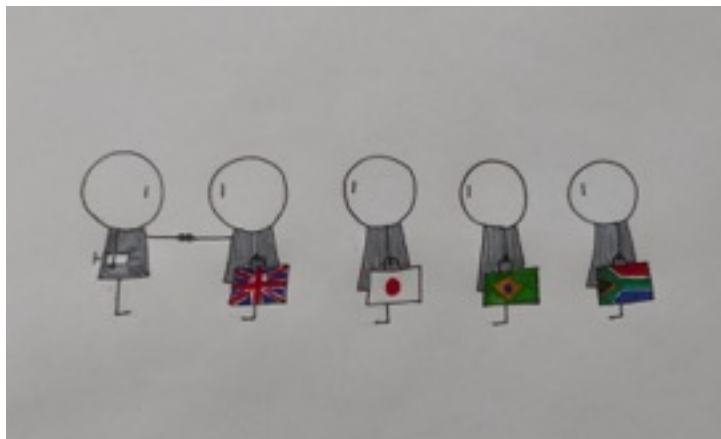




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Prendre soin avec la barrière de la langue



Source: image personnelle

Formateur référent mémoire :

Mr Christophe MALEYRAN

LAGARDERE Annabelle
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Le 02 Mai 2022



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 :
(nom du document) Prendre soin avec la barrière de la langue

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

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat 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 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant : Lagardère Annabelle

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.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART	2
1. Situation de départ	2
2. Questionnements	3
3. Question de départ	3
CONSTRUCTION DU CADRE CONCEPTUEL	4
1. Communiquer	4
1.1. Généralités	4
1.1.1. Définition	4
1.1.2. Composantes	4
1.1.3. Fonctions	4
1.2. Les différentes formes de communication	5
1.2.1. Communication verbale et non verbale	5
1.2.2. Autres formes de communication	5
1.3. Défaut de communication et limites	6
1.3.1. Défaut dans le processus de communication	6
1.3.2. Métacommunication	7
1.3.3. Attitude	7
1.3.4. Incompréhension	7
1.4. Communication efficace	8
1.4.1. Système CLeRE	8
1.4.2. Feedback	8
2. Prendre soin	9
2.1. To care	9
2.1.1. Agir avec	9
2.1.2. Prendre soin	9
2.2. To cure	10
2.2.1. Agir pour	10
2.2.2. Soigner	10
2.2.3. Les différentes dimension du soin	10
2.3. Relation soignant-soigné	11
2.3.1. Relation	11
2.3.2. Relation de soin	11
2.3.3. Soin relationnel	11
3. Barrière linguistique	12
3.1. Barrières et obstacles	12
3.1.1. Définition	12
3.1.2. Barrière culturelle	12
3.1.3. Barrière linguistique	13

3.2. Différence	13
3.2.1. Définition	13
3.2.2. Peur du différent	13
3.3. Prendre soin avec la barrière de la langue	14
3.3.1. Législation	14
3.3.2. Un enjeu et un défi	14
3.3.3. Frustration	14
3.3.4. De l'incompétence consciente à la conscience de son incompétence	15
3.3.5. Une expérience enrichissante	15
3.3.6. Reconnaissance mutuelle	16
4. Solutions et outils	16
4.1. Traducteurs et interprètes	16
4.2. Formations	17
4.3. Kit de communication et Médipicto AP-HP	18
4.4. Tralelho	18
DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE DU RECUEIL DE DONNÉES	20
1. Organisation des entretiens	20
2. Objectifs des entretiens	20
3. Réalisation des entretiens	20
4. Bilan du dispositifs	20
ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS	21
1. Communiquer	21
2. Prendre soin	24
DISCUSSION	26
1. Une communication qui se construit	26
2. Prendre en compte pour prendre soin	29
CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE RECHERCHE	31
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXE I: SITUATION D'APPEL	
ANNEXE II: GUIDE D'ENTRETIEN	
ANNEXE III: TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS	
ANNEXE IV: ENTRETIEN N°1	
ANNEXE V: ENTRETIEN N°2	

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma dernière année d'étude au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, je suis amenée à réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en soins Infirmiers.

Les stages réalisés au cours de la formation nous amènent à rencontrer des situations pouvant nous marquer et nous questionner. Ces évènements nous forgent en tant que professionnels de santé, et nous permettent de poursuivre notre cheminement vers le perfectionnement et l'amélioration de nos pratiques au quotidien.

Le thème autour duquel allait se construire ce travail de recherche, s'est présenté comme une évidence. La communication, représentant pour moi un concept très important au quotidien et encore plus dans le milieu de la santé. J'ai ainsi pu diriger ma réflexion autour d'une problématique rencontrée au cours d'un stage en deuxième année de formation, se présentant de plus en plus aux professionnels de santé: la barrière de la langue.

CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART

1. Situation de départ

La situation qui m'a amenée à me questionner sur le sujet de la barrière de la langue, s'est déroulée dans le service de *Chirurgie Hépato-Biliaire et Digestive* du CHU.

Nous sommes le Jeudi 25 Mars 2021 et nous faisons aujourd'hui l'entrée de Mr H, un homme de 62 ans souffrant d'une cholécystite aiguë, non soignée depuis l'apparition des premiers symptômes il y a 2 mois du fait de la situation précaire dans laquelle il vit depuis plusieurs années maintenant. Arrivé en France il y a 9 ans, Mr H est Sans Domicile Fixe.

C'est lors de son entrée administrative, moment où il a fallu interroger le patient afin d'évaluer la douleur qui s'inscrivait sur son faciès depuis son arrivée quelques minutes plus tôt, que nous avons réalisé avec l'infirmière la difficulté à laquelle nous allons être confrontés au cours de son hospitalisation. En effet, Mr H est Albanais et ne parle ni français, ni anglais, ni espagnol, ni allemand... Nos échanges se trouvent ainsi très limités par la barrière qu'impose la différence des langues utilisées.

Afin de parvenir à se comprendre avec le patient, nous ne pouvons faire appel à un interprète du fait du contexte sanitaire mondial fragile. Nous expérimentons donc dans un premier temps, le langage par des gestes simples et accessibles tels que par exemple, des pouces vers le haut ou vers le bas pour demander si "ça va ?". Nous réalisons rapidement les limites de cette méthode, puisque un même geste ne semble pas avoir une signification identique et la même portée pour le patient et moi-même (et vice versa). Cette conclusion semble être justifiée par le fait que l'interprétation d'un geste, d'une expression au niveau du faciès ou même d'une tonalité dans la voix, est propre à chaque individu, et peut ainsi être interprétée de différentes façons en fonction de nombreux facteurs tel que la culture et l'ethnie, l'histoire et le vécu de chacun (mais également l'humeur du jour !)

Nous finissons par proposer à Mr H l'utilisation de *Google Traduction* afin de faciliter nos échanges et ainsi pouvoir mettre en place des soins adaptés à ses besoins. Après ce premier essai, nous sortons plutôt satisfaites de la chambre du patient, car malgré des interactions très brèves, nous avons réussi à communiquer et enfin, à comprendre ce que le patient avait envie de nous exprimer.

Malgré tout, je ne peux m'empêcher de ressentir une certaine frustration face à l'idée de ne pouvoir s'exprimer naturellement et spontanément. De mon côté, pour donner des explications sur le déroulé d'un soin ou tout simplement, pour engager une conversation et ainsi apprendre à mieux connaître le patient, et du côté de Mr H, pour exprimer ses douleurs, ses sensations et ressentis.

2. Questionnements

- Quelle place occupe la communication dans la relation de soins ? Que permet-elle ?
- Quel impact une mauvaise communication peut avoir sur la prise en soins d'un patient ?
- Qu'est-il possible de mettre en place afin de faciliter la communication avec le patient s'exprimant dans une langue différente de la notre ? Si oui, lesquels ?
- Comment être sûr de se faire comprendre et de comprendre ?

3. Question de départ

Après avoir pris le temps d'analyser la situation, en venant remettre en question les divers éléments rencontrés, il me semblait pertinent de venir explorer deux concepts en lien avec la barrière de la langue, à savoir, la communication et le prendre soin.

C'est ainsi qu'émerge la question suivante:

En quoi la barrière de la langue impacte-elle la prise en soin infirmière ?

Dans un premier temps, nous allons nous pencher sur le concept de la communication, avant de traiter du prendre soin, pour terminer par s'intéresser à la barrière linguistique.

CONSTRUCTION DU CADRE CONCEPTUEL

1. Communiquer

1.1. Généralités

1.1.1. Définition

Du latin *communicare* qui signifie « mettre en commun », communiquer est une action universelle qui rassemble les Hommes à travers transmission et partage. Au fil des années, les travaux de nombreux théoriciens viennent préciser cette définition en y incorporant des aspects relationnels, émotionnels ou encore contextuels.

1.1.2. Composantes

C'est en 1949 que l'ingénieur et chercheur Claude Elwood Shannon élabore avec le philosophe et mathématicien Warren Weaver, une modélisation de la communication. Selon eux, elle n'aurait qu'un seul et unique but, transmettre une information. Afin de répondre à cet objectif, au minimum un émetteur et un récepteur doivent ainsi se mettre en relation grâce à l'utilisation d'un canal, leur permettant d'envoyer et de recevoir un message. Avant d'être délivré, le message doit être codé selon un unique et même langage, afin d'optimiser la compréhension de celui-ci par le récepteur. Un exercice de décodage est ensuite nécessaire du côté de ce dernier afin de déchiffrer et s'approprier le signal délivré, avant de réaliser un retour à destination de l'émetteur, le *feed-back*.

C'est dans un contexte de guerre que ces travaux ont été réalisés. A l'époque, l'objectif était de comprendre le processus de la communication afin d'être en capacité de décrypter les messages ennemis interceptés. C'est donc en référence au phénomène de brouillage utilisé par les camps ennemis que la notion de *bruits* (ou interférences) est intégrée dans leur schématisation de la communication.

En 1960, le linguiste russe Roman Jakobson va venir simplifier ce modèle, en le résumant simplement à l'interaction d'acteurs (locuteur et interlocuteur) utilisant un code linguistique commun, leur permettant d'échanger dans un contexte donné.

1.1.3. Fonctions

De nombreux théoriciens ont cherché à définir les fonctions de la communication, mettant ainsi en évidence les limites du modèle élaboré par Shannon et Weaver selon lequel, la communication ne se résumerait qu'à sa fonction informative. C'est le cas par exemple du psychologue et théoricien du langage allemand Karl Bühler, ou encore du linguiste russe Roman Jakobson dont a pu s'inspirer le

docteur en philosophie, lettres et sciences humaines Alex Mucchielli (1995), pour s'accorder sur la présence de cinq enjeux auquel répond la communication:

- un enjeu **informatif**: la communication sert à informer et transmettre l'information
- un enjeu de **positionnement d'identité**: la communication permet de se positionner par rapport à l'autre en s'adaptant à la relation existant avec l'autre, mais également en prenant en compte ce qui nous définit et fait ce que nous sommes
- un enjeu d'**influence**: communiquer influence l'autre au travers les paroles et les mots choisis

C'est dans le cadre de ce travail de recherche, et afin d'être en corrélation avec la thématique traitée, qu'a été fait le choix de ne développer que ces trois premiers points, bien que les enjeux relationnels et normatifs aient toute leur importance dans le processus de communication.

1.2. Les différentes formes de communication

1.2.1. Communication verbale et non verbale

« Il n'y a qu'une science dans le monde, suprême: la science des mots. Celui qui la connaît sait tout; car tout existe par le verbe » (D'Annunzio, cité par Landolo, 2001, p.23). La communication verbale s'effectue au travers l'utilisation de mots exprimés à l'oral ou à l'écrit. Le choix de ceux-ci a toute son importance, notamment en ce qui concerne le sens véhiculé par le message. La valeur des mots peut ainsi venir modifier la perception qui en sera faite. Il en va de même pour les aspects propres à l'expression orale, tels que le ton, le timbre de la voix, la prononciation, l'intonation ou encore l'accentuation, soit ce qu'on appelle plus communément le paralangage.

La communication non verbale, elle, s'appuie majoritairement sur l'utilisation de l'aptitude visuelle. Elle se fait au travers l'expression du corps qui accompagne l'énonciation des mots, et offre ainsi au destinataire des éléments supplémentaires, notamment en ce qui concerne le sens du message. Michael Argyle met en avant dans ses travaux différents signaux propres au non verbal, pouvant influencer la perception du message. Il parle notamment de contact physique, de proximité, d'orientation, de posture, de signes de tête, d'expression faciale, de gestuelle ou encore de regard. La place et le pouvoir du non-verbal sont extrêmement importants dans le processus de communication, puisque « 70% du message passe par le relationnel, c'est-à-dire la forme et les indicateurs non verbaux, 30% seulement par le contenu du message » (Abric, 1999, p.69)

1.2.2. Autres formes de communication

Une communication peut s'établir selon plusieurs schémas. En fonction du nombre d'acteurs impliqués, on parlera de communication interpersonnelle, de groupe ou de masse. Selon les

différents contextes dans lesquels s'inscrit cette communication, on pourra parler de communication descendante (du dirigeant vers ses collaborateurs), ascendante (des collaborateurs vers le dirigeant) ou transversale (entre locuteurs d'un même rang hiérarchique).

1.3. Défaut de communication et limites

Selon le professeur de psycholinguistique italien Renzo Titone, « il n'existe pratiquement pas d'acte de communication qui ne subisse des interférences ou des perturbations, à des degrés divers » (Titone, cité par Landolo, 2001, p.65). Ces perturbations « peuvent apparaître à n'importe quel niveau de la chaîne du processus de communication » (Landolo, 2001, p.65). Ainsi, la communication peut être à juste titre, considérée comme insuffisante si la totalité du message n'a pas été transmis, défectueuse lorsque l'interprétation des mots de l'émetteur ne sont pas en adéquation avec le sens qu'il a voulu leur donner, ou encore, non satisfaisante si le (ou les) objectif(s) selon le(s)quel(s) la communication s'est établie n'est (ou ne sont) pas atteints.

1.3.1. Défaut dans le processus de communication

« Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément » (Boileau cité par Landolo, 2001, p.68).

De l'émission à la réception, chaque étape du processus de communication peut être à l'origine d'une défaillance de celui-ci. En effet, la présence de trouble de la parole peut venir compliquer l'émission du message, quand la présence de bruits parasites peut le rendre plus difficilement perceptible. L'utilisation d'un code, soit, d'une langue différente entre émetteur et récepteur s'inscrit comme un obstacle à l'élaboration d'une communication fluide entre eux. En fonction du point de vue, on parlera donc de défaut d'encodage ou de décodage, ainsi que d'émission ou de réception inefficace.

Lorsque ceux qui communiquent ne partagent pas le même langage ou les mêmes conventions non verbales; ou lorsque, en raison d'expériences ou de constitution génétique différentes, les interlocuteurs ne partagent pas les mêmes concepts ou bien ne possèdent pas une capacité d'abstraction analogue pour l'établissement de relations entre les concepts (Stevens, cité par Landolo, 2001, p.70)

En résumé, la présence d'un défaut en amont du décodage aura un impact sur ce dernier. En effet, une émission inefficace, le choix d'un mauvais code, l'intervention d'éléments parasites, ou une qualité de réception amoindrie, rendront tout décodage du message plus complexe et éloigné de la réalité partagée par l'émetteur, induisant incompréhensions et interprétations.

1.3.2. Métacommunication

Selon Alex Mucchielli, contenu et forme représentent deux éléments complémentaires et indissociables au sein du processus de communication. On parle de communication rationnelle (ou digitale) relative au contenu du message, et de communication relationnelle (ou analogique), en référence à la forme et à la relation inconsciemment présente entre les interlocuteurs. « La communication relationnelle échappe à la maîtrise du niveau conscient, elle se déroule en dehors de l'intelligence et de la volonté. Elle fonctionne sur le mode de l'expérience totale, intuitive et indicible » (Roustang, cité par Mucchielli, 2001, p.102).

Une caractéristique fondamentale de toute communication est qu'elle est à la fois communication (elle dit quelque chose) et métacommunication (elle qualifie ce qui vient d'être dit). En effet, une communication de contenu ne peut se départir d'une forme qui la supporte. Cette forme, en relation avec le contenu, apporte des précisions sur lui. En général, elle qualifie ce contenu. (Mucchielli, 2001, p.103)

Du grec Meta qui signifie « au-dessus de », le concept de métacommunication se définit comme le fait de « communiquer à propos de la communication ». « Cela revient à faire une pause dans cet échange pour communiquer à propos de son contenu, de son évolution, de ses qualités, de ses obstacles ou de ses manques. La métacommunication peut donc concerner le contenu de l'échange ou la relation elle-même » (Leroutier, n.d.)

