

Institut de Formation Public Varois

Des Professionnels de Santé

Site de Saint Raphaël

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travail de Fin d'Etudes

Promotion 2015-2018

UE 3.4 S6 « Initiation à la démarche de recherche »

UE 5.6 S6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles »

LA COMMUNICATION DANS LES SOINS AVEC UN PATIENT ETRANGER

Pauline VALETTO

Sous la direction professionnelle de Monsieur LORENZO Philippe, cadre formateur

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue durant les trois années de formation. Notamment l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de l'IFPVPS de Saint Raphaël et plus particulièrement Monsieur Lorenzo, mon référent pédagogique, qui a su me guider durant mon parcours et durant ce travail de fin d'étude.

Je remercie les tuteurs, les infirmiers et l'ensemble des équipes que j'ai pu rencontrer durant mes stages. Ils m'ont permis de me positionner davantage en tant que future professionnelle.

Je tiens également à remercier mes parents pour leur patience, leur encouragement durant ces années. Ils ont toujours su m'épauler dans les moments difficiles.

Mais aussi je remercie mes amis les plus poches, notamment Andrea, ma « binôme » de promotion avec qui s'est créée une réelle amitié.

Merci à mes camarades de promotion pour leurs soutiens, les moments de rires et de partages durant ces trois années.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. PROBLEMATIQUE	2
1.1 Situation d'appel.....	2
1.2 Compétence en lien avec la situation.....	3
1.3 Questionnement.....	3
1.4 Question de départ initiale.....	4
1.5 Etat des lieux : recherches documentaires.....	4
1.5.1 <i>Examen clinique, compétences infirmières</i>	5
1.5.2 <i>Le langage et la culture dans les soins</i>	7
1.5.3 <i>La barrière de la langue</i>	8
2. INTENTION DE RECHERCHE	9
2.1 Synthèse de l'état des lieux.....	9
2.2 Question centrale.....	10
3. CADRE DE REFERENCE	10
3.1 La relation de confiance.....	10
3.1.1 <i>La relation</i>	10
3.1.2 <i>La confiance</i>	11
3.2 La communication.....	12
3.2.1 <i>Définition et origine</i>	12
3.2.2 <i>La communication verbale</i>	13
3.2.3 <i>La communication non verbale</i>	14
3.3 Synthèse des concepts.....	16
3.4 Question de recherche.....	16
4. METHODE DE RECHERCHE	17
4.1 Choix de la méthode.....	17
4.2 Choix de l'outil.....	17

4.3 Choix de la population.....	18
4.4 Déroulement de l'enquête.....	18

CONCLUSION.....	20
------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1 : Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Annexe 2 : Lettre de demande d'autorisation à l'entretien

Annexe 3 : Guide d'entretien d'enquête

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, un travail de fin d'étude conclut les trois années. C'est ainsi l'opportunité de s'initier au travail de recherche sur un thème choisi. Durant ces trois années, j'ai pu effectuer de nombreux soins techniques dans des services de courte durée mais j'ai surtout pu développer des compétences relationnelles que je ne connaissais pas.

Actuellement, nous vivons dans un pays où la diversité culturelle est de plus en plus présente notamment dans les établissements de santé. La prise en soins de patients étrangers est devenue le quotidien des soignants. Ainsi, les structures hospitalières se doivent de respecter la législation notamment la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (Article L1110-3). Durant le premier stage de troisième année, j'ai été confrontée personnellement à la thématique de la barrière de la langue dans les soins dans un service d'Urgences. J'ai pu remarquer les difficultés du soignant à prendre en soin un patient non francophone principalement par le manque de communication entre le soignant et le soigné. Le manque de relation entre ces deux personnes peut entraîner des répercussions dans la continuité des soins. J'ai aussi constaté la complexité à établir un diagnostic auprès de patients de cultures différentes et parlant une langue étrangère. Ayant comme projet professionnel d'exercer dans un service d'Urgences, il m'a paru intéressant de traiter ce sujet. Dans une première partie, nous commencerons ce travail de recherche par une description de la situation interpellante suivi d'un questionnement qui nous orientera sur une question de départ provisoire. Nous exposerons les recherches sur l'examen clinique et les compétences de l'infirmière, sur le langage et la culture dans les soins puis sur les moyens utilisés pour pallier ce problème. Dans une seconde partie, nous présenterons l'intention de recherche qui sera l'objet de l'étude. Puis, dans une troisième partie, nous continuerons sur le cadre conceptuel de ce travail en développant les concepts de communication et de la relation de confiance. Ces deux concepts sont en lien, ils permettent au soignant et au soigné de créer un climat favorable pour la poursuite de la prise en charge. Par la suite, une problématique a été formulée et une question de recherche définitive a été posée.

