téléphone ou les ordinateurs afin notamment d'accéder à des sites de traductions en ligne. L'IDE 2 a même recours à la musicothérapie avec ses patients réceptifs.

Enfin, j'ai voulu découvrir si des ressources étaient mises à disposition des soignants pour les aider à prendre en soins des patients étrangers. Tout d'abord en les interrogeant sur les outils que leurs services avaient potentiellement mis à leur disposition. C'est la sollicitation d'une tierce personne qui ressort immédiatement chez les deux infirmières notamment faire appel à des interprètes mais l'IDE 1 nous explique qu'ils peuvent également faire venir la famille des patients si c'est possible. Dans le service de l'IDE 2 des fiches de vocabulaire de base ont aussi été créées dans certaines langues cependant elle exprime les limites de cet outil car pour elle ce n'est pas avec ce vocabulaire de base que nous allons pouvoir créer une vraie relation de confiance et l'utilisation de ces fiches n'est pas forcément adaptée selon elle. Pour finir j'ai voulu savoir si des formations étaient proposées mais aussi si les IDE avaient remarqué une évolution au cours de leur carrière dans la formation des soignants vis-à-vis de ces patients là. Par exemple des cours d'anglais plus approfondis ou tout simplement des soignants plus à l'aise avec ce type de patient. Ce qui est ressorti de cette question de la part des deux soignantes est le fait qu'elles ne voient pas d'utilité à la formation en anglais à l'IFSI, que cette dernière n'est pas adaptée à l'utilisation dans les services. Les deux IDE sont d'accord sur le fait que leurs cours d'anglais ne leur ont pas servi lors de leurs pratiques professionnelles et qu'elles ne s'en souviennent plus aujourd'hui. De plus, elles ne remarquent aucune évolution dans la prise en soins et l'accueil de patients allophones dans les services. Enfin l'IDE 2 exprime n'avoir *“ jamais eu l'occasion de voir des formations sur la prise en charge de patients étrangers ”* mais que cela pourrait avoir un intérêt afin de leur donner des clefs, outils car ce type de prise en soins pose au quotidien des difficultés aux soignants, cependant elle n'a *“ pas l'impression que ce soit la priorité dans les formations ”*

5. Discussion

La partie qui va suivre représente l'aboutissement de ce mémoire de fin d'étude. Elle consiste en l'analyse complète des entretiens tout en les confrontant avec les idées que j'ai pu développer auparavant dans mon cadre conceptuel et cela dans le but d'en dégager des idées, des hypothèses, des axes d'ouvertures et des éléments de réponses à ma question de départ : En quoi la barrière de la langue impacte-t-elle la relation de confiance soignant soigné ?

Tout d'abord, commençons par un point sur lequel chacun semble s'accorder, le fait que l'accueil d'une population étrangère, migrante est un phénomène d'actualité et particulièrement dans les hôpitaux. Que ce soit dans les écrits, comme par exemple l'INSEE en 2022 qui nous dit que la France

compte près de de 7,0 millions d'immigrés, soit plus de 10% de la population sur son territoire, ou que ce soit auprès des soignants interrogés les faits sont confirmés. En effet, l'IDE 2 notamment nous dit qu'elle est quotidiennement confrontée à ce type de population "on a quasiment toujours un patient étranger dans le service". Cela correspond également à ce que j'ai pu observer lors de mes différents stages, en effet, même si j'ai seulement décidé de décrire deux situations d'appel j'aurais pu en développer une dizaine d'autres tellement ces situations sont récurrentes. Or, ces situations étant courantes, je me demande d'autant plus comment cela est-il possible que l'accueil de ce type de patients nous pose encore problème? Comment ce fait t'il qu'il n'y ai pas plus d'outils mis en place? Car c'est malheureusement ce que j'ai pu découvrir dans la suite des mes entretiens, mais nous y reviendrons plus précisément ultérieurement.

Revenons pour l'instant sur la relation de confiance, en effet nous avons pu observer que pour une des infirmières interrogées (IDE 2), il y a une attitude professionnelle propice à l'instauration d'une relation de confiance, l'authenticité, l'honnêteté et l'investissement. Cela semble corrélér avec l'idée que Walter HESBEEN a pu développer de la relation de confiance (1997, p. 99-100) . Un point sur lequel les professionnels interrogés ne sont pas revenus mais qui est présent dans les écrits, notamment par BELLENGER en 1995 est l'importance d'avoir confiance en soi afin de réussir à instaurer une relation de confiance avec une tierce personne. Je pense que cette notion de confiance en soi est primordiale, car comment pouvons nous songer à accorder notre confiance a quelqu'un si nous n'avons nous même pas confiance en nous et inversement, comment pouvons nous demander à quelqu'un de nous faire confiance si nous même n'y arrivons pas... De plus, pour revenir à la relation soignant soigné, je pense qu'un patient accordera plus facilement sa confiance si il a en face de lui quelqu'un qui semble confiant et qui croit en lui. Il aura sûrement l'impression que ce soignant est plus apte à réaliser des soins et à s'occuper de lui.

Ensuite une troisième idée que j'ai souhaité développer est l'intérêt de cette relation de confiance. Ce qui est ressortie dans mon cadre conceptuel était la formation d'une alliance thérapeutique. Comme FREUD le développait en 1913, cette alliance va permettre au soignant et au soigné de travailler ensemble vers un objectif commun. Même si on retrouve cette idée chez les soignants interrogés, c'est surtout le fait de pouvoir assurer une prise en soins optimale qui est ressortie. En effet, il me semble que même si la confiance en l'équipe soignante va permettre au patient d'adhérer à sa prise en charge thérapeutique, elle va également lui permettre de se sentir le mieux possible durant son hospitalisation. Le soignant ne sera pas seulement la personne qui va lui administrer des traitements, des soins visant à sa guérison mais il pourra être un confident, quelqu'un sur qui il pourra s'appuyer si besoin pendant les épreuves difficiles tout en veillant, bien sûr, à garder un

distance professionnelle. On pourrait d'ailleurs se demander jusqu' où le soignant peut-il aller pour gagner cette confiance et la garder, où se situe cette distance professionnelle et pourquoi est-il nécessaire de la conserver?

Nous allons pouvoir à présent approfondir une autre notion , celle de la communication avec des patients allophones. Lors de mes recherches j'ai pu observer qu'il existait deux types de communication, la communication verbale et la communication non verbale. La communication verbale semblait utiliser un schéma incompatible avec le fait que les deux interlocuteurs ne parlent pas la même langue, en effet dans ce cas, l'interprétation du message risque d'être compliquée voir impossible car le récepteur ne sera pas en capacité de décoder le message envoyé par l'émetteur à cause de la barrière de la langue (SHANNON CE., WEAVER W., 1975) . De plus Strubel, Samacoits, Sainson, Burlan, & Maurin insistait sur le fait que « La communication verbale se fonde sur un langage commun » que les différents membres de la communauté connaissent (2007, p. 27-32). Cette théorie semble correspondre à la réalité car, les infirmières interrogées affirment utiliser majoritairement la communication non verbale, cette dernière semblant plus propice à la communication avec des personnes parlant des langues différentes. En effet, le non verbal étant composé de l'ensemble des gestes, de la distance physique, des expressions faciales, ce langage peut donc sembler universel, chaque être humain utilisant ces procédés que ce soit consciemment ou inconsciemment. Cependant comme L.T SCHIARATURA le dit, la culture va déterminer l'usage de cette communication non verbale " les Italiens, par exemple, font plus de gestes et ont des expressions faciales plus marquées que les Anglais. " (SCHIARATURA L.T., 2008), de même certaines actions peuvent être interprétées différemment en fonction des cultures, fuir du regard qui est un signe d'inconfort, de malaise, de mensonge en occident est par exemple perçu comme signe de respect et de politesse en Asie. La différence culturelle semble donc avoir un rôle majeur dans la persistance d'une barrière entre un soignant et un patient ne parlant pas la même langue et donc n'ayant sûrement pas la même origine. Je pense qu'il est par conséquent intéressant de relever qu'aucune des infirmières interrogées n'a mentionné l'impact de la culture sur la communication et la relation de confiance. En effet, que ce soit l'IDE 1 ou l'IDE 2 les difficultés qui sont ressorties lors de l'instauration d'une relation de confiance avec un patient étranger sont seulement linguistiques et sociales. On peut donc penser que cette notion n'est pas suffisamment abordée que ce soit lors des cours à l'IFSI ou par la suite lors de formation après le diplôme par exemple. Cependant, je pense que cela devrait être une de nos priorités de formation car, si on reste dans l'aspect du non verbal, ce dernier se base essentiellement sur de l'interprétation, or si les deux interlocuteurs sont de cultures différentes, cette dernière peut être biaisée, et certains des gestes, des regards peuvent être par exemple vus comme un manque de respect. Dans ce cas, la relation de confiance qui aurait