1.3.3. Attitude

La fonction de la relation présente entre les locuteurs est déterminante dans la perception du message véhiculé. En découle des attitudes soit, « l'état mental et neurophysiologique déterminé par l'expérience et qui exerce une influence dynamique sur l'individu en le préparant à agir d'une manière particulière à un certain nombre d'objets ou d'événements » (Allport cité par Abric, 1999, p.24). C'est au cours de ces travaux qu'Elias Porter, un psychologue américain, identifie six attitudes dites d'écoutes, propre à chaque individu en capacité d'entrer dans un processus de communication. On y retrouve les attitudes de compréhension, d'enquête, de conseil, de soutien, d'interprétation ou encore d'évaluation, dont découle un vocabulaire, une intonation et un positionnement, influençant la perception du message reçu et donc son interprétation.

1.3.4. Incompréhension

La compréhension est un des principaux objectifs recherchés lors d'un échange, et se définit par le fait de saisir la signification de ce qui est envoyé. L'incompréhension, elle, « est une forme de

compréhension qui dévie partiellement ou totalement de ce que le locuteur avait l'intention de communiquer » (Weingand, cité par Karsenty, 2008, p.8). S'en suit l'interprétation, se définissant par le fait d'« expliquer, chercher à rendre compréhensible ce qui est dense, compliqué et ambigu » (CNRTL).

Nous avons vu que la perception d'un message dépend de son contenu, de la forme et de la façon selon laquelle il est délivré, et que c'était de cette perception que découlait compréhension, ou incompréhension. Un message qui ne serait pas reçu comme l'émetteur aurait souhaité qu'il le soit, continuera donc de s'éloigner de son sens premier au moment d'être interprété par le récepteur.

1.4. Communication efficace

1.4.1. Système CLeRE

Pour assurer une communication efficace, il est indispensable de chercher à éviter tout obstacle pouvant influencer la qualité de celle-ci. C'est dans son ouvrage *La communication efficace* que le psychologue clinicien et praticien spécialisé en thérapie cognitive et comportementale Bernard Sananès, développe le **système CLeRE**, un système reposant sur la complétude entre 5 aptitudes que sont:

- la **Conscience de soi**, de la relation présente entre soi-même et l'autre, ainsi que du message que l'on souhaite lui transmettre
- la **Liberté** d'être naturellement soi, de pouvoir exprimer ce que l'on souhaite (besoins, désirs, émotions) de la façon dont on le souhaite
- l'**expressivité** de ses émotions à travers l'expression de son langage corporel
- la **Réciprocité** de l'échange soit, le fait de faire preuve d'écoute, d'attention et d'intérêt envers l'autre, de s'ouvrir à ces émotions et sentiments en faisant preuve de considération
- l'**Exactitude** et la fiabilité des informations délivrées

La combinaison de ces différentes aptitudes permet ainsi de structurer la communication afin d'en assurer la qualité, tant sur son contenu que sur sa forme.

1.4.2. Feedback

C'est dans la continuité de la construction d'une communication dite efficace, que nous pouvons traiter de l'importance du feed-back. Ce mécanisme de rétroaction du récepteur vers l'émetteur, permet à ce dernier de s'assurer de la bonne compréhension de son message, limitant ainsi le risque de malentendu. Auquel cas, il pourra par la suite réajuster son discours afin de répondre aux incompréhensions relevées. Il est important de porter une grande attention à ce concept, car, les mots peuvent ne pas s'accorder à ce que le non verbal laisse transparaître chez la personne

interpellée. Beaucoup peuvent se dire gênés à l'idée d'avouer ne pas avoir compris, et ce, notamment lorsqu'ils sont intégrés dans une communication descendante par exemple.

2. Prendre soin

L'élaboration d'une communication n'est, comme nous l'avons développé précédemment, pas quelque chose de simple à mettre en place. Elle n'en est pour autant, pas moins essentielle et indispensable dans l'élaboration d'une prise en soins de qualité, afin notamment d'accompagner et soigner le soigné, selon la stratégie qui lui est la plus adaptée.

2.1. To care

2.1.1. Agir avec

Le concept de **care**, associé aux notions de **soucis**, de **soins** et d'**attention**, se voit attribuer une caractéristique émotionnelle avec l'intervention de la sensibilité dans sa manière d'agir.

« S'il y a une dimension personnelle et une sensibilité qui fait émerger une capacité empathique à l'origine du care, se soucier des autres peut devenir le cœur d'une profession, celui (celle) d'infirmier(e) » (Morvillers, 2015, p.80). En effet, dans le corps médical, faire preuve par exemple d'empathie et de sollicitude est reconnu comme contribuant au développement d'une relation de confiance et d'aide, favorable à l'élaboration d'une prise en soin de qualité. En d'autres termes, **to care** définit l'action de **prendre soin**, d'**accompagner** et d'**agir avec l'autre**. Il faut ainsi accepter « la présence d'un état d'incapacité ordinaire, et venir au secours de celui qui le supporte, non pas pour le faire disparaître, mais pour le supporter avec lui » (Piveteau, 2009, p.21). L'objectif du care n'est pas de guérir, il est « lié aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie » (Collière, cité par Vigil-Ripoche, 2012, p.244).

2.1.2. Prendre soin

« Prendre soin de quelqu'un est sans doute le premier stade de tout acte médical, mais cela implique qu'il y ait un engagement personnel de part et d'autre bien différent de l'application d'une thérapeutique, aussi sophistiquée et indispensable soit-elle » (Delzant, 1999, p.96). **Prendre soin** implique donc **engagement** et **investissement**, sans quoi la prise en soins perdrait tout son sens. C'est une forme de **don de soi**, de ce que l'on est en tant que soignant mais également en tant qu'individu à part entière. Selon Walter HESBEEN, « prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans

un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie ». Aider le patient à atteindre cette étape de **bien être**, voilà ce qui motive les soignants à s'investir dans la relation.

2.2. To cure

2.2.1. Agir pour

Le concept de **cure**, lui, est relatif à l'**acte de soin**. Le but ici est de **guérir**, « de réparer ce qui fait obstacle à la vie » (Collière, cité par Vigil-Ripoche, 2012, p.244).

To cure, soit le fait de **soigner**, revient à **agir pour**. Mais on ne peut agir pour, sans agir avec. Le cure ne peut, ainsi, pas être dissocié du care, car tous deux évoluent vers un objectif commun au même titre que le concept de prendre soin, la recherche du bien-être du patient.

2.2.2. Soigner

Soigner peut se définir comme le fait de « donner des soins » (CNTRL), et le soin, comme « une action ou un ensemble d'actions qu'une personne décide ou accomplit pour elle-même et pour autrui, afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé ». En prodiguant des soins, le professionnel de santé souhaite ainsi **accompagner** la personne dans l'acquisition d'un bien-être qui leur sera commun, car comme l'exprime Bernard Sananès (2002): « Quand il est entretenu, il nourrit l'envie d'être ensemble, de vivre ensemble, d'échanger, de dialoguer et non de se combattre » (p.7). En d'autres termes, soigner permet au soignant d'**être avec l'autre**. Pour ce faire, il est nécessaire d'accepter l'autre dans sa globalité et sa singularité. « Sur un plan strictement sémiologique, on pourrait dire que le soin s'adresse à la personne -je soigne "quelqu'un"-, le traitement à la maladie -je traite "la grippe"- » (Delzant, 1999, p.96). C'est en reprenant ces termes que l'on peut venir préciser qu'en tant que soignant, on soigne quelqu'un en traitant quelque chose.

2.2.3. Les différentes dimension du soin

Il peut être pertinent de connaître les différentes dimensions que peut emprunter le soin, afin de s'adapter au mieux aux capacités et besoins du patient.

- **Dimension éducative** par la transmission au patient d'outils et conseils, quant aux comportements et stratégies à adopter face à un problème de santé avant, pendant ou après son apparition
- **Dimension préventive** en agissant sur le comportement ou l'environnement de l'individu pris en soin, afin d'empêcher ou limiter les risques, ou le développement d'une maladie
- **Dimension de maintenance** de l'état de santé du patient en répondant à ses besoins fondamentaux d'ordre psychiques et psychologiques

- **Dimension curative** afin d'améliorer l'état de santé du patient grâce à la mise en place de traitements et de soins
- **Dimension palliative** au travers la prise en compte de la personne en fin de vie dans sa globalité, et de l'accompagnement de son entourage

2.3. Relation soignant-soigné

2.3.1. Relation

Selon le Robert, **accompagner** signifie « se joindre à, pour aller où il va, en même temps que lui » (s.d.). En accompagnant, on s'associe à l'autre par la création d'un **lien**, d'une **connexion**. On entre ainsi en relation avec l'autre, et c'est en apprenant à le connaître et à le comprendre qu'on devient capable de le soutenir et d'avancer au même rythme que lui, dans une même direction. On peut ainsi définir la notion de **relation** comme un lien, « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (Manoukian, 2008, p.9-10). C'est à travers la communication que cette rencontre, cette relation est donc possible.

2.3.2. Relation de soin

L'infirmier soigne, il est donc attentif à l'autre afin de lui délivrer les soins les plus adaptés, lui permettant ainsi le développement d'une prise en soins de qualité. De son côté, le soigné reçoit les soins du soignant prenant soin de lui. L'entrée en relation entre ces deux acteurs à travers la communication est déterminante pour la suite de la prise en soins. Elle s'effectue dans un contexte particulier puisque le patient nécessitant des soins, a besoin du soignant. On fait donc face à une relation dite **asymétrique**, l'infirmier est **actif**, il agit. Le soigné lui est **passif**, il attend et dépend du soignant. L'élaboration de cette relation asymétrique dans des conditions saines et favorables au bien-être commun est possible, notamment grâce à la présence de qualités d'**empathie**, de **tolérance**, de **sollicitude**...du côté du soignant.

2.3.3. Soin relationnel

La notion de **soin relationnel** fait référence à :

Un ensemble de paroles, de gestes, d'attitudes, d'actes et de propositions relationnelles, tant dans le domaine du réel que de l'imaginaire ou du symbolique. Au-delà du diagnostic, d'un traitement concret, d'une guidance thérapeutique, les soins relationnels sont fondés sur une approche de la maladie et de toute somatisation, entendues comme des langages symboliques, quels que soient les éléments déclencheurs. (Salome, 2003, p.225).

Ainsi, on peut considérer comme soin relationnel, les **attitudes, paroles** et **comportements** induits par la relation soignant-soigné, et en particulier par la **relation d'aide**. On y retrouve la présence d'attitude d'**empathie**, d'**écoute active**, de **non jugement** et de **congruence**, des attitudes permettant au soignant d'accompagner le soigné à « acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation » (Rogers, 2019, p.31)

3. Barrière linguistique

De nombreux obstacles peuvent se présenter dans l'élaboration d'une communication ou d'une relation. La prise en soin du patient s'en trouve alors impactée, puisque dépendante de ces deux derniers éléments.

3.1. Barrières et obstacles

3.1.1. Définition

Le terme de **barrière** est relatif à « ce qui constitue un obstacle entre deux personnes, deux groupes » (Larousse), l'**obstacle**, à une « difficulté d'ordre matériel, morale ou intellectuelle empêchant ou gênant la réalisation de quelque chose » (CNRTL).

En résumé, une barrière peut donc venir impacter une action ou un processus, comme celui de la communication ou du prendre soin.

3.1.2. Barrière culturelle

La **culture** est un **savoir** auquel il nous est possible d'accéder grâce à « l'éducation, aux divers organes de diffusion des idées, des œuvres, etc. » (CNRTL). Elle est donc **transmissible** et **partageable**. L'accès incertain à cette éducation peut venir compliquer la communication avec notamment, des problématiques telles que l'illettrisme ou l'analphabétisme.

Toute culture dépend d'un mode de vie, propre à une société donnée. Elle oriente les **représentations sociales** et les **comportements**, mais également l'**interprétation** du signal perçu. En effet, un même mot ou un même geste peut avoir une signification différente et propre à chaque individu, dépendamment de sa culture, de ses croyances, son histoire de vie, ... de ce qui fait de lui ce qu'il est.

3.1.3. Barrière linguistique

« Derrière la barrière de la langue se cache la barrière culturelle qu'il faut prendre en compte pour prodiguer des soins de qualité ». (Djadaoudjee, 2013, p.37). Barrière linguistique et barrière culturelle sont ainsi intimement liées.

Christine Paillard, docteur en science du langage, citée par Brigitte Bourgeois (2016), définit la **barrière linguistique** comme « une compétence freinée par l'usage non approprié d'une langue différente d'une autre à un moment donné » (p.26). En effet, le développement d'une **communication bilatérale** peut se voir compliquer par la présence de cette barrière, puisque le récepteur (le soigné) n'ayant pas compris le message, ne peut y répondre et faire de feedback. Or, sans retour de la part de ce dernier, le soignant ne peut s'ajuster correctement et lui offrir une prise en soin optimale. Ici, l'obstacle représenté par la barrière linguistique, vient limiter l'accès aux informations contenues dans le message, et augmente ainsi le risque d'erreurs lors du décodage. On en retiendra donc que l'utilisation d'un **langage commun**, qu'il soit verbal ou non, favorise la mise en place d'une **communication efficace**.

3.2. Différence

3.2.1. Définition

Différence, terme se définissant comme « ce qui distingue, ce qui oppose » (L'internaute). L'utilisation du terme d'**opposition** dans la définition de la différence, nous permet de comprendre la présence des sentiments de **confrontation** et de **peur** qui lui sont associées.

3.2.2. Peur du différent

« La barrière de la langue est la partie visible de ce qui peut nous différencier d'autrui » (Djadaoudjee, 2013, p. 39). Selon Sigmund Freud « le concept de la différence se superpose à plusieurs reprises à celui de l'étranger, et ces deux notions sont alors associées aux valeurs du déplaisir et de l'hostilité ». La **différence** fait **peur**. Lorsqu'elle est identifiée au début d'une relation avec l'autre, elle vient remettre en cause nos représentations, nos croyances, nos valeurs... Tout ce qui nous caractérise en tant qu'individu. Dans la rencontre à l'autre, il est pourtant nécessaire de mettre ces derniers de côté, un exercice difficile qui est souvent mal vécu.

3.3. Prendre soin avec la barrière de la langue

3.3.1. Législation

La **différence culturelle** ne doit pas représenter un obstacle au soin. La différence et la peur qu'elle peut engendrer ne peuvent justifier une prise en charge de mauvaise qualité. Selon l'article R4312-25 du Code de Santé Publique concernant les règles professionnelles :

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quel que soit l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Peu importe la langue parlée, la culture ou les valeurs exprimées, toute personne a droit à une prise en soin **de qualité** qui lui soit **adaptée**, et délivrée dans les meilleures conditions possibles.

3.3.2. Un enjeu et un défi

« La communication culturelle est devenue un enjeu et un défi » (Ladmiral & Lipiansky, 1989, p.8), son principal obstacle étant la barrière linguistique. La communication avec la présence d'une barrière culturelle et linguistique se présente donc pour les soignants comme un challenge à relever au quotidien. Pour se faire, il faut faire preuve d'adaptabilité et de versatilité quant aux différents outils et solutions développés face à la complexité de cette relation. Il est commun de se tourner par défaut et de manière inconsciente vers une communication non-verbale, au travers l'utilisation de mimes ou de gestes. De premier abord plus simple d'accès et facilement compréhensible, l'absence de mots laisse finalement davantage de place à l'interprétation, un élément propre à chaque individu comme expliqué précédemment. Dans ce contexte, il sera difficile d'évaluer si la portée du geste utilisé est la même pour l'émetteur et pour le récepteur. L'enjeu étant pour les soignants, d'être capable de remettre en question leur pratique afin de trouver l'outil et la posture la plus adaptée à la personne prise en soin.

3.3.3. Frustration

Face à des soins réalisés dans une situation de confrontation culturelle, la **frustration** et l'**insatisfaction** du travail effectué anime quotidiennement les soignants. L'absence de retour (ou feed-back) de la part des patients, conséquence des difficultés à comprendre et à se faire comprendre, peut amener le professionnel de santé à douter de la qualité des soins prodigués. Un stress important peut également être présent chez les soignants, en lien avec un risque plus accru

chez ce type de public, de développer un comportement à risque (notamment en ce qui concerne l'utilisation des thérapeutiques par exemple).

3.3.4. De l'incompétence consciente à la conscience de son incompétence

La **connaissance de l'autre** est essentielle dans la mise en place d'une relation de soin. Elle permet de limiter le risque de malentendus et de maladresses involontaires (notamment de la part du soignant), dûs notamment, à la méconnaissance de la culture de l'autre. En effet, comme énoncé précédemment, la perception de gestes simples ou d'attitudes peut être interprétée de différentes façons en fonction de la culture de celui qui reçoit le signal.