Dans une dernière partie, nous définirons la méthode de recherche choisie en expliquant le choix de l'outil, de la population et le déroulement de l'enquête.

1. PROBLEMATIQUE

1.1 Situation d'appel

Pendant mon premier stage de troisième année que j'ai réalisé dans un service d'Urgences, j'ai été interpellée lors de la prise en soin de Monsieur G. Ce patient, âgé de 39 ans, est arrivé par le biais des pompiers pour malaise sans perte de connaissance, tremblement, hypothermie et nausées. Je demande à l'infirmière si je peux prendre en charge le patient, elle me répond favorablement. J'installe le patient dans la salle IOA afin de prendre tous les paramètres vitaux et je m'aperçois que ce patient ne parle pas français mais portugais et qu'il ne comprend ni l'anglais ni le français. J'en déduis à ce moment là que la prise en charge de ce patient allait être plus compliquée que prévu. Je commence à questionner le patient en essayant de bien articuler et en mimant. Je comprends qu'il a seulement mal à la tête et qu'il a froid. Aux premiers abords rien de trop inquiétant, le patient était accompagné d'un ami, ce dernier avait quelques bases en français et parlait portugais. Je décide de le faire entrer dans la salle IOA pour avoir plus de renseignements et pour qu'il essaye de faire les traductions entre le patient et moi même. J'ai demandé au « traducteur » de transmettre les questions que je souhaitais poser au patient. Cependant, son ami ne le connaissait que depuis peu et n'a pas su me donner d'informations supplémentaires. Je ne savais donc pas si le patient avait des antécédents médicaux ni s'il prenait un traitement particulier. J'ai remarqué que le patient avait des difficultés pour s'exprimer et qu'il commençait à s'agiter. J'ai continué tant bien que mal mon examen clinique. Après avoir éliminé le problème vagal, avec difficulté, j'ai décidé d'explorer le côté neurologique en examinant les pupilles du patient. Il m'a alors mimé qu'il voyait flou. Ces deux signes m'ont alors interpellés. Il y avait notamment une perte de sensibilité sur tout le côté gauche du corps, principalement au niveau du bras. J'ai alors pensé à un AVC. J'ai aussitôt informé l'urgentiste. Face à cette barrière de la langue, le médecin a souhaité appeler un service de neurologie dans le Var afin que le patient soit thrombolysé dans les plus bref délais. Malgré un examen clinique réussi, je me suis sentie frustrée de ne pas pouvoir communiquer directement avec le patient. Je l'ai senti totalement perdu et personne n'a pris le temps de lui expliquer la suite de la prise en charge. Ce patient n'a eu aucune explication sur la suite de son hospitalisation et je n'ai pas réussi à créer un lien avec lui.

1.2 Compétence en lien avec la situation

La situation d'appel concerne la compétence numéro 6.

Compétence 6 : « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ».

Plus particulièrement ces items :

1. *Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne.*
2. *Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication.*
3. *Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique.*
4. *Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées.*