commencé à se former serait brisée. Suite à cette analyse, on peut donc penser que la création d'une vraie relation de confiance relève de l'irréel, car même si on arrive à surpasser la barrière linguistique en, utilisant différents outils (non verbal, site de traduction...) les soignants, comme les patients vont devoir faire face à la barrière culturelle qui, elle, semble beaucoup plus difficile à outrepasser. En effet notre culture fait partie de nous, elle nous définit en partie et guide nos choix, passer au-delà de cette dernière semble être un défi irréalisable.

Cependant, ne pourrions-nous pas faire de ces différences une force ? Cette idée m'est venue à l'esprit lorsque que j'ai repensé à mes expériences en stage avec ce type de patients, notamment celle décrite dans ma deuxième situation d'appel, en effet j'ai vraiment eu l'impression d'avoir réussi tisser un lien avec Mr G malgré le fait que nous ne parlions pas du tout la même langue, ce dernier me prouvait par de petites actions qu'il avait confiance en moi, en acceptant par exemple seulement ses traitements lorsque c'était moi qui les lui donnais. Je me suis donc interrogée sur les raisons qui ont poussé Mr G à me faire confiance, tout d'abord c'est l'implication que nous avons mis à essayer de développer cette relation qui m'est venue à l'esprit. En effet, tous deux avons pris le temps d'essayer de communiquer dans la langue de l'autre. Rien que de parler quelques mots de Géorgien avec moi semblait le ravir. De plus Mr G étant migrant il n'avait pas de famille en France, personne ne venait lui rendre visite lors de son hospitalisation. Après près de 2 mois dans le service, il me semble donc logique que les soignants deviennent pour lui un repère. C'est sur ce point qu'est revenu l'IDE 2, elle nous dit que pour cette population de patient immigré, « on est aussi un peu un repère » car on est « tout ce qu'ils ont ». Pour ces patients, ce lien de confiance qu'ils vont essayer de forger avec l'infirmier va donc vraisemblablement être d'autant plus important que pour des patients francophones avec un entourage par exemple. Au final, peut-être que la relation mettra plus de temps à s'instaurer qu'avec un patient parlant notre langue car, que ce soit le soignant ou le patient, les deux vont devoir s'impliquer davantage dans la création de ce lien, par exemple en prenant le temps d'essayer de communiquer en apprenant quelques mots de vocabulaire dans la langue de la personne en face d'eux. Mais je pense que cette relation de confiance en ressortira d'autant plus forte et authentique car le soignant et le patient se seront battus pour la former, ils auront tous deux fait des efforts importants et surmonté bon nombre d'obstacles qu'ils soient linguistiques, culturels, ou encore sociaux.

Enfin, nous allons aborder les différents outils et ressources que les infirmiers peuvent utiliser pour faciliter la communication avec ces patients étrangers. Tout d'abord, c'est l'utilisation de l'anglais qui ressort lorsque j'interroge les soignants. En effet l'anglais étant une langue très répandue dans le monde et enseignée dans la plupart des pays, il est logique de penser que la majorité d'entre nous

parle au moins les bases de cette langue. Cependant si on veut effacer la barrière linguistique il faut que les deux intervenants aient un niveau similaire dans la maîtrise de cette langue, or d'après ce que j'ai pu observer sur le terrain ou encore d'après ce que les infirmières interrogées ont pu relater cela est rarement le cas. Afin de pallier à cela, un outil semble être fréquemment utilisé: les sites de traduction en ligne. En effet, de nos jours la technologie est présente dans chaque service, que ce soit avec les téléphones des soignants ou encore les ordinateurs de l'unité. Certains services de longue durée proposent même de prêter des ordinateurs au patient. Ces appareils nous permettent donc à tout moment d'avoir accès à des sites de traduction tels que Google Traduction ou encore Reverso parmi les plus connus. Comme nous avons pu le voir précédemment, certains infirmiers et médecins créent eux même des sites avec le vocabulaire médical de base et les questions les plus courantes dans de nombreuses langues, TRALELHO par exemple. Ces sites vont certes faciliter la communication car ils vont nous permettre de traduire nos propos dans la langue du patient que ce soit à l'écrit ou même à l'oral si les personnes ne sont pas en capacité de lire. Ce type d'outil semble être celui le plus utilisé, en effet les deux infirmières interrogées passent régulièrement par ces sites afin de communiquer avec leur patients. Cependant ce système semble comporter des failles, déjà la fiabilité de ce type de site n'est pas toujours optimale et il se peut donc que la traduction ne soit pas correcte. De plus, pour en revenir à l'instauration d'une relation de confiance, je trouve que même si dans certaines situations cela peut aider à la communication, j'ai d'ailleurs utilisé plusieurs de ces sites avec mes patients comme dans ma deuxième situation d'appel avec Mr G par exemple, le fait de passer par un outil informatique, de devoir écrire chaque phrase que l'on souhaite dire et la faire lire au patient, je trouve que cela fait perdre de l'authenticité, de la spontanéité dans le message et je pense que cela ne crée pas un climat propice à l'instauration d'une relation de confiance car comme Walter HESBEEN nous le dit en 1997 (p 99-100), faire preuve d'authenticité est nécessaire pour la création d'un lien de confiance entre le soignant et le soigné. Enfin, un autre outil qui peut être proposé au soignant est de faire appel à une personne extérieure, professionnelle comme un interprète ou non comme la famille des patients. En effet, cela va nous permettre de communiquer plus facilement car l'interprète va pouvoir traduire relativement fidèlement ce que nous disons et ce que le patient répond. Cependant quand nous interrogeons les soignants à ce sujet on remarque qu'ils ne sont pas convaincus par cet outil. Tout d'abord il semble difficile de faire appel à un interprète à chaque fois que l'on est avec le patient, ce n'est pas réalisable. De plus, le fait de faire appel à la famille n'est pas possible avec chaque patient car comme je le disais précédemment, les patients migrants par exemple n'ont souvent aucun proche en France. Puis , même s' ils avaient un entourage disponible, on pourrait s'interroger sur le respect du secret médical, le patient n'a peut être également pas envie que le membre de sa famille contacté par l'équipe soit au courant de son

état de santé. Enfin, comme pour l'utilisation de logiciel de traduction, le fait de passer par une tierce personne pour communiquer avec le patient ne me semble pas propice à l'instauration d'une relation de confiance. Les soignantes interrogées confirment d'ailleurs cette idée, l'IDE 1 qualifie la relation de confiance de zéro lorsqu'un interprète est sollicité.