Selon le modèle de L. Purnell, cet apprentissage de certains éléments d'une culture peuvent faire passer le soignant de l'incompétence inconsciente à la conscience de son incompétence (en réalisant qu'il manque de connaissances au regard de la culture du patient) et enfin, à la compétence consciente quand il peut prodiguer des soins adaptés au malade. Le stade ultime de la compétence inconsciente serait celui d'une pratique où les soins seraient culturellement adaptés sans même que l'on ait à se questionner, ce qui paraît utopique. (Djadaoudjee, 2013, p.39)

3.3.5. Une expérience enrichissante

La **conscience de son incompétence** permet de remettre en question ses **pratiques** afin de devenir **compétent**. Mais au-delà de cette nouvelle acquisition d'ordre professionnelle, l'**expérience** s'en trouve tout aussi enrichissante sur le plan personnel. En mettant de côté certains aspects de notre personnalité dans l'idée de **s'ouvrir** et **s'adapter** plus aisément à l'autre, on peut finalement en **apprendre** davantage sur soi-même.

« Selon sa compétence linguistique (bilingue ou unilingue) et selon les situations où il se trouvera, chacun pourra y voir un obstacle à la communication ou seulement un élément de la relation interculturelle » (Ladmiral & Lipiansky, 1989, p.16). Prendre soin dans un contexte interculturel est une expérience enrichissante aussi bien sur les plans relationnels, professionnels et personnels. Libre à chacun de percevoir la barrière de langue comme un simple obstacle à la communication, ou comme une occasion de s'ouvrir à une autre manière de penser et d'être, venant enrichir notre savoir et nos pratiques.

3.3.6. Reconnaissance mutuelle

Les remises en question induites par la présence d'une barrière de la langue, venant compliquer une prise en soin, nous permettent de revenir à l'essence même de ce qui constitue le prendre soin, à savoir, le **relationnel**.

Les difficultés de communication nous font prendre conscience de l'importance de la relation dans le soin bien au-delà des apports purement techniques. La rencontre avec l'autre, malade et souffrant, se nourrit d'une relation de reconnaissance mutuelle exigeante qui risque d'être oubliée dans une relation fondée sur une soi-disant culture commune et dans la simplicité linguistique d'échanges francophones. (Marin et al., 2012, p.19)

4. Solutions et outils

“Bonjour, comment allez vous ?”, “Sur une échelle de 0 à 10, à combien coteriez vous votre douleur ?”, “Est ce que vous avez besoin de quelque chose ?”... Toutes ces questions, de premier abord simples et pour ainsi dire, anecdotiques, peuvent finalement paraître plus compliquées qu'il n'y paraît à déchiffrer, lorsque le patient qui les reçoit n'utilise pas ou peu la langue française. Ce genre de problématique laisse place au développement d'une communication compliquée, avec des échanges fastidieux et de piètre qualité, dont résulte majoritairement de l'incompréhension. Afin d'y pallier, il est important de mettre en œuvre des outils personnalisés et adaptés.

4.1. Traducteurs et interprètes

« Depuis toujours, l'interprétariat est le moyen qui permet à deux interlocuteurs qui ne parlent pas la même langue de communiquer » (Tabouri, 2009, p.104), il est donc **essentiel** dans une prise en soins.

Un patient et un soignant doivent pouvoir communiquer dans la même langue pour qu'un diagnostic puisse être posé puis pour faire adhérer le patient à un protocole de soins. De cette manière il est possible de recueillir le consentement libre et éclairé d'un patient. L'interprétariat permet également de garantir la confidentialité, le secret médical, l'intimité et le bon diagnostic des patients. (Tabouri, cité par Luthereau, 2019, p. 37)

De nombreux avantages, en plus d'une amélioration de la qualité de la communication entre le soignant et le soigné, sont mis en avant suite au recours à ces professionnels. En effet, la compréhension agit positivement sur la prise en soins, et permet notamment la construction d'une relation de confiance, augmentant les chances de voir les recommandations et consignes de poursuite de soins appliquées par les soignés.

Des études belges et canadiennes montrent, par exemple, que le coût de la prise en charge d'un patient diabétique d'origine étrangère, sans recours à un interprète professionnel, est supérieur au coût de la prise en charge du même patient s'il bénéficie d'un service d'interprétariat, et ce principalement en termes de prévention des complications et de réduction de la durée de l'hospitalisation. (Tabouri, 2009, p.106).

Un interprète médical...

va être fidèle aux propos tenus, au ton, au vocabulaire employé. Il va reproduire les hésitations, les éventuelles incohérences du patient. Et puis, parce qu'il est formé au monde de la santé, il va pouvoir expliquer, utiliser des périphrases pour faire comprendre des termes, des maladies ou des concepts pour lesquels il n'existe pas de mots dans certains dialectes ou que le patient ne connaît pas (Luthereau, 2019, p.38)

Pourtant, cela n'empêche pas les soignants de limiter leur recours à ce type de service, car, gêné par la présence d'un **tiers**, étranger au corps médical (en lien avec des problématiques de confidentialité et de respect du secret médical). Un autre élément pouvant freiner l'appel à un interprète touche à leur disponibilité et délai d'intervention. En effet, ces derniers peuvent être amenés à ne pouvoir se déplacer qu'après un délai de quinze jours... C'est donc par défaut et pour des raisons de praticité et de rapidité que les soignants se retrouvent régulièrement amenés à solliciter **les proches du patient**. Cette pratique n'est pourtant pas sans risques. En effet, en l'absence de connaissance concernant les liens ou les relations qui les unissent, nous ne pouvons être assuré de la qualité et du contenu de ce qui a été traduit. Le recours à ces derniers devrait donc resté occasionnel.

La recherche a fait apparaître des enjeux importants autour de la neutralité de l'interprète : elle est exigée et sert de fondement déontologique pour les interprètes professionnels mais elle est très difficile à imposer car les malades préfèrent avoir des interprètes familiaux, de préférence membres de leur entourage. (Marin, I., Farota-Romejko, I., Larchanché, S. & Kessar, Z., 2012, p.13)

4.2. Formations

Il est important de noter l'investissement des soignants dans cette démarche d'amélioration de leur pratiques professionnelles au service du patient, car c'est à travers la participation aux formations d'anglais proposées par l'établissement, que ceux-ci en viennent à améliorer la maîtrise de la langue et ainsi, limiter les obstacles dans les échanges avec l'autre. La communication se faisant de manière plus aisée, la barrière linguistique n'en est plus une. Les soignants **intègrent** plus facilement les

patients dans leur prise en charge, leur permettant ainsi d'**avoir accès au déroulé des soins** qui peut dorénavant leur être expliqué de manière plus explicite et compréhensive. Ainsi, l'appréhension des soins et de l'hospitalisation s'en trouve amoindrie, un autre élément participant au façonnage d'une prise en soin de qualité.

4.3. Kit de communication et Médipicto AP-HP

Élaboré en 2010 par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le *Kit de communication* se présente sous la forme d'un triptyque plastifié composé de pictogrammes et de "fiches dialogues" (avec des questions et informations les plus fréquemment exprimées). D'abord destiné aux services d'urgence, ce kit s'est finalement avéré plus qu'utile dans l'amélioration du dialogue entre patients et soignants d'un grand nombre de services (et ce également à domicile). Une déclinaison numérique a été développée par la suite sous la forme d'une application, *MédiPicto AP-HP*.

Les pictogrammes facilitent l'interrogatoire du patient et permettent aussi d'expliquer un soin ou un examen, d'établir un diagnostic, de préciser une posologie. L'accès à des outils complémentaires (échelle de douleur, anatomie, évaluation du temps, type de douleur...) affine les questions et les réponses. A chaque étape, le patient peut répondre s'il a compris la question ou le message à l'aide de 3 pictogrammes: OUI / NON / JE NE COMPRENDS PAS, et peut également avoir accès à un clavier de saisie. A tout moment il peut interagir avec le soignant en accédant à une banque de pictogrammes lui permettant d'exprimer un état ou un besoin (ex: j'ai mal, j'ai froid, j'ai faim, je veux aller aux toilettes...) (Fondation de l'AP-HP, 2015)

Il semble également pertinent de noter que l'HAS considère cet outil comme une « méthode alternative à l'appel d'un interprète » (Touret, 2019, p.11)

4.4. Tralelho

L'absence d'interprète disponible à tout moment, transforme chaque échange avec une personne n'utilisant pas la même langue en véritable parcours du combattant. Les soignants sont alors amenés à passer une partie plus conséquente de leur temps à essayer de comprendre et se faire comprendre, plutôt qu'à soigner. C'est dans ce contexte qu'un outil a été élaboré et mis en place en 2016 au sein du CHU de Rennes, à l'initiative d'une infirmière des urgences. Pas moins de 195 langues sont répertoriées sur cette plateforme répondant au nom de *Tralelho*, construite autour des 50 questions les plus fréquemment posées dans les services de santé. L'objectif est ici de faciliter les échanges entre soignants et patients parlant peu ou pas français, gage d'une bonne compréhension et donc, d'une prise en soin individualisée et de qualité. En effet, la priorité de ce projet est de permettre à

toute personne d'avoir accès à des informations adaptées et compréhensibles concernant sa santé, chose dorénavant possible grâce à l'accessibilité de cet outil pour tous.

DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE DU RECUEIL DE DONNÉES

1. Organisation des entretiens

C'est en retour de stage de S6.1 que j'ai commencé à élaborer mon guide d'entretien pour ensuite prendre contact avec des professionnels du terrain. J'ai décidé de me tourner vers des infirmiers ayant plus de cinq ans d'expérience et exerçant dans deux services différents. Je souhaitais ainsi observer si la problématique en lien avec mon sujet pouvait concerner ou non, tous les professionnels de santé et ce, qu'importe le lieu d'exercice. Aussi, j'ai choisi de solliciter des professionnels que je connaissais et avec qui j'avais déjà eu l'occasion de travailler lors de mes derniers stages, afin de m'assurer un minimum de la fluidité des échanges et mieux appréhender cet exercice complexe.

2. Objectifs des entretiens

L'objectif de ces entretiens était de discuter autour de leur expérience quant à la prise en soin de patient utilisant une autre langue que la leur, en recueillant également leur vécu, leurs difficultés, leurs conseils...

3. Réalisation des entretiens

Mon premier entretien s'est organisé très rapidement par téléphone avec l'infirmier qui avait été mon tuteur lors de mon dernier stage de S6.1, et avec qui le contact était très bien passé. Pour le second entretien, il m'a été difficile de trouver un professionnel de santé disponible et ce, malgré plusieurs relances et déplacements dans le service de Dermatologie où j'avais effectué mon stage de S5. Par chance, une des infirmières du service m'a finalement contactée 3 semaines plus tard, et nous avons convenu d'effectuer l'entretien dans la foulée par téléphone également.

4. Bilan du dispositif

Pour la réalisation de ces entretiens, la principale difficulté a été de trouver des professionnels disponibles. Aussi, même si le fait de passer par l'entretien téléphonique était l'option la plus simple pour les soignants comme pour moi-même, je pense que son utilisation peut imposer plusieurs contraintes, comme par exemple un accès plus limité au non verbal de la personne.

Cependant, j'ai conscience de la chance que j'ai eu de pouvoir m'entretenir avec ces deux professionnels, dont les témoignages riches d'expériences m'ont permis de nourrir mon projet et ma curiosité.

ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS

Pour réaliser l'analyse descriptive des entretiens, nous allons pouvoir nous appuyer sur ceux-ci, en en organisant le contenu selon les notions essentielles abordées dans le cadre conceptuel développé plus tôt. Au vu des similitudes présentes entre les chapitres traitant de la communication et de la barrière linguistique, la décision de les rassembler en un seul et même point s'est donc avérée évidente. Afin de faciliter la lecture et la compréhension des éléments exposés dans cette partie, il a été fait le choix d'attribuer des prénoms fictifs aux 2 professionnels interrogés à savoir, Pierre pour l'IDE 1 et Karine pour l'IDE 2.

Tout d'abord, il semble pertinent d'avoir à l'esprit que les deux soignants interrogés ont tous deux plus de 10 ans d'expérience, une donnée légitimant davantage les propos tenus du fait d'un temps d'exercice professionnel dans les services conséquent.

1. Communiquer

En faisant référence à l'action de **communiquer**, les propos des deux infirmiers se complètent autour du principe d'**échange**. Pierre parle d'échanger **avec** la personne, quand Karine précise que c'est grâce à l'utilisation d'outils de communication adaptés que ces échanges se voient faciliter. Elle y ajoute également des notions de **construction** et de **transmission**, ce qui n'est pas le cas du côté de Pierre qui axe davantage sa définition de la communication autour de l'action de **donner** un (ou des) mot(s).

Au cours des deux entretiens réalisés sont évoqués les concepts de **communication verbale** et **non verbale**. Ici aussi, Pierre et Karine se rejoignent sur la définition de ces notions à savoir, l'utilisation de la parole en référence à la communication verbale, et la perception des "mimiques du visages" pour la communication non verbale. Les deux professionnels ne se limitent pas à la simple utilisation de la langue et donc de la parole pour définir la communication verbale. En effet, ils mettent également en avant l'utilisation d'**outils facilitant**, tels que l'écriture et le dessin. Les propos de Pierre se tournent davantage sur le versant **universel** que prend le langage non verbal, une idée dont Karine ne traite pas.

Pour les deux infirmiers, les éléments pouvant venir entraver la communication sont **multiples** et peuvent être classés en 3 catégories bien distinctes. Ils parlent d'« obstacles » pouvant se présenter par exemple, dans un « environnement technique difficile », « comme en réanimation, où la

personne est... Est limitée par un facteur... Si elle est intubée admettons » précise Pierre. Il est également fait référence à la présence de problèmes d'origine « organique », à titre de pathologie ou de défaillance impactant la communication. Pierre donne plusieurs exemples, et parle notamment « Des personnes infirmes moteurs cérébraux qui vont être trachéotomisées ou des personnes qui n'ont plus l'usage de la parole », « Des problèmes neurologiques, des défaillances, des personnes qui ont un... Enfin pas jusqu'au Locking in Syndrome mais... Des personnes qui vont avoir des abolitions neurologiques qui les empêchent de... De... De communiquer ».

L'obstacle le plus répété et développé au cours de ces deux entretiens concerne la barrière linguistique, en référence à la prise en soin de patients utilisant une langue différente de la leur. Selon Pierre, la **barrière de la langue** vient limiter la **qualité des échanges** en ne laissant disponible que les **interprétations** des mimiques visage, ce qu'il dit comme étant « beaucoup plus limitant ». La communication est ainsi perçue par les deux professionnels de santé comme **difficile** et **compliquée**, mais selon les dires de Karine, ce sont des problèmes **évitables**. Cela implique notamment pour les deux infirmiers de trouver des **solutions**, en faisant preuve d'**adaptabilité**. Pierre dit **bricoler** et **adapter sa posture**, quand Karine évoque la nécessité de faire appel à sa **créativité**. Elle ajoute également que pour ce comprendre, la prise en soin d'un patient présentant la barrière de la langue demande aux équipes, un **effort** plus important. Toujours en lien avec la faculté d'adaptation, Pierre fait implicitement référence à la présence d'**imprévus** auxquels Karine, conseil l'importance de faire preuve d'**anticipation**. Dans le discours de Pierre, on retrouve un champ lexical très tourné autour des notions d'**enjeu** et de **défi**, associées à la prise en charge d'un patient présentant une barrière linguistique. Il faut toujours « poser les bonnes questions pour te faire comprendre » et « Essayé de bien comprendre ce qu'il me dit... » car « le challenge ça va être que je sois à la hauteur ! ». On retrouve chez Karine, un discours davantage orienté du côté de l'**expertise**, puisque pour elle, il faut "être sûr de poser les bonnes questions". Elle apporte également des précisions quant à l'**habitude** qu'ont les soignants à faire face à ce genre de difficultés au quotidien.