Au vu de cette analyse, je pense que finalement il n'existe malheureusement pas d'outils miracles nous permettant à la fois de communiquer et également de favoriser la création d'une relation de confiance. Même si ces outils peuvent s'avérer pratiques lors de la prise en soins, par exemple pour expliquer certains gestes médicaux ou réaliser un recueil de données, ils ne vont pas nous permettre de créer ce lien de confiance. Je pense que c'est seulement en prenant le temps avec le patient, de le comprendre, d'essayer de communiquer, même si ce n'est pas optimal, en se montrant disponible que cette relation va pouvoir s'installer et perdurer dans le temps.

Pour conclure cette discussion et de la même manière ce travail de recherche, je pense qu'il pourrait être intéressant de développer dans un autre travail de recherche la question de la culture dans la prise en soins. En effet, je suis à plusieurs reprises revenue sur cette notion durant mon mémoire. Ainsi ma question de recherche serait la suivante : Dans quelle mesure , l'interculturalité entre le patient et l'infirmier va-t-elle influencer sur la prise en soins ?

6. Conclusion

C'est à partir de deux situations vécues en stage impliquant des patients ne parlant pas français qu'à commencer ma réflexion par rapport à l'influence de la barrière de la langue sur la prise en soins. Je me suis notamment questionnée sur la communication avec ces patients et sur l'impact que la barrière de la langue pouvait potentiellement avoir sur la relation soignant soigné. C'est suite à cette réflexion que ma question de départ est née : En quoi la barrière de la langue impacte-t-elle la relation de confiance soignant soigné ?

Cette interrogation m'a amené, afin d'approfondir ma réflexion, à m'intéresser aux développements par différents auteurs de concepts liés à ma question de départ: La communication, la relation de confiance et la barrière de la langue. Au fil de mes lectures des questions pratiques sont apparues, j'ai pu m'entretenir avec deux infirmières, qui dans leur pratique professionnelle, sont quotidiennement confrontées à la prise en soins de patients allophones. J'ai ainsi pu observer la réalité du terrain et des éléments de réponses par rapport à ma question de départ sont ressortis:

l'utilisation de la communication non verbale ainsi que de différents outils, tels que les sites de traduction ou l'intervention d'interprètes, ou encore l'importance de se montrer authentique et impliqué dans la prise en soins. Les avis des professionnels divergent cependant sur la possibilité de créer une véritable relation de confiance avec des patients étrangers. En effet pour l'une il semble quasiment impossible de l'instaurer, de part la barrière de la langue mais à l'inverse, pour la seconde infirmière interrogée face à un patient ne parlant pas notre langue, la relation de confiance serait d'autant plus importante. Ce serait notamment le cas avec les patients migrants pour qui les soignants seraient un de leur seul repère en France.

Lors de la rédaction de ce mémoire, j'ai dû faire face à quelques difficultés, tout d'abord j'ai choisi un sujet qui a déjà fait l'objet de nombreux articles, il a donc fallu que je fasse un tri important lors de la rédaction de mon cadre conceptuel, ce que j'ai eu du mal à faire. De plus, j'avais peur de trop m'approcher du travail que d'autres étudiants ayant déjà réalisé un mémoire sur ce sujet auparavant. J'ai donc essayé au maximum de ne pas lire leur travail afin de n'être pas inconsciemment influencée. Mes entretiens m'ont également posé des difficultés, en effet c'est la première fois que j'interviewais quelqu'un, je ne me sentais donc pas très à l'aise avec l'exercice, de plus il m'a été difficile de programmer mes entretiens avec les professionnelles interrogées, cela m'a donc retardé sur mon travail.

Cependant, réaliser ce travail de recherche fut très enrichissant car cela m'a permis d'approfondir mes connaissances sur mon sujet mais également d'apporter des éléments de réponses, des pistes face à ma problématique. Les soignants étant quotidiennement confrontés à ce type de prise en soins, et ce peu importe la structure, le choix de ce sujet me semblait important et actuel. De plus, notre métier d'infirmier offrant de nombreuses possibilités d'évolution, dans l'humanitaire ou encore à l'étranger parmi d'autres, il y a une forte probabilité pour que nous nous retrouvions chacun face à ce type de situation que ce soit en tant que soignant ou de l'autre côté du miroir, en tant que patient. C'est donc pour ces raisons qu'il m'a semblé primordial d'analyser les différents outils afin de faciliter ce type de prise en soins, et ainsi assurer à chaque patient le meilleur accompagnement et ce quelque soit ses origines, sa langue, sa culture.

Références :

OUVRAGES :

BARRIER, G. (2009) La communication non verbale : Comprendre les gestes : perception et signification. Edition ESF. Page 135

BELLENGER, L. (1995) La confiance en soi, col. Formation permanente en Sciences Humaines

BIOY A, BOURGEOIS F, NEGRE I. (2013) *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. 3ème édition. Bréal. Page 53

BORDIN, E. (1979). « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, vol. 16, 252-260

CORRAZE J. (1980). *Les communications non-verbales* Paris : Presses Universitaires de France

DEVITO J. A., JOSEPH A., CHASSE G., & VEZEAU, C. (2014). La communication interpersonnelle. 3e édition. Saint-Laurent : ERPI

DE WAAL, F (octobre 2011) *L'âge de l'empathie: Leçons de la nature pour une société solidaire* Editions LLL

EKMAN, P., & FRIESEN, W. V. (1969). The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and coding. *Semiotica*, 1, 49- 98.

FREUD S., (1913). « Le début du traitement », *La technique psychanalytique*, trad. fr., Paris : PUF, 1989

HESBEEN, Walter (1997) Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, Masson p 99-100

LEBEL, P (1995). Communication professionnelle de l'infirmière. Éditions Hospitalière p20

BRETON, D., sous la direction de Carmel CAMILLERI, 1996, Chocs de cultures : Concepts De L'interculturel, collection L'Harmattan, Paris, p 165

MANOUKIAN, MASSEBEUF et DAYDE, (2014) La relation soignant-soigné, op. cit, p. 5

ROGERS, C. (1980) A way of being, Houghton Mifflin company, cité par Decety, L'empathie 2004, p 59

SHANNON CE., WEAVER W., (1975) La théorie mathématique de la communication, Paris: Retz

WATZLAWICK, P. (1967). *Une logique de la communication* . Editions du Seuil

ZUCKER L (1986) Production of trust : institutional source of economic structure, "Research in organizational Behavior ".

ARTICLES:

BASTIAN J, VALDEYRON JL, VAQUIER V (septembre 2001) De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique, Recherche en soins infirmiers N° 66

BOURGEOIS, B. (avril 2016) La créativité des soignants face à la barrière linguistique. L'aide Soignante Vol 30 - N° 176 P. 26-29

DEBOUT, C. (mars 2013) Ethnonursing, articuler culture, santé et soins. Soins, n°773, pp 55-59.

DURBIN J-D, (2011/10) La prise en charge de patients présentant une barrière de la langue [INTER BLOC](#), Vol 30, N° 4, pages 260-261, 3 réf.

MICHON F. (octobre 2013) "La confiance, un levier de la qualité de soin" Revue de soins, n°779 p38

SCHIARATURA L.T., (2008) La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer dans Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, Volume 6, Numéro 3

SRUBEL, D. SAMACOIT, P. SAINSON, A. BURLAN, D. MAURIN, J. (2007) La communication avec le patient atteint de démence. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* Volume 7 p27-32

PAGES WEB :

ACHINI, A., BERENQUER, É., ABDALLAH, H., DEMASSI, S., GUE, Z. & KASSIM, M. (2020). La traduction comme médiation créatrice à Mayotte, un espace à réfléchir. *Rhizome*, 75-76, 132-140. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0132>

Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. (26juillet - 6 août 1982) Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, disponible sur : <https://www.bak.admin.ch/bak/fr/home/themes/definition-de-la-culture-par-l-unesco.html>

Dr Charles Vanbelle,(2017) TRADUCMED disponible sur : www.traducmed.fr

IFSI Dijon (sd) Communication [en ligne] disponible sur <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2019/02/communication.pdf>

INSEE (2022) L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

LAROUSSE, Définition : Alliance, Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alliance/2376>

LAROUSSE. Définition : Barrière. Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/barri%C3%A8re/8129>

LAROUSSE, Définition : *communication*, Dictionnaire de français Larousse [En ligne] - Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

LAROUSSE, Définition : confiance, Dictionnaire Français Larousse [En ligne] . Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>

LAROUSSE, Définition d'interprète, Dictionnaire de Français Larousse [En ligne] - disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interpr%C3%A8te/43812>

Le Robert, dictionnaire de français. Définition relation. Disponible sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/relation>

Levine. D. & Adelman. M, Centre européen pour les langues vivantes (2007). Développer et évaluer la compétence en communication interculturelle. Disponible sur :http://archive.ecml.at/mtp2/publications/B1_ICCinTE_F_internet.pdf p7-8 .

MARIN, I., FAROTA-ROMEJKO, I., LARANCHE, S. & KESSAR, Z. (2012). Soigner en langue étrangère. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 111, 11-19. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/jalmalv.111.0011>

RENAUX, N. DAUCHY, F. (2010) AP-HP : Un kit communication à l'attention des patients. Disponible sur: <https://cadredesante.com/spip/profession/AP-HP-Un-kit-communication-a-l>

SUREAU, P. (avril 2018). De la confiance dans la relation de soin. *Soins* . Disponible sur [soins_avr.2018-confiance-des-relations_p.sureau.pdf](https://www.sureau.com/soins_avr.2018-confiance-des-relations_p.sureau.pdf)

Verdaguer Marion (2016) TRALELHO, site de traduction en ligne Disponible sur : <https://www.tralelho.fr/>

MÉMOIRES , THÈSES:

BOWREN, D (2008) the patient rust of nursing staff, postoperative pain, and discharge functional outcome following a total knee arthroplasty, thèse, Université de l'Arkansas de sciences médicales

TEMPLIER R (2011) La relation de confiance soigné soignant [Mémoire de maîtrise]. IFSI Bertrand Schwartz, p32. Disponible sur : <https://docplayer.fr/4501300-La-relation-de-confiance-soignesoignant-mr-templier-romain-promotion-2008-2011.html>

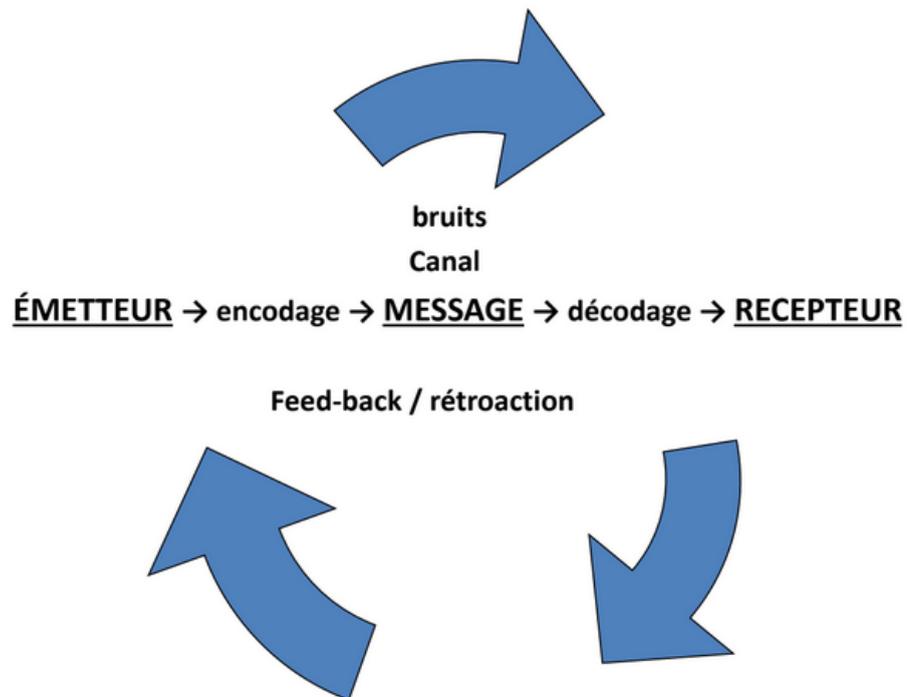
IMAGE PAGE DE GARDE :

ROMMÈ J., Apprendre les langues étrangères pour voyager disponible sur Fotolia.com

Annexes

Annexe 1:

Schéma de SHANON -WIENER Cybernéticien



UE 4.02 Théorie de la communication (2016) PFPS -CHU Rennes

Annexe 2:

Questionnaire

Début entretien : Remerciement/ Anonymat/ Présentation.

Présentation, parcours professionnel

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Quel est votre parcours professionnel ?

Annonce de la problématique de la mémoire.

1.Si je vous dis relation de confiance entre un soignant et un patient, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

2.En général, comment instaurez-vous une relation de confiance entre vous et vos patients ?

3.Selon vous quel est l'intérêt de cette relation dans la prise en soin ?

4.Dans votre carrière avez-vous été régulièrement en contact avec des patients étrangers ne parlant pas français ?

5.Rencontrez-vous plus de difficultés à créer une relation de confiance avec un patient qui ne parle pas votre langue ?

- Utilisez-vous des outils pour faciliter la communication ?
- Favorisez-vous la communication non verbale ? (Avez-vous déjà fait appel à un interprète ? A la famille ?)

6.Dans votre service avez-vous développé des outils pour faciliter la communication ?

- Selon vous quelles sont les limites de ces outils ?

7.Avez-vous remarqué une évolution dans l'accompagnement de ces patients au cours de votre carrière ?

- Soignant davantage formé lors de leur formation
- De plus en plus d'outils mis en place

Annexe 3 : Entretien numéro 1

ESI:Alors déjà je te remercie d'avoir accepté de répondre à mon entretien.

IDE:Y'a pas de souci c'est normal.

ESI:Donc tout sera anonyme et enregistré si tu l'accepte.

IDE: Ok

ESI:D'accord donc on va pouvoir commencer alors déjà j'aimerais bien que tu me racontes ton parcours professionnel, depuis quand tu es diplômé, Par quel service tu es passé.

IDE:OK alors déjà je suis diplômée depuis juillet 2021, donc l'année dernière, donc ça fait pas un an encore. Donc moi quand j'ai commencé à travailler en tant qu'infirmière je ne suis pas allé dans un service au début j'étais en secteur Covid donc je faisais tout ce qui était vaccin et test PCR.. Après je suis allé à Bain-de-Bretagne en secteur d'Addictologie.

ESI:D'accord.

IDE:Sauf qu' en fait ça m'intéressait énormément là-bas sauf que la route était compliquée.

ESI:Oui, c'est un peu loin.

IDE:Oui ça faisait beaucoup de trajet donc eux m'ont dit « vas-y postule à Saint-Laurent il y a un service d'Addictologie tu verras tu vas te plaire » donc j'ai postulé j'ai été prise sauf qu'au final je suis en service de psychiatrie et non d'Addictologie. Mais je fais de l'addictologie de temps en temps.

ESI:D'accord

IDE:Donc en tant que professionnel c'est ça que j'ai fait.

ESI:D'accord est-ce que tu pourrais me parler de ton parcours de stage ?

IDE:Du coup en première année j'ai fait de l'EHPAD de la traumatologie et de l'EHPAD encore, donc beaucoup d'Ehpad.

ESI::Oui je vois ça ahah, ça te fait 10 semaines du coup?