La présence de la barrière de langue présente selon nos deux interlocuteurs des risques notamment au titre d'une **compréhension incomplète**. Pour Pierre, « le plus gros risque c'est quand même... C'est de ne pas être capable de poser les... Le bon diagnostic par rapport à un ensemble de signes cliniques ». Karine le rejoint sur cette notion avec toujours cette référence à la présence d'« un risque plus important de passer à côté d'éléments cliniques » et l'importance de « n'oublier aucun élément clinique ou pouvant nous amener à poser un mauvais diagnostic ». Les deux infirmiers traitent de la présence d'une **frustration** dans la prise en soin d'un patient lorsque s'impose à eux la barrière de la langue. Karine fait référence aux « patients qui sont dans l'incapacité de communiquer

», quand Pierre, lui, développe davantage son discours autour des **capacités** nécessaires à la facilitation de la communication. Il fait par exemple référence à la **capacité de communiquer** au travers **l'utilisation de la lecture** mais surtout du langage, en utilisant à deux reprises le concept de « capacité linguistique ». Selon Pierre, pour faciliter la communication, il est également question de prendre en compte l'état de **conscience**, en lien notamment avec « le degré de réveil » dont dépendra la capacité de communiquer. Contrairement à Karine, Pierre évoque la **contrainte temporelle** qui s'impose dans le monde de la santé, un élément qui n'est, selon lui, pas favorable à l'élaboration d'une prise en soin optimale.

Lors de son entretien, Pierre fait également référence à une problématique se présentant au moment du **décodage** à savoir, l'étape de la **traduction**. L'incompréhension qui en découle pose pour nos deux intervenants souci, en lien notamment avec une **émission compliquée** par la potentielle mauvaise **prononciation** ou le mauvais **accent**. S'en suit, une interprétation des propos tenus par l'autre qui peut amener Pierre à avoir l'impression « de ne pas être dans l'objectivité et.... Dans l'expertise pure ». Du côté de Karine, « on interprète et on ne se comprend plus... ». Il est intéressant de noter que, même si cela est exprimé de manière très implicite, la notion de **feedback** ressort au cours des deux entretiens, au travers le concept de compréhension.

En lien avec le concept de communication efficace, Pierre est le seul à faire référence à la notion d'**émotion**, tel que l'**anxiété** et l'**angoisse** chez le patient, en lien avec le contexte d'hospitalisation notamment. La présence d'émotion du côté soignant est également évoquée au cours de nos échanges, avec notamment l'utilisation du terme « confrontation », en référence à la **rencontre avec l'autre**. Le concept de différence est vécu comme vecteur d'**appréhension** et de **stress** pour ce dernier, mais il peut également être une source d'**intérêt** venant nourrir la **curiosité** comme l'explique Pierre qui dit s'interroger sur l'histoire de vie de la personne, sa culture, son pays... Ses origines.

Les discours de Pierre et Karine se rejoignent autour de la nécessité d'**adapter l'outil** utilisé à la personne et au contexte dans lequel s'inscrit sa prise en soin. Ils citent lors des entretiens, l'utilisation des mêmes outils et méthodes pour pallier la barrière de langue, et viennent également apporter des éléments de réponse pertinents quant aux difficultés qu'imposent l'utilisation de l'un d'entre eux, Tralalho. En effet, en lien avec les divers points traités précédemment, des troubles de la conscience peuvent, comme le dit Pierre, rendre l'utilisation de ce dernier outil inutile. De son côté, Karine oriente davantage son discours autour des axes d'amélioration qui pourraient être empruntés

afin de rendre optimal l'utilisation de ce serveur de traduction. Elle fait également référence, au même titre que Pierre, aux autres outils de communication existant, que sont les supports écrits et visuels. Karine parle de « carnets avec des images ou des lettres » quand Pierre lui, évoque l'utilisation de « livret », « petit dico » ou encore de « l'ardoise ». Ici aussi, les limites de ces outils sont mises en évidence par nos deux intervenants. Pierre précise néanmoins que ces dernières méthodes entraînent un échange « moins interactif ». Il décrit également les collègues de travail comme pouvant être de véritables **soutiens** en cas de difficulté à communiquer. Aussi, il parle des interprètes dont la présence est considérée comme un **privilège** et un **lux** ou encore de la famille et l'entourage, considéré selon ces dires comme des **facilitateurs** et des éléments **ressources**. Il fait également référence à l'intérêt de l'**expérience professionnelle** au profit de la bonne adaptation et donc compréhension des patients, qu'importe les obstacles ce présentant à eux.

2. Prendre soin

Les notions d'**engagement**, de **bien être** et d'**autonomie** n'ont pas été évoquées au cours des deux entretiens menés, mais ce n'est pas pour autant que les infirmiers les délaissent. Karine évoque une fois l'idée de « prendre en soin » et insiste sur l'**égalité** qui tourne autour de celle-ci. Elle explique notamment l'importance de faire en sorte que la barrière de la langue « n'engage pas la qualité de la prise en charge de la personne, parce que c'est pas parce qu'on comprend pas la personne qu'on ne doit pas lui prodiguer les mêmes soins qu'une autre personne ».

Concernant la question du **care**, Pierre est le seul à traiter de l'importance d'apporter des explications au patient, mettant ainsi en avant la **dimension éducative** vers laquelle peut s'orienter le prendre soin. Il insiste sur l'intérêt de **prendre le temps de donner** au patient « Des explications des soins principaux », permettant ainsi « de rassurer la personne ».

Ici aussi, seul Pierre fait référence au concept d'**accompagnement**, au travers les notions de **rencontre** et de **connaissance de l'autre** pouvant faciliter la communication.

De nouveau, il ne sera fait ici référence qu'aux propos de Pierre qui viennent nourrir l'interprétation du concept de **soin relationnel**. Il parle notamment de l'aspect **relationnel** présent dans la communication en utilisant le terme de « relation de... De communication ». En référence à l'intervention de l'interprète auprès du patient, Pierre explique que selon lui, « le meilleur soutien c'est... C'est l'interprète qui est en relation avec le patient ou la... Le membre de la famille ». Est aussi exposé l'importance de « tisser une relation de confiance » avec le patient, afin de lui

permettre de se sentir suffisamment en **confiance** pour se confier. Il sera également fait référence une fois au cours de ce même entretien, à la notion d'**empathie**.

DISCUSSION

A présent, je vais mettre en lien la question de départ et ma réflexion personnelle via l'interprétation des résultats d'analyse descriptive réalisée, en me basant sur les notions et concepts développés dans le cadre conceptuel. Dans un souci de lecture et de compréhension, l'organisation de cette dernière partie respectera le même schéma que celui développé au cours de l'analyse descriptive, à savoir, un premier point sur la communication et un second sur le prendre soin.

1. Une communication qui se construit

Il n'a pas été nécessaire d'interroger les soignants sur leur manière de définir la communication, puisque c'est spontanément et implicitement qu'ils sont venus apporter des éléments faisant écho à la définition de ce concept que nous avons développé précédemment dans le cadre conceptuel. De cette « mise en commun », on y retrouve les actions de **transmettre** quelque chose et d'**échanger avec** quelqu'un, en lien avec la fonction informative que peut emprunter ce concept. La communication est perçue, selon eux, comme un dialogue se **construisant** à deux (ou plus) et lors duquel il est possible de **donner** des mots à l'autre. Afin d'assurer la qualité des échanges, de la relation et donc, de la prise en soin, la communication doit être efficace. L'acronyme CLERE développé par Bernard Sananès (2002) et présenté précédemment dans le cadre conceptuel nous permet de garder à l'esprit les éléments essentiels à son élaboration, à savoir:

- C en référence à la **conscience** de soi et de la relation que l'on construit avec l'autre
- L comme **liberté** d'être soi-même et de pouvoir exprimer ce que l'on souhaite de la façon dont on le souhaite
- E en lien avec l'**expressivité** de ses émotions par le biais de l'expression du langage du corps, soit grâce au non verbal
- R pour la nécessité d'une **réciprocité** de l'échange à travers l'écoute, l'attention et l'intérêt porté envers l'autre
- E de **exactitude** de l'information donnée afin de permettre le développement d'une relation de confiance

Il semble également pertinent de prendre en ligne de compte, un concept mis en avant par les soignants mais non traité dans le cadre conceptuel, la **capacité de communication**. Plusieurs sens et interprétations peuvent lui être attribués à savoir, **être en capacité de parler** à, c'est à dire ne présenter aucun obstacle entravant les **facultés** de la **parole** ou de la **gestuelle**, mais également **être en capacité de parler avec**, une notion que l'on peut davantage rapprocher de l'aspect **relationnel**

que doit emprunter une communication, pour être dite efficace. On fait ici le lien avec les attraits relatifs à **la conscience de la relation avec l'autre**, mais également à la **réciprocité** de l'échange avec l'autre, présent dans le système CLeRE que nous venons de rappeler. En résumé, la capacité de communication peut se définir comme le fait d'être capable de parler, bouger... transmettre une information, le tout en se rendant disponible et attentif à cette communication.

De nombreux éléments impactant la prise en soin ont pu être mis en évidence par les infirmiers interrogés. Leurs propos se rejoignent notamment sur l'énonciation des différents obstacles se présentant à eux, lors de l'élaboration d'une communication, à savoir, un environnement technique, la présence d'une pathologie, d'une défaillance organique ou de la barrière de la langue. Ce dernier point est l'**obstacle** posant le plus régulièrement de difficultés aux soignants, en venant grandement limiter les échanges avec les patients pris en soins (hors services tel que la réanimation par exemple, où la communication se voit davantage entravée par l'univers technique induit par la spécificité du lieu). On peut ainsi faire le lien avec le modèle de Shannon et Walter (1949) présenté au cours de ce travail de recherche, en parlant de **défaut d'encodage et de décodage** en lien avec l'utilisation d'un code différent entre deux acteurs. En effet, tout dépend selon quel point de vue est pris le problème, puisqu'il peut se poser au moment de coder le signal (si l'émetteur ne s'adapte pas correctement à la personne à qui elle souhaite transmettre son message) ou lors du décodage de ce signal (si la personne n'utilisant pas le même code que celui imposé par l'émetteur, ne parvient pas à recevoir et à comprendre le message convenablement). L'utilisation d'un **code linguistique commun** est donc centrale dans une communication efficace, et c'est en s'appuyant sur les travaux du linguiste russe Roman Jakobson (1960) que l'on peut insister sur sa nécessité, afin notamment d'obtenir un **feedback**, venant valider la bonne compréhension des propos délivrés ou reçus. Ce feedback, dont l'accès se complique par la présence de la barrière de la langue, est néanmoins **essentiel** afin d'éviter toute **incompréhension** ou **interprétation**, pouvant entraver la qualité de la communication, de la relation et donc, de la prise en soin.

Une communication complexifiée implique des échanges limités. Le risque d'**incompréhension** est donc plus important, et engage des interprétations qui se trouveront biaisées. Les **interprétations** sont propres à chacun, et dépendent de l'histoire de vie, de sa culture, de l'éducation, des valeurs, de la religion... L'idée selon laquelle, l'interprétation des éléments faisant partie de la communication non verbale serait **universelle**, ne me semble donc pas complètement juste. En effet, si l'on vient s'attarder à la **gestuelle** (option vers laquelle se tourne généralement les soignants face à quelqu'un présentant la barrière de la langue), un pouce en l'air qui, de premier abord, peut innocemment

répondre de manière affirmative à la question “*est-ce que ça va ?*”, porte une tout autre **signification** en Iran par exemple, où ce geste est considéré comme une insulte. Il est donc important de ne pas s’arrêter à l’utilisation du **langage des signes**, une méthode qui présente bien des **limites** et des **contraintes**.

Les notions d’**attitude** et de **posture** n’ayant pas été évoquées au cours des échanges avec les soignants, il semblait intéressant d’y faire référence ici. En effet, nous avons connaissance de la présence d’un **lien** entre **contenu** et **forme**, impactant directement la qualité de l’échange et de la relation. La forme et la posture selon lesquelles seront apportées les informations, se doivent d’être **adaptées** afin de limiter les risques induits par une mauvaise compréhension du message. Quand on parle d’**attitude**, on fait référence à l’aspect non verbal qui peut (ou non) nous trahir. Un haussement de sourcils, jouer avec ses ongles, bouger nerveusement ses pieds, croiser les bras.... Tous ces gestes peuvent avoir un impact sur la façon dont sera reçu le message. De nouveau, il est possible de faire un lien avec les **aptitudes** participant à la mise en place d’une communication efficace, que sont l’**expressivité des émotions** à travers son **langage corporel** et la **liberté d’être naturel** et d’exprimer ce que l’on souhaite, de la façon dont nous le souhaitons.

Ce type de prise en soin demande aux soignants un **effort** et un **investissement** supplémentaire. Pourtant, malgré le **temps** et l’**énergie** déployés pour parvenir à la réalisation d’échanges convenables, la présence d’une grande **frustration** est commune à tous. En plus de celle induite par le fait de ne pas comprendre, de ne pas parvenir à se faire comprendre, de ne pas être sûr d’avoir bien compris et de s’être correctement fait comprendre, s’ajoute la frustration de ne pouvoir savoir si les soins prodigués conviennent à la personne et ainsi, pouvoir s’adapter avec justesse à elle. L’**adaptation** est d’ailleurs une des facultés dont doit faire preuve un soignant qui souhaite réaliser une **prise en soin de qualité**. L’adaptation de la posture par la **proximité** (proche, éloigner, debout, assis, à la même hauteur que l’autre...), la manière de se tenir (courbé ou droit, les bras croisés, agité ou calme...), du code utilisé, mais également des **outils** employés, doivent être adaptés à la personne, à son âge, ses aptitudes, son état de conscience... Il est par exemple difficile d’utiliser Tralho en réanimation, où les écrans d’ordinateur ne peuvent être accessibles visuellement par les patients (car trop éloignés) ou chez une personne présentant des troubles de la vue. Néanmoins, il est important de ne pas oublier la possibilité de demander de l’**aide**, notamment auprès des professionnels, que sont les **interprètes** tout en sachant qu’ils restent très sollicités et donc peu disponibles (surtout dans l’urgence). Comme développé dans le cadre conceptuel, l’intervention d’une **tierce personne** peut au contraire, venir compliquer la communication entre le patient et le

soignant qui peut se sentir mis à l'écart. Le problème principal reste tout de même le respect de la confidentialité et du secret professionnel, des conditions nécessaires à l'élaboration d'une relation de confiance avec la personne soignée. Ces problèmes se posent également avec la famille, pouvant tout de même représenter une grande source d'informations nécessaires à l'adaptation de la prise en soin. Mais comment être sûr de ce que le membre de la famille a traduit ? Quelle relation cette personne entretient avec le soigné ? Sont-ils en bon terme ? De nombreuses questions auxquelles il est difficile de répondre, et c'est pourquoi nous ne partageons pas complètement l'avis de Pierre, pour qui la famille est « un soutien très majeur qui permet justement de.... d'éclairer les zones d'ombres ». Il sera fait référence au cours de son entretien, à une autre ressource à laquelle on ne pense pas assez... Les collègues. En effet, il y a de nombreux avantages à se tourner vers ses collègues de travail, que ce soit la disponibilité, la fiabilité de la traduction, le respect du secret professionnel... Très certainement la meilleure option !

La prise en soins d'un patient lorsque s'impose la barrière de la langue peut représenter un réel **défi** et un **challenge** au quotidien. La traduction se doit d'être juste, le vocabulaire adapté, le ton et la prononciation adéquats, les soins appropriés... Vient se surajouter la **pression temporelle**, venant ainsi pousser les soignants à s'adapter et agir au plus vite et le plus efficacement possible. Or, avec un **obstacle** tel que la **barrière de la langue**, le temps passé auprès du patient ne s'en trouve que plus conséquent. Prendre son temps est nécessaire pour réaliser des **soins de qualité**, mais également pour obtenir un **feedback**, un élément recherché et essentiel dont nous avons déjà traité, et que nous savons indispensable à l'**adaptation** du soignant au patient et s'inscrire dans une **prise en soin de qualité**.

2. Prendre en compte pour prendre soin

Pour **prendre en soin**, il faut **prendre soin**, pour **prendre soin**, il faut **communiquer**, pour **communiquer**, il faut **être en relation avec l'autre**, et pour **être en relation avec l'autre**, il faut être capable de l'**accepter** dans sa **singularité** en apprenant à le connaître afin de s'adapter au mieux à lui.

Cette relation se construit autour d'**échanges** et de la **compréhension** qui en est faite, d'où l'intérêt d'en assurer la qualité. Comme évoqué plus tôt, toute relation demande **engagement** et **investissement**, sans quoi, dans le milieu de la santé notamment, la prise en soin (qu'elle soit sur un plus ou moins long terme) s'en verra plus difficile. En effet, le **don de soin** implique le **don de soi** afin d'avancer vers cet objectif commun, la recherche d'un **bien être**. La **conscience de l'autre** et de la **relation avec l'autre**, facilite cet investissement d'énergie et de temps, optimisant ainsi l'élaboration

d'une prise en soin de qualité. L'**empathie**, l'**écoute**, l'**attention**, la **considération**, la **sollicitude**... Toutes ces qualités sont essentielles et indispensables afin de construire une **relation de confiance** et indissociablement, une prise en soin **individualisée** et **adaptée** aux ressources et besoins de la personne.