IDE:Euh 5 et 5 donc oui 10 semaines c'est ça. Après, en deuxième année j'ai fait de la psychiatrie et après j'ai eu un stage qui a été annulé à cause du Covid et après j'ai été en libéral ensuite gastro hepato, psychiatrie et UHSL.

ESI:OK donc on va pouvoir passer au cœur de l'entretien donc je vais te rappeler le thème de mon mémoire donc c'est dans quelle mesure la barrière de la langue impact-telle la relation de confiance entre le soignant et le soigné.

IDE:D'accord

ESI:Donc pour commencer si je te dis relation de confiance qu'est-ce qui te vient à l'esprit ça peut être juste des adjectifs pas forcément avec des phrases.

IDE:Alors pour moi c'est la première approche / que tu fais avec le patient en fait, quand tu vois le patient pour la première fois en fait c'est ce que tu vas lui apporter/. C'est le patient qu'est-ce qu'il va ressentir de toi/, ça commence par là pour moi.

ESI:D'accord oui donc pour toi c'est vraiment avant même la prise en soin.

IDE: Ouais, ouais parce que forcément le patient ils veulent se faire un peu un jugement sur toi/, s'il peut te faire confiance ou pas /et après c'est là que tout se met en place./ Il y a la relation de confiance qui se crée ensuite.

ESI: D'accord, comment est-ce que tu es en général je vois comment est-ce que tu instaure cette relation avant la prise en soin?

IDE: Moi je passe beaucoup par l'humour, c'est que ouais je suis un peu la rigolote du service on va dire, et j'aime bien passer par l'humour en fait. Après pas avec tout le monde, parce que je sens quand avec des patients c'est pas possible.

ESI: Oui surtout dans un service comme la psychiatrie j'imagine...

IDE: Ouais beaucoup en psychiatrie...

ESI: Ah oui ça fonctionne bien ?

IDE: Oui voilà ça passe par l'humour après tout en restant sérieux aussi, c'est que tu puisses avant tout répondre à la demande du patient c'est surtout pour le patient.

ESI: Voilà garder la bonne distance mais ...

IDE: bien sûr la distance est toujours là mais je trouve que c'est bien aussi qu'on soit pas toujours catégorique, pas toujours comme ça.

ESI: oui ça te permet de détendre l'atmosphère.

IDE: Oui voilà c'est déjà pas drôle d'être hospitalisé donc si t'as des petits soignants qui sont et avec qui tu ne peux pas faire une touche d'humour ça va être encore plus difficile.

ESI: d'accord et selon toi quelle est l'intérêt de cette relation de confiance dans ta prise en soin qu'est-ce que ça t'apporte après.

IDE: c'est tout toute la prise en charge en découlent, si t'as pas la relation de confiance tu peux pas prendre en charge un patient, enfin tu vas pas prendre en charge correctement donc ça ne va pas servir à grand chose.

ESI: Est-ce que toi dans ta carrière tu as été en contact avec des personnes ne parlant pas ta langue et ne te comprenant pas?

IDE: oui bien sûr ça m'est déjà arrivé par exemple une fois, on a eu une dame on ne savait même pas quelle langue elle parlait. En fait on l'avait retrouvée dans la rue sans papiers ni rien Bon c'était très compliqué comme situation. C'était une langue existence mais on arrivait pas à savoir laquelle... donc la communication avec cette dame passe essentiellement par des gestes.

ESI: OK donc en fait si je comprends bien donc avec cette dame la communication passé essentiellement par le non verbal.

IDE: oui c'est ça, beaucoup de non verbale. Après je sais que j'ai aussi eu des patients qui parlaient anglais après comme j'ai pas de difficultés en anglais ça ne m'a pas poser de problème. Je communiquais en anglais avec eux. Et s' il y avait des mots que je ne savais pas je prenais Google traduction.

ESI: oui en fait ça répond un peu à ma prochaine question qui était rencontrez-vous des difficultés à créer une relation de confiance avec un patient qui ne parle pas votre langue?

IDE: oui du coup.

ESI: oui et ce que je voulais savoir c'était si tu utilisais des outils en particuliers pour faciliter la communication dans ces cas là?

IDE: oui bah après, on utilise le téléphone enfin moi j'utilise le téléphone ou le non verbal. Après je trouve que la relation de confiance elle est pas vraiment là, enfin ça sera difficile de l'avoir car la communication n'est pas optimale. Après tu vois je sais pas si c'est en lien avec ça mais j'ai un patient qui est arrivé hier dans mon service et donc c'est un patient qui a une dysarthrie mais du coup c'est très difficile de comprendre, il parle français mais on a du mal à comprendre. Je ne peux même pas te l'imiter, c'est incompréhensible. Et en fait du coup la communication est très difficile donc elle passe surtout par des gestes ou vraiment au mot par mot mais on voit quand même que la relation de confiance commence à s'ancrer parce que là aujourd'hui par exemple il rigolait avec moi.

ESI: oui donc vous arrivez quand même à créer un lien au fur et à mesure en passant par un moyen. Et est-ce que des fois par exemple vous faites appel à des interprètes où est la famille des patients.

IDE: oui ça peut arriver, j'ai déjà entendu des choses comme ça, qu'on pouvait faire venir la famille et qu'il y a des interprètes qui peuvent venir. Il y a beaucoup de personnes russes qui font venir des interprètes surtout. Mais du coup c'est compliqué parce que dès qu'on veut faire quelque chose il faut toujours avoir un interprète avec toi. La relation de confiance pour moi est zéro dans ces cas-là.

ESI: oui c'est ça pour toi c'est vraiment une des limites du coup, enfin c'est pas faisable de devoir appeler, chaque fois qu'on doit aller faire un soin ou un entretien, un interprète.

IDE: oui c'est ça, y'a des fois où tu peux réussir à communiquer mais des fois non et non et du coup bah ça crée vraiment une grosse barrière entre les patients et nous.

ESI: et est-ce que dans les services où tu es passé en stage ou là où tu es actuellement tu as vu par exemple des petites fiches qui ont été mises en place petite fiche mémo avec des mots-clés pour communiquer dans certaines langues telles les plus courantes dans le service?

IDE: Ah non j'ai jamais vu ça, dans les services dans lesquels je suis passé en tout cas.

ESI:OK j'ai une dernière question à te poser, même si du coup tu es au début de ta carrière mais est-ce que tu as remarqué une différence dans ta capacité à prendre en soin des patients étrangers par rapport à tes collègues qui aurait pu enfin passer leur diplôme y'a plus longtemps. Je sais pas si c'est très clair mais est-ce que tu trouves que t'es plus à l'aise dans ce type de prise en soin qu'eux qui aurait peut-être du moins d'apport en langue au long de la formation. Par exemple nous on a des cours d'anglais mais je sais que ça pas toujours été le cas on apprend quand même un vocabulaire de base donc je voulais savoir si tu avais tu avais remarqué une différence?

IDE:Franchement, je trouve que les cours d'anglais à l'IFSI ils ne servent à rien. Soit tu parles anglais avant ta formation soit tu parles pas anglais, les cours d'anglais à l'IFSI ne servent à personne ou que tu sois diplômé depuis 40 ans ou comme moi depuis moins d'un an on est tous au même stade.

ESI: oui y'a pas plus d'outils qui ont été mis en place, pas plus de formation...

IDE: Non rien du tout. Si tu parles pas anglais, à l'école tu vas apprendre du vocabulaire des mots mais tu vas les oublier juste après. Enfin je trouve pas ça pédagogique... et puis on apprend du vocabulaire mais bon pour revenir à ton thème pour la relation de confiance savoir dire je vais vous faire une prise de sang ou quelque chose d'autre ça ne va pas servir à grand chose.

ESI: OK écoute en tous cas pour moi l'entretien va toucher à sa fin je sais pas si t'as des choses à rajouter par rapport à un sujet à aborder quelque chose auquel je n'ai pas pensé...