Avant de **mettre en confiance**, il faut **avoir confiance**, mais il est bien connu que la **différence** fait **peur** et peut venir entraver ce processus. L'utilisation du terme « confrontation » au cours des entretiens le confirme implicitement. Néanmoins, la **peur de la différence** n'est pas pour autant automatiquement **limitante** ou **invalidante**, puisqu'elle peut également faire naître chez certains, **intérêt** et **curiosité**. La **découverte de l'autre** à travers sa culture, sa religion, son histoire de vie... nous ouvre à une autre façon de penser, de parler, d'agir... de prendre soin ! C'est en **questionnant sa pratique** et en venant faire l'effort de **se remettre en question**, que l'on finit par en apprendre davantage sur soi-même. Comme évoqué par Lisa Djadaoudjee (2013) « cet apprentissage de certains éléments d'une culture peuvent faire passer le soignant de l'incompétence inconsciente à la conscience de son incompétence (en réalisant qu'il manque de connaissances au regard de la culture du patient) et enfin, à la compétence consciente quand il peut prodiguer des soins adaptés au malade ».

CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE RECHERCHE

Ma question de départ étant: ***En quoi la barrière de la langue influence t-elle la prise en soin infirmière ?***, il m'est dorénavant possible d'y répondre grâce aux différents éléments développés au cours de ce travail de recherche. Il a été mis en évidence que la présence de la barrière de la langue rend toute communication et prise en soin plus compliquée et potentiellement frustrante, car plus difficilement adaptable et individualisable, du fait d'une difficulté à comprendre et à se faire comprendre. Elle représente un réel défi, un challenge à relever au quotidien par les soignants, avec toujours cette pression temporelle et cette charge de travail plus importante sur les épaules. Néanmoins, il me semble pertinent de garder en tête que malgré toutes les difficultés induites par la présence de barrière de la langue, cette prise en soin peut également s'avérer être une expérience très enrichissante !

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il m'est désormais possible d'approfondir ma réflexion vers la question de recherche suivante: ***Comment adapter sa posture et son discours auprès d'une personne utilisant une autre langue que la nôtre ?***

CONCLUSION

C'est à l'issue de ce mémoire d'initiation à la recherche que je viens marquer la fin de trois années de formation au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Les nombreuses remises en question concernant la pratique de cette profession, m'ont permis de dégager plusieurs situations venant interroger mes principes et valeurs, dont celle sur laquelle s'est construit ce projet d'étude. Ce sujet, en lien avec l'importance de la communication, s'est imposé à moi comme une évidence du fait, notamment, de la possibilité d'agir facilement dessus, en réponse aux problèmes soulevés et quotidiennement rencontrés. C'est ainsi que s'est construite ma question de départ, à savoir: **En quoi la barrière de la langue impacte-elle la prise en soin infirmière ?**

Grâce aux nombreuses lectures et recherches orientées effectuées, il m'a été possible d'élaborer un cadre conceptuel définissant les concepts clés en lien avec mon sujet de recherche. A l'issue de la réalisation d'un guide d'entretien construit en m'appuyant sur cette première partie, j'ai eu la chance de rencontrer des professionnels du terrain afin de pouvoir recueillir, analyser et comparer la théorie de la pratique. Cet exercice particulièrement intéressant m'a permis de découvrir d'autres façons de penser et de travailler, en venant nourrir la curiosité qui m'a animé autour de ce sujet jusqu'au bout. Ce travail m'a également permis de légitimer mon expérience et vécu de stage, m'autorisant ainsi à me forger un avis et un positionnement professionnel.

Le lien entre la communication et le prendre soin s'est très rapidement imposé dans ce travail de réflexion, et c'est en m'interrogeant sur ces deux concepts que j'ai pu intégrer des connaissances, que je suis impatiente d'observer, comparer et appliquer sur le terrain. Les outils et solutions évoqués me permettent de me sentir désormais plus préparé à appréhender la problématique qu'impose la présence d'une barrière de la langue dans les soins.

Ce projet de fin d'étude n'aura pas été de tout repos, car très prenant autant d'un point de vue temporel qu'intellectuel. En effet, les principales difficultés qui se sont imposées à moi sont en lien avec le perfectionnisme et la soif insatiable de connaissances qui m'anime au quotidien. Il m'a été très compliqué de restreindre mes recherches, de limiter mes lectures, et d'être en capacité de décrocher (même partiellement) de ce travail... Apprendre à sélectionner et accepter de ne pas pouvoir traiter de tout, n'a pas été chose simple à intégrer. Il m'est d'ailleurs régulièrement arrivé d'avoir des doutes quant à la qualité et l'intérêt que pourrait susciter mon travail auprès des autres... Mais le résultat est là, et je suis heureuse et apaisée à l'idée de pouvoir le présenter, en affirmant que j'ai fait de mon mieux.

BIBLIOGRAPHIE

- *3 facteurs d'incompréhension dans la communication interculturelle*. (2021, July 9). Concordia Cabinet conseil. Retrieved April 7, 2022, from <https://concordia-cc.ca/3-facteurs-dincomprehension-dans-la-communication-interculturelle/>
- Abric, J.-C. (1999). *Psychologie de la communication*. Armand Colin.
- Accompagner. (s.d.). Dans le dictionnaire Le Robert en ligne. Repéré à: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/accompagner>
- Aziz Tabouri, « *L'interprétariat dans le domaine de la santé* », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 24 mars 2022. URL: <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/456>;
DOI:<https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.456>
- Barrière. (s.d.). Dans le dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/barri%C3%A8re/8129>
- Bourgeois, B. (2016). La créativité des soignants face à la barrière de la langue. *L'aide-soignante*, n°176, 26-29
- Brunet, V. (2017, May 27). *La communication, de Shannon et Weaver à aujourd'hui*. LaborAgora. Retrieved April 7, 2022, from https://laboragora.com/index.php/2017/05/27/communication_shannon_et_weaver/
- Comprendre. (s.d.). Dans le dictionnaire Le Robert en ligne. Repéré à: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/comprendre>
- Culture. (s.d.). Dans le dictionnaire CNRTL en ligne. Repété à: <https://www.cnrtl.fr/definition/CULTURE>
- Curatif. (s.d.). Dans le dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/curatif/21138>
- Delacour, M. (2013). Un outil de communication adapté pour les patients anglophones. *Revue de l'infirmière*, n° 195. p. 43-44
- Delzant, G. (1999). Soins... traitement... guérison.... *Vacarme*, 7, 96-96. <https://doi.org/10.3917/vaca.007.0096>
- Différence. (s.d.). Dans le dictionnaire L'internaute en ligne. Repété à: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/difference/>
- Djadaoudjee, L. (2013). La barrière culturelle dans le soin. *La revue de l'infirmière*, n°195, 37-39
- Hanna, A. (n.d.). *Qu'est-ce que la communication ?* 1Min30. Retrieved April 7, 2022, from <https://www.1min30.com/brand-marketing/la-communication-1287485995>

- landolo, C. (2001). *Guide pratique de la communication avec le patient: techniques, art et erreurs de la communication*. MMI.
- IFSI de Troyes. *Concept de soin*. [Présentation Powerpoint]. (n.d.). Retrieved April 7, 2022, from http://www.ifs-troyes.fr/sites/default/files/concept_de_soin_2.pdf
- Interpréter. (s.d.). Dans le dictionnaire CNRTL en ligne. Repéré à: <https://www.cnrtl.fr/definition/interpr%C3%A9ter>
- Karsenty, L. (2008). *L'incompréhension dans la communication*. Presses universitaires de France.
- KHAMMAR, L. (2019) Relation soignant/soigné http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf
- L'AP-HP lance « MediPicto AP-HP », une application web gratuite pour améliorer le dialogue entre les patients et les équipes soignantes. (2015, October 5). APHP |. <https://www.aphp.fr/contenu/lap-hp-lance-medipicto-ap-hp-une-application-web-gratuite-pour-ameliorer-le-dialogue-entre>
- Ladmiral, J.-R., & Lipiansky, E. M. (1989). *La communication interculturelle*. Armand Colin.
- Leroutier, G. (n.d.). *La métacommunication : Un outil de compréhension et d'action pour le coach*. SicPNL. Retrieved April 18, 2022, from <https://sicpnl.org/article-disp.asp?i=52>
- Luthereau, A. (2020, August 19). Briser la barrière de la langue. *Actusoins*. <https://www.actusoins.com/335755/briser-la-barriere-de-la-langue.html>
- Mangane, M. (2019, January 18). Une infirmière du CHU de Rennes a créé le TraLELHo, pour parler en 195 langues avec les patients. *Actu.fr*. https://actu.fr/bretagne/rennes_35238/une-infirmiere-chu-rennes-cree-tralelho-parler-195-langues-patients_20904325.html
- Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.
- Marin, I., Farota-Romejko, I., Larchanché, S. & Kessar, Z. (2012). Soigner en langue étrangère. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 111, 11-19. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.111.0011>
- Minai, H. (2017, November 14). 3 procédés pour communiquer efficacement avec ses collaborateurs. GPO Magazine. Retrieved April 7, 2022, from <https://www.gpomag.fr/web/management-rh/management/3-procedes-pour-communiquer-efficacement-avec-ses-collaborateurs>
- Morvillers, J. (2015). Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 77-81. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>
- Mucchielli, A. (2001). *Les sciences de l'information et de la communication*. Hachette supérieur.

- Obstacle. (s.d.). Dans le dictionnaire CNRTL en ligne. Repéré à : <https://www.cnrtl.fr/definition/obstacle>
- PITTE, M. (2019, August 3). *La relation d'aide psychologique*. Repéré dans espace soignant. Retrieved April 7, 2022, from <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-aide-psychologique>
- Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? la place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, 57, 19-30. <https://doi.org/10.3917/lae.092.0019>
- Rogers, C. R. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie* (J.-P. Zigliara, Trans.). ESF sciences humaines.
- Salomé, J. (2003). *Relation d'aide & formation à l'entretien: Edition entièrement revue et augmentée*. Presses Universitaires du Septentrion.
- Sananes, B. (2002). *La communication efficace*. Dunod.
- Soigner. (s.d.). Dans le dictionnaire CNRTL en ligne. Repéré à : <https://www.cnrtl.fr/definition/soigner>
- Surbled, M. (2015, October 6). L'AP-HP lance une application pour améliorer le dialogue entre les patients et les soignants. *Actusoins*. <https://www.actusoins.com/266614/lap-hp-lance-une-application-pour-ameliorer-le-dialogue-entre-les-patients-et-les-soignants.html>
- Touret, C. (septembre 2019) Impact d'un outil de communication dans la prise en charge péri-opératoire d'un patient anglophone : Étude Pilote [Mémoire de maîtrise] from https://www.chu-poitiers.fr/specialites/formation-infirmier-anesthesiste/wp-content/uploads/sites/49/2019/12/2019_TOURET-Caroline_Impact-d%E2%80%99un-outil-de-communication.pdf
- Traiter. (s.d.). Dans le dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/traiter/78980#:~:text=3.,une%20affection%20par%20les%20antibiotiques.&text=4.,'a%20trait%C3%A9%20d'incapable>.
- Vigil-Ripoche, M. (2012). Prendre soin, care et caring. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 244-249). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0244>

ANNEXE I: SITUATION D'APPEL

Adapter sa prise en soins avec la barrière de la langue

Déroulé de la situation

Nous sommes le Jeudi 25 Mars 2021 et nous faisons aujourd'hui l'entrée de Mr H, un homme de 62 ans souffrant d'une cholécystite aiguë, non soignée depuis l'apparition des premiers symptômes il y a 2 mois du fait de la situation précaire dans laquelle il vit depuis plusieurs années maintenant. Arrivé en France il y a 9 ans, Mr H est Sans Domicile Fixe.

C'est lors de son entrée administrative, moment où il a fallu interroger le patient afin d'évaluer la douleur qui s'inscrivait sur son faciès depuis son arrivée quelques minutes plus tôt, que nous avons réalisé avec l'infirmière la difficulté à laquelle nous allons être confrontés au cours de son hospitalisation. En effet, Mr H est Albanais et ne parle ni français, ni anglais, ni espagnol, ni allemand... Nos échanges se trouvent ainsi très limités par la barrière qu'impose la différence des langues utilisées.

Afin de parvenir à se comprendre avec le patient, nous ne pouvons faire appel à un interprète du fait du contexte sanitaire mondial fragile. Nous expérimentons donc dans un premier temps, le langage par des gestes simples et accessibles tels que par exemple, des pouces vers le haut ou vers le bas pour demander si "ça va ?". Nous réalisons rapidement les limites de cette méthode, puisque un même geste ne semble pas avoir une signification identique et la même portée pour le patient et moi-même (et vice versa). Cette conclusion semble être justifiée par le fait que l'interprétation d'un geste, d'une expression au niveau du faciès ou même d'une tonalité dans la voix, est propre à chaque individu, et peut ainsi être interprétée de différentes façons en fonction de nombreux facteurs tel que la culture et l'ethnie, l'histoire et le vécu de chacun (mais également l'humeur du jour !)

Nous finissons par proposer à Mr H l'utilisation de *Google Traduction* afin de faciliter nos échanges et ainsi pouvoir mettre en place des soins adaptés à ses besoins. Après ce premier essai, nous sortons plutôt satisfaites de la chambre du patient, car malgré des interactions très brèves, nous avons réussi à communiquer et enfin, à comprendre ce que le patient avait envie de nous exprimer.

Malgré tout, je ne peux m'empêcher de ressentir une certaine frustration face à l'idée de ne pouvoir s'exprimer naturellement et spontanément. De mon côté, pour donner des explications sur le déroulé d'un soin ou tout simplement, pour engager une conversation et ainsi apprendre à mieux connaître le patient, et du côté de Mr H, pour exprimer ses douleurs, ses sensations et ressentis.

Questionnements

- Quelle place occupe la communication dans la relation de soins ? Que permet-elle ?
- Quel impact une mauvaise communication peut avoir sur la prise en soins d'un patient ?
- Qu'est-il possible de mettre en place afin de faciliter la communication avec le patient s'exprimant dans une langue différente de la notre ? Si oui, lesquels ?
- Comment être sûr de se faire comprendre et de comprendre ?