IDE: Non après c'est toi qui me dit mais enfin pour moi je pense avoir fait le tour de ta question.

ESI: Oui pour moi c'est parfait, en tous cas je te remercie de ta participation et de m'avoir accordé ton temps, surtout après ta journée de travail, je vais te laisser te reposer maintenant.

IDE: pas de soucis avec plaisir c'est normal, on passe tous par là je sais ce que c'est, en tous cas bon courage pour la suite

ESI: Merci à toi aussi.

Annexe 4: Entretiens numéro 2

ESI: Alors bonjour et je te remercie déjà d'avoir accepté de répondre à mon entretien, donc je vais te poser une petite dizaine de questions et donc à fin de pouvoir retranscrire l'entretien je vais enregistrer tes réponses si tu l'acceptes cependant je te garantis que tout sera anonymisé.

IDE: Oui oui y'a pas de soucis

ESI: OK alors commençons, est-ce que déjà tu pourrais me parler un peu de ton parcours professionnel depuis quand tu es diplômé par quel service tu as pu passer?

IDE: OK alors moi ça va faire bientôt 10 ans que je suis diplômé, déjà ahah, donc j'ai été diplômé en 2013 et après ma sortie de l'ifsi j'ai commencé par faire un peu d'intérim pendant à peu près 3,4 mois puis après je ne supportais plus trop de devoir changer de service et de pas pouvoir être au sein d'une équipe fixe. Donc j'ai décidé d'intégrer CH et donc je suis arrivé sur le service de néphrologie et ça m'a beaucoup plu. Je suis resté 3 ans dans ce service et puis j'ai eu envie de le changer quoi et j'ai eu l'opportunité un peu par hasard d'arriver dans le service d'hématologie de l'hôpital. Et bah depuis je suis toujours là ça été un gros coup de cœur pour la spécialité l'organisation du service la bonne ambiance avec les collègues. J'ai vraiment redécouvert mon métier et puis ben j'ai plus envie de partir d'ici quoi. Parce que c'est même si c'est une spécialité donc tous les soins ils sont très spécifique on voit plein de choses différentes déjà on bouge très souvent de service, on est soit dans l'unité enfin le secteur protégé soit dans le secteur conventionnelle, on peut aussi passer par l'hôpital de jour, travailler aux consultations par la suite ou faire des des formations pour faire de l'hypnose ou encore infirmier d'annonce. Donc il y a plein de perspectives d'évolution et c'est ça que je trouve très intéressant en hématologie, et puis aussi l'accompagnement des passions est vraiment privilégié surtout dans l'unité où je suis actuellement qui est le secteur protégé. On est vraiment juste avec le patient, on a seulement quatre ou cinq patients par secteur donc on peut vraiment prendre le temps, sauf quand vraiment il y a des urgences, mais sinon on peut prendre le temps de passer du temps avec chaque patient surtout qu'il n'y a pas tous le « parasites » que l'on peut retrouver dans les autres services. On a pas de coursier qui viennent, les familles c'est seulement une visite par jour et par personne donc il y a vraiment très peu de passage dans le service, on est vraiment concentré sur notre prise en soin et ça limite aussi du coup ça limite l'interruption de tâches. Voilà donc désolé j'ai un peu développé mais je trouve que c'est important que de définir ce service qui peut être parfois méconnu.

ESI: ah non y'a pas de souci c'est parfait . Maintenant que tu m'as un peu parlé de ton parcours professionnel, on va pouvoir passer au cœur de l'entretien. Donc je vais te rappeler mon sujet. Alors mon sujet porte sur l'impact que peut avoir la barrière de la langue sur la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Donc je vais pouvoir commencer par te demander ce qui te vient à l'esprit si je te dis relation de confiance entre un soignant et un patient?

IDE:Alors pour moi la relation de confiance est primordiale dans la prise en soin. Je pense qu'on peut pas avoir une bonne prise en soin sans l'instauration de cette relation. Je pense qu'elle se met en place dès la première rencontre avec le patient et puis elle s'intensifie et elle se développe tout au

long du séjour. Pour qu'elle puisse exister il faut que tu sois le plus, je pense Qu'il faut être le plus authentique dans la prise en soin, je pense que le patient il sent ces choses là et il aura plus envie d'accorder sa confiance à un professionnel qui est honnête et il investi on va dire. Il va, il va juger je pense que les premières fois si il peut,ou non, t'accorder sa confiance.

ESI: OK et toi en général comment est-ce que tu arrives à instaurer cette relation avec tes patients?

IDE: Alors donc moi je dirais que je passe par des petites attentions, je sais pas si c'est clair mais par exemple si un patient me demande quelque chose qui est un peu original, par exemple je sais pas des petites piles voilà, je vais essayer vraiment essayer de les lui trouver, et surtout dans un service comme celui où je suis où le patient ne peut pas sortir de sa chambre, il est important qu'il puisse compter sur nous pour lui apporter tout ce dont il a besoin. Après je passe aussi beaucoup par l'humour. J'aime bien faire des petites blagues pour détendre l'atmosphère et en général ça fonctionne assez bien avec les patients. Je pense que ça leur permet de nous voir un peu plus comme « un être humain » et pas seulement comme la blouse blanche. Ça humanise un peu. C'est comme, par exemple, si un patient va me poser des questions sur ma vie je vais y répondre, pas forcément dans les détails, mais je trouve que c'est important parce que eux il se livre à nous mais en échange il faut aussi qu'on leur donne un peu de nous pour montrer qu'ils peuvent nous faire confiance et que c'est un lien qui va des deux côtés on va dire.

ESI: oui je vois, et selon toi quelle est l'intérêt d'instaurer cette relation de confiance?

IDE:Alors je pense que si un patient a confiance en son soignant il va être plus réceptif aux traitements à la prise en soin. Il s'impliquera sûrement plus et puis on peut parler aussi de l'alliance thérapeutique dans ces cas là. Je pense que que peut-être si le patient a confiance en le professionnel qui lui donne un traitement, si il a confiance dans les explications qu'on lui donne de ce traitement il aura sûrement une meilleure observance.

ESI:Oui d'accord je vois ce que tu vas me dire. Je voulais te demander pardon ensuite si tu avais été régulièrement en contact avec des patients étrangers ne parlons pas français au cours de ta carrière?

IDE:Ah bah ça oui, et je trouve que même de plus en plus là on a quasiment toujours un patient étrangers dans le service. C'est surtout des personnes des pays de l'est on a beaucoup de géorgien de Roumains d'Arméniens et en général le problème c'est que ces patients là ne parle pas trop français et il ne parle pas trop anglais non plus.Par exemple en ce moment dans mon service on a eu un jeune mexicain de 18 ans qui est parti là il y a deux semaines, on a un anglais qui parle un petit peu français et on a une arménienne qui ne parle pas du tout français qui n'a pas de papier fin c'est

un peu compliqué au niveau social. Mais du coup pour revenir à ta question oui oui j'ai vraiment eu pas mal de patients étrangers au cours de ma carrière.

ESI: ah oui bon bah j'ai bien fait de t'interroger alors tu vas avoir plein d'anecdotes à me raconter. Et du coup est-ce que tu rencontres plus de difficultés à créer une relation de confiance avec un patient qui ne parle pas ta langue?

IDE: alors, je pense que oui. Comme je te le disais précédemment pour instaurer une relation avec mes patients je passe beaucoup par l'humour et aussi par le fait de me livrer un peu sur ma vie de m'intéresser à la leur mais bon avec des patients qui ne parle ni français ni anglais c'est un peu plus compliqué. Après c'est quand même possible que je vois la dame là qu'on a en ce moment que je te disais arménienne. Ça passe beaucoup par le non verbal, on passe aussi beaucoup par le toucher... En effet c'est une dame qui, je pense que c'est dans sa culture aussi, qui est très expressive et qui aime beaucoup le toucher relationnel. Elle va chercher à nous tenir la main à nous faire des câlins à nous caresser les bras donc on essaye de lui faire la même chose par exemple, quand on doit lui faire une prise de sang on va à lui caresser un petit peu le bras de l'autre côté pour essayer de la détendre puis ça passe. Aussi cette dame elle aime beaucoup la musique, donc elle a un ordinateur dans sa chambre donc on va essayer de l'aider à mettre de la musique arménienne, je sais que que je l'aime j'essaie de lui demander de m'apprendre à dire quelques mots en arménien et cela l'a beaucoup fait rire d'ailleurs. Enfin on voit qu'avec cette dame la relation de confiance s'est vraiment mise en place, et elle nous appelle par nos prénoms, elle nous reconnaît, rigole avec nous même si elle comprend pas forcément ce qu'on dit, je pense qu'elle a elle a confiance en nous. Et puis pour ces personnes là aussi, qui sont comme elle sans papier, elle n'a pas de repères en France elle est arrivée et elle a directement été hospitalisée. Je pense qu'on est aussi un peu un repère pour elle parce qu' "tout ce qu'elle a".

ESI: Oui oui je vois ce que tu veux dire. Et est-ce que tu utilises des outils en particulier avec cette dame par exemple des autres passions pour communiquer?

IDE: Oui j'utilise pas mal Google traduction, après comme on peut pas avoir de téléphone dans les chambres et tout ça je utilise les ordinateurs des patients ou leur propre téléphone donc des fois c'est c'est un peu délicat de leur faire comprendre qu'on veut communiquer mais qu'on va leur prendre juste leurs affaires de seconde pour pouvoir communiquer.

ESI: ah ah, oui je comprends et est-ce que dans ton service il y a des outils qui ont été développés, je sais pas par exemple des petites fiches mémo pour certaines langues avec le vocabulaire basique?

Alors oui, après je t'avoue que je pense pas forcément à les utiliser mais on a des petites fiches sur l'ordinateur dans quelques langues. Si je ne me trompe pas, on doit avoir russe et géorgien. Après on peut aussi faire venir des interprètes, mais c'est un peu compliqué surtout dans le service où je suis il faut qu'il se change et puis je sais pas je trouve pas ça pareil. Mais je trouve que ces outils ne sont pas forcément adaptés. Parce qu'il y a du vocabulaire de base mais c'est pas avec ce vocabulaire là qu'on va pouvoir établir une vraie relation de confiance. Donc j'avoue que moi je les utilise pas trop je préfère faire avec Google traduction vraiment con quand j'ai quelque chose de spécifique à expliquer mais sinon c'est vraiment le non verbal le toucher et les mimes.

ESI: ah oui je vois ce que tu veux dire, c'est pas toujours très adapté ... et sinon j'ai une dernière à te poser je voulais savoir si tu avais remarqué une évolution au cours de ta carrière dans la formation des soignants vis-à-vis de ses patients là. Par exemple des cours d'anglais plus approfondis ou tout simplement des soignants plus à l'aise avec ce type de patient.

IDE: Alors franchement on a des formations sur plein de domaines, mais j'ai jamais eu l'occasion de voir des formations sur la prise en charge de patients étrangers après c'est peut-être moi mais j'ai pas l'impression que ce soit la priorité dans les formations, mais ça pourrait être intéressant afin de nous donner des clefs, outils car ce type de prise en soins pose au quotidien des difficultés aux soignants. Au niveau des cours d'anglais enfin moi je crois que j'en ai vu quelques hein mais vraiment c'était le vocabulaire de base et clairement je me souviens plus du tout de ses cours aujourd'hui. Après j'ai eu la chance de parler anglais de par mon parcours personnel donc j'avoue que je ne me suis jamais trop sentie en difficulté de ce point de vue là. Mais quand je vois certaines collègues qui ont vraiment du mal avec l'anglais c'est sûr que ça peut être difficile. Après on remarque qu'en général les patients étrangers qu'on a dans le service il parle pas forcément anglais, pour en revenir à la dame dont je t'ai parlé tout à l'heure elle parle pas anglais du tout donc là on est tous à peu près au même niveau quoi. Mais du coup non franchement je trouve pas qu'au niveau de la formation il y ait une différence entre les soignants. Après dans la société en général, l'apprentissage de langues j'ai l'impression occupe de plus en plus de place, on a de plus en plus d'étudiants qui partent à l'étranger et qui qui apprennent plusieurs langues donc que je trouve qu'on a des profils de plus en plus variés en terme de soignants par rapport aux anciens diplômés on va dire. Après ça, ça n'a rien à voir du coup avec la formation c'est vraiment des expériences personnelles.

ESI: Oui tu vois ce que tu veux dire quoi c'est vraiment en plus un apprentissage veux personnellement. Donc je sais pas si tu as quelque chose à rajouter mais sinon l'entretien touche à sa fin.

IDE: Alors non je pense avoir fait le tour de la question après c'est toi qui est qui vois mais je pense qu'on a déjà pas mal développé que tu vas manger quoi analyser.

ESI: Sarah, oui je pense que c'est déjà pas mal et en tout cas je te remercie beaucoup de ta participation et de ton implication dans la réalisation de cet entretien. Et merci pour tout!

IDE: De rien c'était avec plaisir!

Annexe 5: Tableaux d'analyses des entretiens

Objectif : Comprendre l'intérêt pour les soignant de créer une relation de confiance avec les soignants

Question : Si je vous dis relation de confiance entre un soignant et un patient, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit

Instauration de la relation de confiance	Attitude professionnelle propice	Intérêt de la relation de confiance	Ressenti du patient
<p>c'est la première approche</p> <p>quand tu vois le patient pour la première fois</p> <p>ce que tu vas lui apporter</p> <p>se met en place dès la première rencontre avec le patient</p> <p>s'intensifie et elle se développe tout au long du séjour.</p>	<p>authentique dans la prise en soin</p> <p>professionnel qui est honnête</p> <p>investi</p>	<p>c'est là que tout se met en place</p> <p>primordiale dans la prise en soin</p> <p>on peut pas avoir une bonne prise en soin sans l'instauration de cette relation</p>	<p>le patient qu'est-ce qu'il va ressentir de toi</p> <p>se faire un peu un jugement sur toi</p> <p>s'il peut te faire confiance ou pas</p> <p>il va juger je pense que les premières fois si il peut, ou non, t'accorder sa confiance.</p>

IDE 1 / IDE 2

Question : Comment instaurez vous cette relation de confiance ?

Techniques utilisées par les soignants				
L'humour	Investissement	Distance professionnelle	Humanitude	Besoins du patient
<p>je passe beaucoup par l'humour</p> <p>j'aime bien passer par l'humour</p> <p>ça passe par l'humour</p> <p>faire une touche d'humour</p> <p>humour</p> <p>Petites blagues</p> <p>détendre l'atmosphère</p>	<p>des petites attentions</p> <p>si un patient me demande quelque chose...je vais essayer vraiment essayer de les lui trouver</p>	<p>la distance est toujours là</p>	<p>nous voir un peu plus comme « un être humain »</p> <p>pas seulement comme la blouse blanche</p> <p>humanise</p> <p>poser des questions</p> <p>se livre à nous</p> <p>qu'on leur donne un peu de nous</p> <p>lien qui va des deux côtés</p>	<p>répondre à la demande du patient</p> <p>c'est surtout pour le patient</p>
<p>4 items + 3 items = 7 items</p>	<p>2 items</p>	<p>1 items</p>	<p>7 items</p>	<p>2 items</p>

IDE 1 / IDE 2

Question: Selon vous quel est l'intérêt de cette relation dans la prise en soin ?