ANNEXE II: GUIDE D'ENTRETIEN

Questions	Objectifs
1. Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?	Connaître le parcours des professionnels
2. Au cours de votre exercice professionnel, avez-vous déjà eu des difficultés de communication avec un patient ? Si oui, lesquelles ?	Analyse des soignants sur leur propre pratique professionnelle lorsque sont rencontrées des difficultés de communications Identifier ces difficultés
3. Etes vous régulièrement amené à prendre en soin des patients utilisant une autre langue que la vôtre ?	Identifier à quelle fréquence les soignants sont confrontés à prendre soin avec la barrière linguistique
4. En quoi cette prise en soin différera-t-elle de celle d'un patient avec lequel la communication serait plus simple et fluide?	Identifier les différences entre la prise en soin d'un patient utilisant la langue française et celle d'un patient utilisant une autre langue
5. Comment appréhendez vous l'idée de prendre en soin un patient ne parlant pas la même langue que vous ? Quelles sont les pensées et émotions qui vous traversent face à cette idée ?	Analyse des soignants Identifier l'état d'esprit et les émotions ressenties face à l'idée d'être confronté à la prise en soin d'un patient présentant une barrière linguistique
6. Comment adaptez-vous votre manière de communiquer et d'échanger avec les patients présentant une barrière linguistique ?	Identifier les moyens d'adaptations mis en place par les soignants afin de comprendre et se faire comprendre
7. Vers quel outil vous tournez-vous en première intention ? Etes vous satisfait de la qualité de vos échanges grâce à son utilisation de cet outil ? Quelles en sont, selon vous, les limites ?	Relever les outils que privilégient les soignants au moment de la prise en soin d'un patient ne communiquant pas avec la même langue Analyse des soignants sur la qualité de ces échanges après utilisation des outils cités Identifier les limites des outils utilisés et repérer les améliorations possibles

<p>8. Quels autres moyens pourriez-vous proposer pour faciliter les échanges avec des patients n'utilisant pas la même langue que la vôtre ?</p>	<p>Connaître les idées et souhaits des professionnels afin de mieux répondre à ses besoins face à la prise en soin d'un patient utilisant une langue différente de la sienne</p>
<p>9. Connaissez vous l'outil Tralelho ? Si oui, comment l'avez-vous découvert ? L'utilisez-vous lorsque vous êtes amené à prendre en soin une personne qui parle une autre langue ? Si non, pensez-vous essayer de l'utiliser dans le futur ?</p>	<p>Évaluer la "popularité" de la plateforme Tralelho dans les service de soins</p>

ANNEXE III: TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Thèmes	Sous thèmes	Réponses soignantes (Thèmes)	
		IDE 1 en Réanimation	IDE 2 en Dermatologie
COMMUNIQUER			
Généralités	La communication	<p><i>Partage</i></p> <p><i>Transmission</i></p> <p><u>Donner</u> "la personne n'aura pas réussi à te donner les bons mots" "Donner un mot dans leur langue..."</p> <p><u>Échanger</u> "T'arrives à échanger à peu près avec la personne"</p>	<p><i>Partage</i></p> <p><u>Transmission</u> "info que le patient essaye de nous transmettre"</p> <p><i>Donner</i></p> <p><u>Échanger</u> "Ces outils facilitent les échanges avec la personne"</p> <p><u>Construire</u> "le dialogue peut-être plus ou moins difficile à construire..."</p>
Différentes formes de communication	Communication verbale	<p><u>Parler</u> "c'est vrai qu'à la Réunion, j'avais des personnes qui parlaient Créole" "Parce que moi je parle Anglais comme..."</p> <p><u>Ecrire</u> "ça peut être une... Le fait de... Pouvoir poser par écrit sur des... Sur des représentations ou... Bon c'est arrivé aussi mais c'est assez rare mais euh des personnes qui vont... Qui vont schématiser"</p>	<p><u>Parler</u> "même avec des personnes qui utilisent la langue française"</p> <p><u>Ecrire</u> "Donc on teste différentes façon de communiquer, par les dessins, les lettres, avec google traduction..."</p>
	Communication non verbale	<p><u>Mimiques du visage</u> "en essayant de rentrer un peu en communication non verbale avec les... Des mimes, l'expression des visages, l'interprétation de l'expression des visages et des signes..."</p>	<p><u>Mimiques du visage</u> "On peut aussi utiliser les mimes ou les expressions du visage !" "si la difficulté est d'ordre... organique je dirai, on va plutôt jouer sur la gestuelle, les signes et les mimes... enfin tout ce qui touche au</p>

		<p>“Mimer la douleur”</p> <p><u>Langage universel</u> “y’a quelque chose d’assez universel dans l’interprétation des mimiques du visage, et quelque soit la culture.... Y’a quand même des choses qu’on retrouve !” “Les mimes c’est à dire que c’est quand même un langage qui est quand même assez universel...”</p>	<p>non verbal !”</p> <p><i>Langage universel</i></p>
Défauts de communication	Défauts dans le processus de la communication	<p><u>Multiples</u> “Alors bien entendu, elles peuvent être de différentes natures”</p> <p><i>Défaut d’encodage</i></p> <p><u>Défaut de décodage</u> Traduction “ou toi t’aura pas réussi à traduire correctement”</p>	<p><u>Multiples</u> “Oui, bien évidemment !” “Alors je dirais qu’elles sont d’ordre différents”</p> <p><i>Défaut d’encodage</i></p> <p><i>Défaut de décodage</i></p>
	Incompréhension & interprétation	<p><u>Incompréhension</u> “Il est très très particulier donc tu comprends pas grand chose” “Enfin je comprenais rien au départ, je travaillais en dialyse et en néphrologie et pour être honnête je comprenais rien”</p> <p>Problème “aux urgences on rencontre surtout les problèmes de communication et d’incompréhension liés à la barrière de la langue”</p> <p><u>Accent</u> “Si tu me dis de parler en Grec ou en Italien, je ne vais pas donner le bon accent”</p> <p><i>Positionnement</i></p>	<p><u>Incompréhension</u> “L’objectif premier c’est quand même d’éviter tout quiproquo ou incompréhension...” “on ne comprend pas”</p> <p>Problème “ça nous arrive de faire face à des problématiques de compréhension”</p> <p><u>Accent</u> “On ne dira rien sur le fait qu’on écorche complètement les mots ou les accents”</p> <p><i>Positionnement</i></p> <p><u>Interprétation</u> “Parce qu’après, on interprète et on ne se comprend plus... “</p>

		<p><u>Interprétation</u> “C’est d’interpréter son ressenti et de ne pas être dans l’objectivité et dans... Dans l’expertise pure quoi” “Voilà, à moi de l’interpréter”</p> <p><u>Feedback</u> “j’arrivais à tisser quand même une compréhension” “En général pour des choses qui sont assez basiques on se comprend !”</p>	<p><u>Feedback</u> “C’est compliqué d’être face à quelqu’un sans être sûr de l’avoir bien compris mais aussi de s’être bien fait comprendre” “on ne pourra jamais être complètement sûr de ce qui a été compris, dans un sens comme dans l’autre” “Et on se fait mieux comprendre par la même occasion”</p>
	Communication efficace	<p><i>Libre et naturelle</i></p> <p><i>Ecoute et attention</i></p> <p><u>Emotion</u> “Après y’a aussi... Le côté émotionnel qui passe moins bien” “Et puis y’a le contexte de... D’anxiété et d’angoisse du patient qui... Quelque soit sa culture ou sa langue en faite... En fait elle va s’exprimer différemment...”</p>	<p><i>Libre et naturelle</i></p> <p><i>Ecoute et attention</i></p> <p><i>Emotion</i></p>
PRENDRE SOIN			
Le prendre soin	Prendre soin	<p><i>Engagement</i></p> <p><i>Bien-être</i></p> <p><i>Autonomie</i></p>	<p><u>Prendre en soin</u> “on peut également être amené à prendre en soin”</p> <p><u>Le même PEC pour tous</u> “faire en sorte qu’elle n’engage pas la qualité de la prise en charge de la personne, parce que c’est pas parce qu’on comprend pas la personne qu’on ne doit pas lui prodiguer les mêmes soins qu’une autre personne”</p>

			<p><i>Engagement</i></p> <p><i>Bien-être</i></p> <p><i>Autonomie</i></p>
Soigner	To care	<p><i>Être avec</i></p> <p><u>Soins éducatifs</u> Expliquer “Notamment avec les contraintes d’environnement, il faut expliquer au patient...” “ça permet quand même de... De faire un recueil de données... Assez rapide sur les points essentiels que sont... La douleur, la compréhension du problème de santé... Des explications des soins principaux, et puis de rassurer la personne”</p>	<p><i>Être avec</i></p> <p><i>Soins éducatifs</i></p>
Accompagner	Accompagnement	<p><u>Rencontre</u> “on rencontre quand même des populations émigrées”</p> <p><u>Connaître l’autre pour faciliter l’accompagnement</u> “si tu fais venir un interprète qui connaît personne, enfin qui connais pas le patient en lui même, ça rend les choses plus compliquées...”</p>	<p><i>Rencontre</i></p> <p><i>Connaître l’autre pour faciliter l’accompagnement</i></p>
	Soin relationnel	<p><u>Relation</u> “Je vais plus me tourner vers le côté relationnel” “Je vais ajuster mais c’est vrai que la.... La relation de... De communication, elle est un petit peu... Elle est un peu faible...”</p>	<p><i>Relation</i></p> <p><i>Confiance et relation de confiance</i></p> <p><i>Relation d’aide</i></p> <p><i>Empathie</i></p>

		<p><u>Être en relation avec</u> “Sinon franchement dans le flux je trouve que le meilleur soutien c’est... C’est l’interprète qui est en relation avec le patient ou la... Le membre de la famille”</p> <p><u>Confiance et relation de confiance</u> “Parce qu’en fait y’a le problème de la relation de confiance” “Nous on est déjà à essayer de tisser une relation de confiance, avec l’interprétation des mimiques, des signes, la proximité...” “si tu amène une tierce personne qui... C’est pas non plus un gage de réussite puisque... Il faut que la personne se sente en confiance pour se confier. C’est un peu plus compliqué”</p> <p><i>Relation d’aide</i></p> <p><u>Empathie</u> “On est un peu dans l’empathie quand même !”</p> <p><i>Tolérance</i></p>	<i>Tolérance</i>
--	--	--	------------------

BARRIÈRE LINGUISTIQUE

Généralités	Différentes formes de barrières	<p><u>Environnement technique</u> “ça peut être relié à l’environnement technique difficile avec une personne qui est intubée” “Et après sur un univers plus technique comme en réanimation”</p>	<p><u>Environnement technique</u> “avec un obstacle d’ordre plutôt technique je dirais. Par exemple quand on doit s’occuper d’un patient inconscient et sédaté, ou d’un patient avec un tube d’intubation....”</p>
--------------------	--	--	---

		<p>“Et après sur un univers plus technique comme en réanimation, où la personne est... Est limitée par un facteur... Si elle est intubée admettons...”</p> <p><u>Barrière de la langue</u> “ça peut être relié à la barrière de la langue” “des Géorgiens, parfois des personnes de Tchétchénie... Parfois des personnes d’Afghanistan, pour lesquels la barrière de la langue est manifeste”</p> <p><u>Pathologie et défaillance</u> “ça peut relié à une pathologie comme... Des personnes infirmes moteur cérébraux qui vont être trachéotomisée ou des personnes qui n’ont plus l’usage de la parole” “il y a d’autres pathologies qui vont... Qui peuvent expliquer ce tableau là comme... Des problèmes neurologiques, des défaillances, des personnes qui ont un... Enfin pas jusqu’au Locking in Syndrome mais... Des personnes qui vont avoir des abolitions neurologiques qui les empêchent de... De... De communiquer”</p>	<p><u>Barrière de la langue</u> “quand la barrière de la langue est trop importante c’est plus compliqué” “Comme je disais, oui ! Je pense que toutes les semaines, on a au moins un à deux patients étrangers dans le service. C’est souvent des personnes qui viennent d’Afghanistan ou des pays de l’est...” “quand c’est du patois tu vois, ou une variante de la langue... Une version régionale quoi”</p> <p><u>Pathologie et défaillance</u> “Et puis y’a aussi des patients qui sont en incapacité de communiquer mais en lien avec leur pathologie”</p>
Culture	Culture	Savoir	Savoir
	Interculture et peur de la différence	<u>Confrontation</u> “Tous les mois, on est quand même confronté à une personne qui parle une langue différente”	<u>Confrontation</u> “c’est selon moi la principale difficulté à laquelle on est confronté”

		<p><u>Appréhension</u> “Mais c’est aussi un peu de... Un peu de stress parce que je...”</p> <p><i>Représentations</i></p> <p><u>Intérêt et curiosité</u> “En fait le créole c’est intéressant” “Y’a plusieurs choses qui s’entrechoquent je me dis tiens c’est intéressant... Tiens, quelle est l’histoire de vie des personnes... Tout simplement, tiens c’est une personne d’une... D’une autre langue, d’une autre culture, dans quel pays, dans quel contexte social”</p>	<p><u>Appréhension</u> “On se sent moins serein” “Ça peut être stressant pour le coup” “C’est vrai qu’on ne se lance pas dans ce genre de prise en soin aussi facilement que pour une prise en soin “classique” !”</p> <p><i>Représentations</i></p> <p><i>Intérêt et curiosité</i></p>
Langue	<p>Impact barrière langue sur la communication</p>	<p><u>Communication compliquée</u> Impossible “la diction d’une langue nouvelle pour nous est impossible” Difficile “C’est plus compliqué” “C’est pas toujours facile” “Parfois je sais que ça va pas être évident, je vais pas avoir d’interprètes...” Compliquée “Maintenant, quand on commence à rentrer dans le détail des contraintes techniques alentour... La personne c’est c’est... C’est plus compliqué, ou chez une personne qui se dégrade sur le plan neurologique ou une personne qui a un glasgow qui... Qui est un peu... Atténué !” Limitée “donc tu n’a plus que les... Les interprétations</p>	<p><u>Communication compliquée</u> Difficile “quand le patient ne parle pas Anglais... On se retrouve en difficultés” Compliquée “Et bien déjà, la communication sera plus complexe. On se comprend moins facilement” Évitable ”Enfin... On se retrouve dans des situations complexes qui peuvent facilement être évitées donc autant tout mettre en place pour !”</p> <p><u>Adaptation soignante</u> S’adapter “On essaye de s’adapter au mieux au patient” “c’est important de faire au mieux pour s’adapter à cette difficulté” “si tu es face à un patient qui ne parle pas français, tu ne communiquera pas de la</p>

		<p>des mimiques du visage... Donc ça c'est plus compliqué. C'est quand même beaucoup plus limitant, c'est quand même beaucoup plus limitant..."</p> <p><u>Adaptation soignante</u> Bricolage "Alors avec l'Anglais on bricole un peu" "Je parle pas Anglais tous les jours donc... J'essaye de bricoler" Trouver une solution "par rapport à d'autres langues, la question ça va être comment je vais rapidement trouver une solution pour... Pour communiquer avec la personne" "Je vais envisager d'autres solutions..." Imprévu "Les situations avec des personnes qui parlent arabe... Voilà, surtout des personnes âgées qui... Qui font que parler arabe... Là aussi on est un peu pris de court" Posture "je te dirai qu'en première intention... Je vais essayer par la posture" <u>Challenge & défi</u> Être à la hauteur "Quand c'est une personne qui parle Anglais, je me dis, le challenge ça va être que je sois à la hauteur !" Essayer "Essayé de bien comprendre ce qu'il me dit..." "les premières heures c'est... On essaye de</p>	<p>même façon qu'avec un patient qui est sourd..." "On finit par être habitué dans le service, donc on sait quoi mettre en œuvre pour s'adapter et les prendre en charge correctement !" Trouver une solution "on trouve généralement assez rapidement une solution pour y palier et nous permettre de mieux comprendre le patient" Anticipation "On ne peut pas y aller à la "one again", on est obligé de se préparer mentalement" Créativité "on doit faire preuve de créativité et d'originalité !" Effort "pour y parvenir ça nous demande un effort plus important comparativement à la prise en charge d'une personne française" <u>Challenge et défi</u> Expertise "être sûr de poser les bonnes questions" <u>Habitude</u> "mais plus pour une question d'habitude..." "Je dirais même que ça fait partie de notre quotidien !" "On est très régulièrement amené à prendre en soin des patients d'origine différentes"</p>
--	--	---	--

		<p>comprendre...” “En cherchant... En essayant déjà de parler un peu Anglais déjà” Expertise “poser les bonnes questions pour te faire comprendre” “Est-ce que on expertise bien la douleur ? Est ce que on expertise bien les signes cliniques ?”</p>	
	<p>Impact barrière langue sur le prendre soin</p>	<p><u>Risques en lien avec la présence d’une barrière linguistique</u> Compréhension incomplète “Le risque c’est de... De laisser des éléments de compréhension importants de côté” “le plus gros risque c’est quand même... C’est de ne pas être capable de poser les... Le bon diagnostic par rapport à un ensemble de signes cliniques” “Je sais que je risque de passer à côté de certaines choses, notamment sur la surveillance clinique et sur la compréhension...” Subir la prise en charge “Donc la difficulté c’est de laisser la personne dans une position de.... Qui est subie !” <u>Frustration soignante</u> Frustration “alors le domaine technique, il est souvent frustrant parce que, alors tu l’a peut-être vu pendant les 6 semaines mais souvent tu va avoir une personne qui commence à se réveiller et qui vont être dans un</p>	<p><u>Risques en lien avec la présence d’une barrière linguistique</u> Compréhension incomplète “Mais c’est vrai que dans ce type de prise en charge, on a forcément un risque plus important de passer à côté d’éléments cliniques” “le risque de passer à côté d’un élément important est plus... important !” “n’oublier aucun élément clinique ou pouvant nous amener à poser un mauvais diagnostique” <u>Frustration soignante</u> Frustration “On peut se sentir un peu frustré aussi !” “c’est vraiment ça le truc le plus présent, la frustration” <u>Capacité</u> Incapacité “des patients qui sont dans l’incapacité de communiquer” <i>Temps</i></p>

entre deux pendant quelques jours... qui seront toujours intubées et qui ont toute leur tête..."

"Ça peut... ça peut quand même entraîner beaucoup de frustration"

Capacités pour faciliter la communication

Linguistique

"L'Anglais n'est plus possible, il faudrait qu'on ait une capacité linguistique plus importante"

"Y'a un listing où ils sont référencés en fonction de leur capacité linguistique..."

Lecture

"Il implique que le patient soit capable de lire pour pouvoir dialoguer"

"Tralelho ou Google traduction va pas mettre d'un recours énorme puisque... La personne est pas capable de lire ou voilà y'a trop de contraintes techniques..."