Alliance thérapeutique	Confiance	Prise en soin optimale
réceptif aux traitements l'alliance thérapeutique observance	confiance x3	réceptif ... prise en soin s'appliquera toute la prise en charge en découlent prendre en charge un patient prendre en charge correctement

IDE 1 / IDE 2

Objectif: Savoir si les soignants considèrent cette barrière comme un problème récurrent et d'actualité.

Question : Dans votre carrière avez-vous été régulièrement en contact avec des patients étrangers ne parlant pas français ?

	Nationalités		
Indéterminée	Anglophone	Pays de L'EST	Amérique centrale
on ne savait même pas quelle langue elle parlait. une langue existence mais on arrivait pas à savoir laquelle	patients qui parlaient anglais un anglais	beaucoup de personnes russes pays de l'est géorgien Roumains Arméniens arménienne x2	mexicain
	2 items	7 items	1item

IDE 1 / IDE 2

Objectif:

- Identifier les difficultés, les limites, les atouts dans la mise en place d'une relation de confiance avec un patient allophone.

Question :

- Rencontrez-vous plus de difficultés à créer une relation de confiance avec un patient qui ne parle pas votre langue ?

Difficultés rencontrés par les soignants			
Difficultés linguistiques	Difficultés sociales	Impossibilité de créer une vraie relation de confiance	Facilitateurs/ outils non adaptés
<p>on ne savait même pas quelle langue elle parlait</p> <p>une langue existence mais on arrivait pas à savoir laquelle</p>	<p>retrouvé dans la rue sans papiers ni rien</p> <p>sans papier</p> <p>n'a pas de repères en France</p> <p>qu'on est aussi un peu un repère pour elle</p> <p>on est "tout ce qu'elle a »</p>	<p>la relation de confiance elle est pas vraiment là</p> <p>difficile de l'avoir car la communication n'est pas optimale</p> <p>La relation de confiance pour moi est zéro</p>	<p>c'est compliqué parce que dès qu'on veut faire quelque chose il faut toujours avoir un interprète avec toi.</p> <p>ça crée vraiment une grosse barrière entre les patients et nous</p>
2 items	1 item + 4 items = 5 items	3 items	2 items

IDE 1 / IDE 2

Objectif:

- Comparer les différentes pratiques des infirmiers face à une difficulté de communication.

Questions:

-Utilisez-vous des outils pour faciliter la communication ?

-Favorisez-vous la communication non verbale ?

Communication non verbale	Communication verbale	Utilisation d'outils adaptés		
		Outils technologiques	Site de traduction	Musicothérapie
<p>La communication avec cette dame passe essentiellement par des gestes. touché touché relationnel</p> <p>tenir la main</p> <p>faire des câlins</p> <p>caresser les bras</p> <p>caresser un petit peu le bras</p> <p>beaucoup de non verbale</p> <p>le non verbal.</p> <p>non verbal</p> <p>expressive</p>	<p>je communiquais en anglais</p> <p>mot par mot</p> <p>m'apprendre à dire quelques mots en arménien</p> <p>Rire</p> <p>Rigole avec nous</p> <p>elle nous appelle par nos prénoms</p>	<p>j'utilise le téléphone</p> <p>téléphone x2</p> <p>ordinateur</p>	<p>je prenais Google traduction.</p> <p>Google traduction</p>	<p>musique</p> <p>Musique arménienne</p>
<p>3 items + 9 items = 12 items</p>	<p>2 items + 4 items = 6 items</p>	<p>1 item + 3 items = 4 items</p>	<p>1 item + 1 item = 2 items</p>	<p>2 items</p>

Objectif:

- Découvrir si des ressources sont mises à disposition des soignants pour les aider à prendre en soin des patients étrangers

Questions:

-Dans votre service avez-vous développé des outils pour faciliter la communication ?

- Selon vous quelles sont les limites de ces outils ?

-Avez-vous remarqué une évolution dans l'accompagnement de ces patients au cours de votre carrière ?

- Soignant davantage formé lors de leur formation
- De plus en plus d'outils mis en place

Sollicitation d'acteurs extérieurs				
Solliciter un interprète	Solliciter la famille	Outils propre au service	Formation	Limites/ outils non adaptés
<p>il y a des interprètes qui peuvent venir.</p> <p>font venir des interprètes surtout.</p> <p>interprètes</p>	<p>faire venir la famille</p>	<p>petites fiches sur l'ordinateur dans quelques langues</p> <p>vocabulaire de base</p>	<p>je trouve que les cours d'anglais à l'IFSI ils ne servent à rien</p> <p>je me souviens plus du tout de ses cours aujourd'hui</p> <p>Soit tu parles anglais avant ta formation soit tu parles pas anglais</p> <p>que tu sois diplômé depuis 40 ans ou comme moi depuis moins d'un an, on est</p>	<p>pas avec ce vocabulaire là qu'on va pouvoir établir une vraie relation de confiance</p> <p>compliqué</p> <p>pas forcément adapté</p>

			<p>tous au même stade.</p> <p>je trouve pas ça pédagogique</p> <p>on apprend du vocabulaire vocabulaire de base</p> <p>jamais eu l'occasion de voir des formations sur la prise en charge de patients étrangers</p> <p>pas l'impression que ce soit la priorité dans les formations</p>	
--	--	--	---	--

IDE 1 / IDE 2

Abstract

NOM: FAVE
Prénom: Lina

Titre du mémoire : L'impacte de la barrière de la langue sur la relation soignant soigné

In a context of increasing globalization, caregivers are daily facing the admission of foreign patients into care units . During the various internships I was able to carry out in my course, I met many patients who did not speak French, it is these different situations that motivated the choice of the theme of my thesis, because, indeed, various questions have arisen during these particular caregiving. Does the patient understand me? Did I understand him myself? How can I facilitate communication between us? Will we be able to create a true trust relationship caregiver / patient ? Following this questioning, my initial question naturally emerged: To what extent does the language barrier impact the trust relationship between the caregiver and the patient? To answer this question I've paid attention to the writings of authors on the concepts arising from my question, communication, trust relationship and language barrier. Then, I interviewed two nurses to deepen my reflection and following the analysis of these interviews, elements of answers to my initial question emerged, the importance of taking into account the culture particularly, and also the use of non-verbal communication.

Dans un contexte de mondialisation de plus en plus importante, les soignants sont quotidiennement confrontés à l'accueil d'une population étrangère dans les services. Lors des différents stages que j'ai pu effectuer dans mon cursus, j'ai moi même rencontré de nombreux patients ne parlant pas français, c'est ces différentes situations qui ont motivé le choix du thème de mon mémoire, car , en effet diverses interrogations sont ressorties lors de ces prises en soins particulières. Le patient me comprend t-il? L'ai-je moi même bien compris? Comment puis-je faciliter la communication entre nous ? Pourra t'on créer une véritable relation de confiance soignant soigné? Suite à ce questionnement m'est naturellement apparue ma question de départ : En quoi la barrière de la langue impacte-t-elle la relation de confiance soignant soigné ? Pour répondre à cette question je me suis intéressée aux écrits d'auteurs sur les concepts découlant de ma question, la communication, la relation de confiance et la barrière de la langue. J'ai par la suite interrogé deux infirmières afin d'approfondir ma réflexion et suite à l'analyse de ces entretiens des éléments des réponses à ma question de départ sont apparus, l'importance de prendre en compte la culture notamment, ainsi que l'utilisation de la communication non verbale.

Key words : Language barrier ; Communication, Trust relationship ; Caregiver ; Patient

Mots clés: Barrière de la langue ; Communication ; Relation de confiance ; soignant ; soigné

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIER :

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

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDE - Promotion 2019-2022