Conscience

"Ou alors quand la personne se réveille, comme tu as pu le constater le... Dans quelle mesure il ou elle est capable d'interpréter et d'utiliser cet... Outil là... Tout dépend du degré de réveil et puis de la capacité à communiquer"

Temps

Contrainte

"Après on a pas tout le

		<p>temps la pratique parce que... Y'a une problématique de de... De temps ! Si t'es dans l'urgence tu vas moins le mettre en œuvre..."</p>	
	<p>Solutions et outils</p>	<p><u>Adapter l'outil à la personne et au contexte</u> Multiple "avec d'autres outils également" "Je pense pas que j'ai un outil fétiche, enfin pour moi y'a pas un outil... Référent..." Adapté "Parce que le... Tralelho parfois ou Google traduction... C'est... Tu, tu... On va rester sur des génériques qui sont pas adaptés à la réa, voilà, c'est juste ça que je voulais dire, voilà. Si j'étais au urgences ça serait peut être plus facile avec un contexte plus... plus différent !" Génération "t'as des personnes de générations différentes qui vont peut-être te proposer l'utilisation de cette solution là" "le Créole Réunionnais est parlé et plus par des personnes âgées" <u>Tralelho</u> "sur le CHU, il y a une infirmière des urgences qui a mis en place un serveur qui s'appelle Tralelho... Qui traduit en fonction du pays" Echange "j'ai pu la mobiliser pour des... Dans des contextes très particuliers, la</p>	<p><u>Adapter l'outil à la personne et au contexte</u> Multiple "on utilise différentes techniques de communication, différents outils..." Adapté "Jusqu'à trouver celui qui est plus adapté à la personne !" "y'a pas UN outil qu'on utilise d'office. On adapte l'outil à la personne" <u>Tralelho et Google traduction</u> "Si le patient ne parle pas la même langue que nous, on va se tourner vers Google traduction ou Tralelho" "c'est souvent les mêmes techniques qui reviennent sur le tapis. Google traduction, Tralelho..." "j'ai tendance à aller sur Google traduction dans un premier temps" "Et puis je me souviens en cours de route de l'existence de Tralelho... C'est vrai que je pense que c'est une source plus fiable, et puis c'est plus facile d'utilisation pour nous vu que les questions traduites sont axés sur le domaine de la santé." Limite "je dirai que ce qui pourrait être intéressant et plutôt utile même, c'est d'avoir un vocal ou une voix qui lit oralement les phrases en langue étrangères qu'on veut dire au patient, parce que</p>

		<p>personne était valide bien entendu, enfin voilà, non intubée et en capacité d'échanger avec... C'était du bulgare il me semble, dans mes souvenirs et du grec, voilà..."</p> <p>"Si je te dis tiens y'a Tralelho ou Google traduction... Il va pas fonctionner tout le temps"</p> <p>"Il peut être très bien quand t'as une personne valide en face de toi, ou qui est à peut prêt valide et qui permet... et qui a la capacité d'échanger !"</p> <p><u>Collègues</u></p> <p>Relais</p> <p>"donc le relais c'était de.... Mes collègues"</p> <p>"Parfois dans l'équipe on va avoir quelqu'un qui parle un peu... Qui a quelques rudiments de la langue envisagée"</p> <p>Soutien</p> <p>"c'est pour ça que je trouve que le meilleur soutien c'est quand même une personne qui... Qui est du service...Après c'est plus rare... "</p> <p><u>Interprètes</u></p> <p>Privilège rare</p> <p>"j'ai pu travailler un peu en mission humanitaire à Madagascar, où là on avait carrément des interprètes ! Ça c'est quand même le luxe ! Un luxe important !"</p> <p>Aide</p> <p>"Donc y'a quand même un petit pôle de personnes qui peuvent t'aider en cas de grosses</p>	<p>quand la personne ne peut pas lire ou que l'écran d'ordinateur ne peut pas être déplacé devant elle, de lire une phrase en russe, en grecque ou en afghan, c'est une autre histoire hein !"</p> <p><i>Collègues</i></p> <p><i>Interprètes = un privilège</i></p> <p><i>Famille, des interprètes de seconde main = des facilitants</i></p> <p><u>Écrit et support visuels</u></p> <p>"On utilise aussi des carnets avec des images ou des lettres pour les patients conscients mais en incapacité de parler comme les patients avec une trachéo"</p> <p><i>Soutien, aide et relais</i></p> <p><i>Temps et expérience</i></p>
--	--	--	--

difficultés”

Famille et entourage

Relais

“Les relais vont peut-être parfois se découvrir dans la journée avec la famille qui arrive et là en fait c’est un soutien très majeur qui permet justement de... D’éclairer les zones d’ombres que j’ai pas pu expliquer dans la matinée par exemple”

“Après c’est... Trouver un interprète ou une ressource familiale qui puisse faire le relais avec nous”

Traducteur

“Donc ça c’est dans le meilleur des cas... Quand les familles appellent le matin, souvent je leur dis est-ce que vous pouvez venir parce que... Est ce que vous connaissez quelqu’un qui puisse faire le... Le... Faire office de traduction en fait !”

“Mais c’est toujours utile d’utiliser la famille... La famille ou une personne de l’entourage qui puisse faire interprète”

Facilitateurs

“Donc si c’est un proche est présent, c’est plus facile je trouve !”

Écrit et supports visuels

Soutien

“Alors parfois tu vas avoir des personnes qui vont... Un petit support, un livret, donc il vont avoir un petit dico, donc ça c’est un... Un soutien intéressant parce qu’en fait... C’est comme... C’est comme sur un

		<p>portable en l'utilisant"</p> <p>Support</p> <p>"après je vais chercher sur... Sur un serveur... Ca veut dire qu'en fait il faut utiliser le... C'est pas la pancarte mais... Tu, tu vois ce dont je parle ?... L'ardoise ! L'ardoise tout simplement ! L'ardoise comme support..."</p> <p>Interactions</p> <p>"donc tu peux pas utiliser les moyens standard qu'on utilise... À savoir les lettres ou l'écrit ou la vision, parce qu'en fait, c'est moins interactif"</p> <p><u>Expérience et temps au profit de la compréhension</u></p> <p>"Et puis au fil des jours, au fil des semaines qui passaient"</p> <p>"tu verra avec l'expérience"</p>	
--	--	---	--

ANNEXE IV: ENTRETIEN N°1

Pierre (prénom d'emprunt) infirmier en Réanimation médicale

ESI: Est-ce que tu peux te présenter et expliquer un peu ton parcours ?

IDE: D'accord, donc, je m'appelle Pierre, je suis diplômé depuis 1999 le siècle dernier (*rire*). J'ai travaillé d'abord à Paris pendant quelques mois où j'ai fait du pool hospitalier, donc des urgences pédiatriques et puis de la neuro et d'autres services différents. J'ai ensuite travaillé à Rennes dans le centre Eugène Marquis, c'était de la cancéro. Ensuite dans le CHU où j'ai fait un peu de néphro et des maladies infectieuses, ensuite de la réa pendant sept ans et de la dialyse. Après je suis parti à la Réunion où j'ai fait de la dialyse, des urgences et de la réa, et je suis de nouveau à Rennes où je fais de la réa et de la dialyse. Voilà en gros ! Et sinon parallèlement, je suis tuteur depuis... Et bien douze ans, et je suis formateur CESU depuis huit ans, voilà.

ESI: Ok, ça te fait un super parcours ! Bon alors, deuxième question... Ah par contre je ne t'ai pas dit mais en tout j'en ai neuf...

IDE: D'accord

ESI: Alors, au cours de ton exercice professionnel, est-ce que tu as déjà eu des difficultés de communication avec un patient ? Si oui, lesquelles ?

IDE: Alors bien entendu, elles peuvent être de différentes natures, ça peut être relié à la barrière de la langue, ça peut être relié à l'environnement technique difficile avec une personne qui est intubée, ça peut être relié à une pathologie comme... Des personnes infirmes moteur cérébraux qui vont être trachéotomisée ou des personnes qui n'ont plus l'usage de la parole. Voilà, c'est pour moi les trois grandes situations...

ESI: Ok...

IDE: Et au cours de mon expérience professionnelle... Alors effectivement en réanimation on rencontre les trois, et aux urgences on rencontre surtout les problèmes de communication et d'incompréhension liés à la barrière de la langue, et puis également dans les autres services.

ESI: Ok ! Alors ensuite, est ce que tu es... Enfin es-tu régulièrement amené à prendre en soin du coup, utilisant une autre langue que la tienne ?

IDE: Oui, alors au cours de mon expérience professionnelle... Alors si on parle de la réanimation à Rennes on va dire qu'on rencontre quand même des populations émigrées. Donc des Géorgiens, parfois des personnes de Tchétchénie... Parfois des personnes d'Afghanistan, pour lesquels la barrière de la langue est manifeste, puisque l'Anglais n'est plus possible, il faudrait qu'on ait une capacité linguistique plus importante. Alors en fait, tu dois connaître sur le CHU, il y a une infirmière des urgences qui a mis en place un serveur qui s'appelle Tralelho... Qui traduit en fonction du pays, c'est très très bien fait, en revanche, ça... Il implique que le patient soit capable de lire pour pouvoir dialoguer puisqu'après, la diction d'une langue nouvelle pour nous est impossible... Enfin... Si tu me dis de parler en Grec ou en Italien, je ne vais pas donner le bon accent... C'est plus compliqué ! Voilà, donc ça c'est sur l'expérience de Rennes. Tous les mois, on est quand même confronté à une personne qui parle une langue différente... Alors avec l'Anglais on bricole un peu... Après je pense que dans tes autres questions tu me diras mais on a d'autres moyens...

ESI: Oui c'est ça !

IDE: Et puis sur d'autres expériences c'est vrai qu'à la Réunion, j'avais des personnes qui parlaient Créole. En fait le créole c'est intéressant parce que le Créole Réunionnais est parlé et plus par des personnes âgées... Il est très très particulier donc tu comprends pas grand chose... Enfin je comprenais rien au départ, je travaillais en dialyse et en néphrologie et pour être honnête je comprenais rien, donc le relais c'était de.... Mes collègues ! Et puis au fil des jours, au fil des semaines qui passaient, j'arrivais à tisser quand même une compréhension et puis avec d'autres outils également. Et puis voilà autrement, j'ai pu travailler un peu en mission humanitaire à Madagascar, où là on avait carrément des interprètes ! (*rire*) Ca c'est quand même le luxe ! Un luxe important ! Y'a un listing où ils sont référencés en fonction de leur capacité linguistique... Donc y'a quand même un petit pôle de personnes qui peuvent t'aider en cas de grosses difficultés, voilà !

ESI: Ok ok ! Donc... Selon toi... En quoi du coup la prise en soin des patients qui n'utilisent pas la même langue... Elle diffère d'un patient avec qui on va dire, avec qui la communication serait plus simple et plus fluide ?

IDE: Et bien écoute... Le risque c'est de... De laisser des éléments de compréhension importants de côté. Est-ce que on expertise bien la douleur ? Est ce que on expertise bien les signes cliniques ? Après y'a aussi... Le côté émotionnel qui passe moins bien enfin voilà... Donc la difficulté c'est de laisser la personne dans une position de.... Qui est subie ! Mais enfin moi sur un plan professionnel, le plus gros risque c'est quand même... C'est de ne pas être capable de poser les... Le bon diagnostic par rapport à un ensemble de signes cliniques, parce que la personne n'aura pas réussi à te donner les bons mots, ou toi t'aura pas réussi à traduire correctement et à poser les bonnes questions pour te faire comprendre. Et après sur un univers plus technique comme en réanimation, où la personne est... Est limitée par un facteur... Si elle est intubée admettons... C'est d'interpréter son ressenti et de ne pas être dans l'objectivité et dans... Dans l'expertise pure quoi. Voilà, je sais pas si je réponds à ta question ?

ESI: Si si si c'est super, si si ! C'est vrai que je... C'est pas des éléments auxquels j'avais pensé en premier mais ça répond complètement à ma question !

IDE: D'accord, parce que qu'est ce qui ne... Que ce que... A quoi tu n'avais pas pensé ? Par rapport au domaine technique ? Au...

ESI: ... Oui notamment par rapport au domaine technique oui...

IDE: Ouais, alors le domaine technique, il est souvent frustrant parce que, alors tu l'a peut-être vu pendant les 6 semaines mais souvent tu va avoir une personne qui commence à se réveiller et qui vont être dans un entre deux pendant quelques jours... qui seront toujours intubées et qui ont toute leur tête... Ou alors il y a d'autres pathologies qui vont... Qui peuvent expliquer ce tableau là comme... Des problèmes neurologiques, des défaillances, des personnes qui ont un... Enfin pas jusqu'au Locking in Syndrome mais... Des personnes qui vont avoir des abolitions neurologiques qui les empêchent de... De... De communiquer, alors donc tu peux pas utiliser les moyens standard qu'on utilise... À savoir les lettres ou l'écrit ou la vision, parce qu'en fait, c'est moins interactif, donc tu n'a plus que les... Les interprétations des mimiques du visage... Donc ça c'est plus compliqué. C'est quand même beaucoup plus limitant, c'est quand même beaucoup plus limitant... Mais je trouve que parfois tu... Enfin tu verras avec l'expérience que... Mais y'a quelque chose d'assez universel dans l'interprétation des mimiques du visage, et quelque soit la culture.... *(rire)* Y'a quand même des choses qu'on retrouve !

ESI: Ok, alors... Bon je rebondis sur tout ce que tu as dit et je te pose la cinquième question qui est comment tu appréhendes de prendre en soin un patient qui ne parle pas la même langue que toi ? Quelles sont les pensées et les émotions qui peuvent te traverser face à cette idée ?

IDE: Alors... Quand c'est une personne qui parle Anglais, je me dis, le challenge ça va être que je sois à la hauteur ! (*rire*) C'est pas toujours facile... Parce que moi je parle Anglais comme.... C'est pas très "fluently".... Je parle pas Anglais tous les jours donc... J'essaye de bricoler donc... Notamment avec les contraintes d'environnement, il faut expliquer au patient... Essayé de bien comprendre ce qu'il me dit... Ensuite par rapport à d'autres langues, la question ça va être comment je vais rapidement trouver une solution pour... Pour communiquer avec la personne. Parfois je sais que ça va pas être évident, je vais pas avoir d'interprètes... Tralelho ou Google traduction va pas mettre d'un recours énorme puisque... La personne est pas capable de lire ou voilà y'a trop de contraintes techniques... donc... Je vais envisager d'autres solutions... Je vais plus me tourner vers le côté relationnel.... Je vais ajuster mais c'est vrai que la.... La relation de... De communication, elle est un petit peu... Elle est un peu faible... Ça peut... Ça peut quand même entraîner beaucoup de frustration... Voilà les premières heures c'est... On essaye de comprendre... Les relais vont peut-être parfois se découvrir dans la journée avec la famille qui arrive et là en fait c'est un soutien très majeur qui permet justement de... D'éclairer les zones d'ombres que j'ai pas pu expliquer dans la matinée par exemple. Donc ça c'est dans le meilleur des cas... Quand les familles appellent le matin, souvent je leur dis est-ce que vous pouvez venir parce que... Est ce que vous connaissez quelqu'un qui puisse faire le... Le... Faire office de traduction en fait ! C'est aussi le cas dans le... Les situations avec des personnes qui parlent arabe... Voilà, surtout des personnes âgées qui... Qui font que parler arabe... Là aussi on est un peu pris de court. Donc voilà, après quelles pensées je vais avoir ?... Pour moi c'est... Y'a plusieurs choses qui s'entrechoquent je me dis tiens c'est intéressant... Tiens, quelle est l'histoire de vie des personnes... Tout simplement, tiens c'est une personne d'une... D'une autre langue, d'une autre culture, dans quel pays, dans quel contexte social et.... Mais c'est aussi un peu de... Un peu de stress parce que je... Je sais que je risque de passer à côté de certaines choses, notamment sur la surveillance clinique et sur la compréhension... Voilà, c'est pour ça que je trouve que le meilleur soutien c'est quand même une personne qui... Qui est du service... Après c'est plus rare, mais c'est toujours utile d'utiliser la famille... La famille ou une personne de l'entourage qui puisse faire interprète

ESI: Ok d'accord. Du coup, justement, avec tous les outils que tu as cités, toi vers lequel tu te tournes en première intention ?... Est ce que tu es satisfait de la qualité des échanges que tu peux entretenir grâce à l'utilisation de cet outil ? Et quelles en sont selon toi un peu les limites ?

IDE: *(rire)* La question elle est pas facile... Dans le sens où j'ai pas de... Je vais répondre à côté de la plaque...*(rire)* Je suis désolé *(rire)*

ESI: Non non non t'inquiètes pas

IDE: Je pense pas que j'ai un outil fétiche, enfin pour moi y'a pas un outil... Référent... Si je te dis tiens y'a Tralho ou Google traduction... Il va pas fonctionner tout le temps, il va pas offrir... Il peut être très bien quand t'as une personne valide en face de toi, ou qui est à peu près valide et qui permet... et qui a la capacité d'échanger ! Maintenant, quand on commence à rentrer dans le détail des contraintes techniques alentour... La personne c'est c'est... C'est plus compliqué, ou chez une personne qui se dégrade sur le plan neurologique ou une personne qui a un glasgow qui... Qui est un peu... Attenué ! Et puis y'a le contexte de... D'anxiété et d'angoisse du patient qui... Quelque soit sa culture ou sa langue en faite... En fait elle va s'exprimer différemment... Donc je te dirai qu'en première intention... Je vais essayer par la posture, donc en mettant un peu de... En cherchant... En essayant déjà de parler un peu Anglais déjà, en essayant de rentrer un peu en communication non verbale avec les... Des mimes, l'expression des visages, l'interprétation de l'expression des visages et des signes... Les mimes c'est à dire que c'est quand même un langage qui est quand même assez universel... En général pour des choses qui sont assez basiques on se comprend ! Mimer la douleur... Si... Tu, tu.. T'arrives à échanger à peu près avec la personne. Après c'est... Trouver un interprète ou une ressource familiale qui puisse faire le relais avec nous, ça c'est... Parce que le... Tralho parfois ou Google traduction... C'est... Tu, tu... On va rester sur des génériques qui sont pas adaptés à la réa, voilà, c'est juste ça que je voulais dire, voilà. Si j'étais au urgences ça serait peut être plus facile avec un contexte plus... plus différent !

ESI: Ok. Donc du coup t'as déjà un peu répondu à la question que je voulais te poser après, c'était les moyens que tu pourrais proposer pour faciliter les échanges avec les patients qui n'utilisent pas la même langue que toi ? Donc c'est vrai que du coup tu parlais de... La ressource que pouvait représenter un peu la famille...

IDE: ... Oui, oui...

ESI: ... Vas-y je te laisse si tu en as d'autres...

IDE: ... Est ce qu'il y a d'autres... Alors parfois tu vas avoir des personnes qui vont... Un petit support, un livret, donc il vont avoir un petit dico, donc ça c'est un... Un soutien intéressant parce qu'en fait... C'est comme... C'est comme sur un portable en l'utilisant, sauf que t'as des personnes de générations différentes qui vont peut-être te proposer l'utilisation de cette solution là, donc ça peut être une... Le fait de... Pouvoir poser par écrit sur des... Sur des représentations ou... Bon c'est arrivé aussi mais c'est assez rare mais euh des personnes qui vont... Qui vont schématiser ou... Donner un mot dans leur langue... Voilà, à moi de l'interpréter, donc après je vais chercher sur... Sur un serveur... Ca veut dire qu'en fait il faut utiliser le... C'est pas la pancarte mais... Tu, tu vois ce dont je parle ?... L'ardoise ! L'ardoise tout simplement ! L'ardoise comme support... Parfois dans l'équipe on va avoir quelqu'un qui parle un peu... Qui a quelques rudiments de la langue envisagée et... Sinon franchement dans le flux je trouve que le meilleur soutien c'est... C'est l'interprète qui est en relation avec le patient ou la... Le membre de la famille. Parce qu'en fait y'a le problème de la relation de confiance, c'est à dire que si tu fais venir un interprète qui connais personne, enfin qui connais pas le patient en lui même, ça rend les choses plus compliqué... Nous on est déjà à essayer de tisser une relation de confiance, avec l'interprétation des mimiques, des signes, la proximité... En fait tu as... Tu, tu... On est un peu dans l'empathie quand même ! Et puis si tu amènes une tierce personne qui... C'est pas non plus un gage de réussite puisque... Il faut que la personne se sente en confiance pour se confier. C'est un peu plus compliqué. Donc si c'est un proche est présent, c'est plus facile je trouve !

ESI: Ok. Bon, ma dernière question, je vais te la poser quand même, même si en soit du coup, je connais déjà une partie de la réponse ! (*rire*) Alors, est-ce que tu connais l'outil Tralelho et donc si oui, comment l'as-tu découvert ? Et l'utilise tu quand tu es amené à prendre en soin une personne qui ne parle pas... Qui parle une autre langue ?

IDE: Alors... Alors je l'ai... Comment on a su ?... En fait y'a eu une information sur l'intranet sur ce... Sur cette application là !... Et après... Dans quelle mesure je l'ai mobilisée, alors j'ai pu la mobiliser pour des... Dans des contextes très particuliers, la personne était valide bien entendu, enfin voilà, non intubée et en capacité d'échanger avec... C'était du bulgare il me semble, dans mes souvenirs et du grec, voilà... Et ça permet quand même de... De faire un recueil de données... Assez rapide sur

les points essentiels que sont... La douleur, la compréhension du problème de santé... Des explications des soins principaux, et puis de rassurer la personne.

ESI: Ok, ok...

IDE: ... Voilà en gros... Après on a pas tout le temps la pratique parce que... Y'a une problématique de de... De temps ! Si t'es dans l'urgence tu vas moins le mettre en œuvre... Ou alors quand la personne se réveille, comme tu as pu le constater le... Dans quelle mesure il ou elle est capable d'interpréter et d'utiliser cet... Outil là... Tout dépend du degré de réveil et puis de la capacité à communiquer.

ESI: Ok ! Ok du coup j'ai terminé de te poser toutes les questions que j'avais à te poser, est ce que y'aurai des choses que tu aimerais ajouter ?

IDE: Je pense que j'ai dis beaucoup de choses... *(rire)* Non non... J'espère avoir pu répondre au mieux à toutes tes questions surtout

ESI: Oui c'était vraiment super ! Encore merci à toi d'avoir pris de ton temps pour faire cet entretien, je suis vraiment contente d'avoir pu échanger avec toi !

IDE: Aucun souci, c'était avec plaisir !

ESI: Il ne me reste plus qu'à te souhaiter une bonne soirée, et à bientôt !

IDE: Bonne soirée à toi aussi !

ANNEXE V: ENTRETIEN N°2

Karine (prénom d'emprunt) infirmière en Dermatologie

ESI: Est ce que tu peux rapidement te présenter en expliquant ton parcours professionnel ?

IDE: Très bien. Alors, je m'appelle Karine, je suis diplômée de 96 et en dermato depuis maintenant un peu plus de 10 ans. J'ai commencé ma carrière aux urgences à Caen, par chez moi, pour ensuite suivre mon conjoint sur Paris où j'ai travaillé dans un service de cardiologie puis de vasculaire, pour ensuite venir poser mes valises ici, en dermato.

ESI: D'accord ! Alors deuxième question, au cours de ton exercice professionnel, est-ce que tu as déjà eu des difficultés de communication avec un patient ? Si oui, lesquelles ?

IDE: Oui, bien évidemment ! Je dirais même que ça fait partie de notre quotidien ! Alors je dirais qu'elles sont de d'ordre différents. On est très régulièrement amené à prendre en soin des patients d'origine différentes, avec qui le dialogue peut-être plus ou moins difficile à construire... On essaye de s'adapter au mieux au patient, mais quand la barrière de la langue est trop importante c'est plus compliqué, comme par exemple quand le patient ne parle pas Anglais... On se retrouve en difficultés mais on trouve généralement assez rapidement une solution pour y palier et nous permettre de mieux comprendre le patient. Et on se fait mieux comprendre par la même occasion ! (rires) Donc voilà, c'est selon moi la principale difficulté à laquelle on est confronté. Après on peut également être amené à prendre en soin des patients qui sont dans l'incapacité de communiquer, avec un obstacle d'ordre plutôt technique je dirais. Par exemple quand on doit s'occuper d'un patient inconscient et sédaté, ou d'un patient avec un tube d'intubation.... Et puis y'a aussi des patients qui sont en incapacité de communiquer mais en lien avec leur pathologie.

ESI: Ok, mais du coup, est-ce que tu es régulièrement amenée à prendre en soin des patients qui utilisent une autre langue que la tienne ?

IDE: Comme je disais, oui ! Je pense que toutes les semaines, on a au moins un à deux patients étrangers dans le service. C'est souvent des personnes qui viennent d'Afghanistan ou des pays de l'est.... On finit par être habitué dans le service, donc on sait quoi mettre en œuvre pour s'adapter et les prendre en charge correctement !

ESI: Mais du coup, qu'est ce qui différencie la prise en soin d'un patient qui n'utilise pas la même langue que toi, de celle d'un patient qui parle français ?

IDE: Et bien déjà, la communication sera plus complexe. On se comprend moins facilement, et pour y parvenir ça nous demande un effort plus important comparativement à la prise en charge d'une personne française. Et encore, ça nous arrive de faire face à des problématiques de compréhension même avec des personnes qui utilisent la langue française, quand c'est du patois tu vois, ou une variante de la langue... une version régionale quoi. Mais c'est vrai que dans ce type de prise en charge, on a forcément un risque plus important de passer à côté d'éléments cliniques ou d'info que le patient essaye de nous transmettre mais qu'on ne comprend pas. Du coup c'est important de faire au mieux pour s'adapter à cette difficulté et de faire en sorte qu'elle n'engage pas la qualité de la prise en charge de la personne, parce que c'est pas parce qu'on comprend pas la personne qu'on ne doit pas lui prodiguer les mêmes soins qu'une autre personne. Donc on teste différentes façon de communiquer, par les dessins, les lettres, avec google traduction... On peut aussi utiliser les mimes ou les expressions du visage !

ESI: Mais justement, est ce que tu appréhendes ce genre de prise en soins, avec une personne qui ne parle pas la même langue que toi ? Quelles sont les pensées et émotions qui te traversent face à cette idée ?

IDE: C'est vrai qu'on ne se lance pas dans ce genre de prise en soin aussi facilement que pour une prise en soin "classique" ! On se sent moins serein je dirais, puisque comme je te disais, le risque de passer à côté d'un élément important est plus... important ! On ne peut pas y aller à la "one again", on est obligé de se préparer mentalement pour être sûr de poser les bonnes questions, pour n'oublier aucun élément clinique ou pouvant nous amener à poser un mauvais diagnostic. Ça peut être stressant pour le coup... On peut se sentir un peu frustré aussi ! C'est compliqué d'être face à quelqu'un sans être sûr de l'avoir bien compris mais aussi de s'être bien fait comprendre, ouais, c'est vraiment ça le truc le plus présent, la frustration.

ESI: Et pour peut-être moins appréhender ces prises en charge, comment est-ce que tu adaptes ta manière de communiquer et d'échanger avec le patient ?

IDE: Ah bah pour ça, on doit faire preuve de créativité et d'originalité ! (rires) Nan en vrai, comme je te disais, on utilise différentes techniques de communication, différents outils.... Jusqu'à trouver celui qui est plus adapté à la personne !

ESI: Justement, est ce que y'a un outil vers lequel tu te tournes en première intention ? Est ce que tu peux te dire satisfaite de la qualité des échanges que tu entretiens grâce à cet outil ? Quelles en sont les limites ?

IDE: Alors ce que je peux déjà dire c'est que y'a pas UN outil qu'on utilise d'office. On adapte l'outil à la personne, tu vois ? Par exemple, si tu es face à un patient qui ne parle pas français, tu ne communiquera pas de la même façon qu'avec un patient qui est sourd... Si le patient ne parle pas la même langue que nous, on va se tourner vers Google traduction ou Tralelho, mais dans la deuxième situation, si la difficulté est d'ordre... organique je dirai, on va plutôt jouer sur la gestuelle, les signes et les mimes... enfin tout ce qui touche au non verbal ! Ces outils facilitent les échanges avec la personne mais on ne pourra jamais être complètement sûr de ce qui a été compris, dans un sens comme dans l'autre.

ESI: Du coup je rebondis sur ta réponse pour ma prochaine question qui tourne autour des autres moyens que vous utilisez dans les services, autre que Google traduction et Tralelho pour faciliter ces échanges avec des patients qui n'utilisent pas la même langue que vous ?

IDE: C'est vrai que c'est souvent les mêmes techniques qui reviennent sur le tapis. Google traduction, Tralelho... On utilise aussi des carnets avec des images ou des lettres pour les patients conscients mais en incapacité de parler comme les patients avec une trachéo je sais pas si tu en a déjà rencontré ?

ESI: Oui, je vois complètement de quoi tu parles !

IDE: Après voilà, c'est les trucs que j'utilise le plus et que mes collègues utilisent aussi généralement, voilà. L'objectif premier c'est quand même d'éviter tout quiproquo ou incompréhension... Parce qu'après, on interprète et on ne se comprend plus... Enfin... On se retrouve dans des situations complexes qui peuvent facilement être évitées donc autant tout mettre en place pour !

ESI: Très bien, alors pour ma dernière question qui consistait à te demander si tu connaissais Tralelho et à laquelle tu as déjà répondu sur notre entretien, je voulais savoir comment tu l'avais découverte et si tu l'utilises régulièrement dans la prise en soin d'une personne qui parle une autre langue ?

IDE: C'est vrai que j'ai tendance à aller sur Google traduction dans un premier temps, mais plus pour une question d'habitude... Et puis je me souviens en cours de route de l'existence de Tralelho... C'est vrai que je pense que c'est une source plus fiable, et puis c'est plus facile d'utilisation pour nous vu que les questions traduites sont axées sur le domaine de la santé. Après si je devais donner un axe d'amélioration, je dirai que ce qui pourrait être intéressant et plutôt utile même (rires), c'est d'avoir un vocal ou une voix qui lit oralement les phrases en langue étrangères qu'on veut dire au patient, parce que quand la personne ne peut pas lire ou que l'écran d'ordinateur ne peut pas être déplacé devant elle, de lire une phrase en russe, en grecque ou en afghan, c'est une autre histoire hein (rires) ! On ne dira rien sur le fait qu'on écorche complètement les mots ou les accents (rires) !

ESI: C'est vrai que c'est un point sur lequel on a déjà discuté avec d'autres soignants, ça pourrait être intéressant de faire remonter ça, je ne sais pas comment, mais y'a vraiment un truc à faire pour faciliter encore plus les échanges dans une autre langue !

IDE: Je suis tout à fait d'accord avec toi (rires)

ESI: Bon bah en tous les cas, je te remercie de m'avoir donné un peu de ton temps pour répondre à mes questions, c'était vraiment très clair et super intéressant comme échange ! Merci beaucoup !

IDE: Oh mais je t'en prie, le plaisir était pour moi ! Bon courage pour la suite de ton mémoire et la fin de ta formation ! A bientôt !

ESI: Merci, à bientôt !

NOM : LAGARDÈRE

PRÉNOM : ANNABELLE

TITRE DU MÉMOIRE : PRENDRE SOIN AVEC LA BARRIÈRE DE LA LANGUE

Présentation synthétique du travail en **Anglais** :

Talking, exchanging, listening, communicating... So many concepts that are easy to access at first glance but which turn out to be a real challenge when used with people who use a different language from our own. In the healthcare sector, overcoming this barrier is essential to developing personalized care adapted to the patient.

This was in order to better understand and address this problematic, by looking at existing solutions to respond to it, that my initial question emerged: *"How does the language barrier impact nursing care?"*

The aim of this research is to define communication and care in order to understand the impact of the language barrier on nursing practice. It is through my readings, and the analysis of interviews with professionals in the field, that I was able to support my professional reflection and open myself to new questioning in relation to this subject that is so close to my heart.

Présentation synthétique du travail en **Français** :

Parler, échanger, écouter, communiquer... Tant de concepts de prime abord simple d'accès, s'avérant devenir un réel défi lorsque s'opèrent auprès de personnes utilisant une autre langue que la nôtre. Dans le milieu du soin, il est indispensable de dépasser cet obstacle afin de développer une prise en soin personnalisée et adaptée au patient. C'est afin de mieux comprendre et appréhender cette problématique, en s'intéressant aux solutions existantes pour y répondre, que s'est construite ma question de départ: *"En quoi la barrière de la langue impacte-elle la prise en soin infirmière ?"*

L'enjeu dans ce travail de recherche est de définir la communication et le prendre soin, afin de comprendre l'impact de la barrière de la langue sur l'exercice de la profession infirmière. C'est au travers mes lectures, et la mise en place d'entretiens avec des professionnels du terrain que j'ai ensuite analysé, qu'il m'a été possible d'étayer ma réflexion professionnelle, et de m'ouvrir à de nouveaux questionnement en lien avec ce sujet me tenant tant à cœur.

MOTS CLÉS : Communication - Caring - Language barrier - Adaptability

MOTS CLÉS : Communication - Prendre soin - Barrière de la langue - Adaptabilité

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

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

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019 - 2022