1.3 Questionnement

Lors de ma situation je me suis sentie frustrée de ne pas avoir été en capacité de communiquer avec le patient. **Si le patient avait pu communiquer la situation se serait-elle passé différemment ? Aurai-je été plus rapide pour déceler les signes ?** Car malgré ce manque de communication j'ai été en capacité de reconnaître les signes cliniques et faire le lien avec l'AVC. Cependant, il me manquait certaines informations pour me permettre d'établir un recueil de données plus précis. **Comment peut-on réussir l'examen clinique d'un patient étranger ?** Malgré la présence de son ami, je ne possédais pas les outils pour dépasser cette barrière de la langue et poursuivre l'examen. **Quels peuvent être les moyens utilisés à l'hôpital pour pallier à ce problème ? La communication est-elle un frein pour prendre en charge un patient d'origine différente ?** En l'absence de communication avec le patient, quand le soignant ne maîtrise pas sa langue, il peut aussi y avoir des répercussions sur sa santé. **La culture joue-t-elle un rôle dans la continuité des soins ?** Dans la prise en soin d'un patient étranger la culture est un élément à prendre en compte. C'est par le biais de la

communication que nous sommes en mesure d'intégrer la culture du patient dans le soin afin de pouvoir adopter une posture professionnelle adaptée. **Quelle posture professionnelle doit adopter le soignant pour aborder un patient étranger ?** Je n'ai pas réussi à trouver la posture professionnelle la mieux adaptée afin de créer un lien avec le patient. De ce fait je n'ai pas réussi à établir une relation de confiance avec lui. **Est-il possible d'instaurer une relation de confiance avec un patient étranger ?** Cette relation de confiance est un facteur important dans la relation soignant-soigné.

1.4 Question de départ initiale

Ce questionnaire m'a amené à m'interroger sur la relation soignant-soigné en présence de la barrière de la langue. Je suis donc parvenue à la question de départ suivante :

En quoi la barrière de la langue influe sur la relation soignant-soigné lors d'une prise en soins d'un patient étranger aux Urgences?

1.5 Etat des lieux : recherches documentaires

Lors de mon stage aux Urgences, j'ai été de nombreuses fois confrontée à des patients étrangers dont la barrière de la langue était un obstacle à la prise en soins. Dans ma situation, grâce à mes compétences cliniques et à mon sens de l'observation, j'ai réussi à déceler les signes essentiels pour continuer la prise en charge du patient. Cependant, j'ai du prendre beaucoup plus de temps pour comprendre le patient, malgré l'aide du « traducteur ». Je n'ai pas pu poursuivre le recueil de données afin de mieux connaître son histoire de vie et ses antécédents. Cette difficulté de communication ne m'a pas permis d'établir un lien avec lui et de ce fait, instaurer une relation de confiance.

C'est pourquoi, j'ai décidé de poursuivre mes recherches au travers d'un état des lieux en lien avec ma question de départ. Dans un premier temps, j'orienterai mes recherches sur l'examen clinique et les compétences cliniques de l'infirmière. Dans un second temps, je poursuivrai par le langage et la culture dans les soins avec un patient étranger. Dans un dernier temps, j'aborderai la barrière de la langue.

1.5.1 Examen clinique, compétences infirmières

Tout d'abord, il convient que l'on définisse l'examen clinique. Selon Phaneuf (2008), « *le jugement clinique est une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées ; il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire* ». Tandis que pour Fonteyn et Ritter (2008), « *le raisonnement clinique des infirmières peut être défini comme les processus cognitifs et les stratégies utilisées pour comprendre la signification des problèmes de santé des patients, prendre des décisions cliniques éclairées, résoudre des problèmes et obtenir les résultats attendus* ». Enfin, pour Harris (1993) « *le raisonnement clinique est les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les mesures les plus appropriées dans un contexte précis de résolution de problèmes* ». Nous remarquons qu'il peut y avoir différentes appellations du jugement clinique. Cependant, ces définitions s'accordent à dire qu'il s'agit d'un processus. C'est au travers de ce processus que l'infirmière va être en capacité de donner un diagnostic afin de prendre des décisions et réaliser les soins adaptés. L'examen clinique progresse grâce aux données observées et obtenues. Il peut arriver que l'infirmier manque d'éléments. C'est pourquoi, pour compléter son recueil de données, l'infirmière cherche à obtenir les renseignements nécessaires auprès du patient en lui posant les bonnes questions. Elle peut, si nécessaire, utiliser d'autres formulations pour faire préciser une réponse imprécise. Lorsque le questionnement ne suffit pas, elle peut porter attention aux indices de la communication non verbale.

Selon les théories des chercheurs, le problème de santé, au travers des éléments observables ou des plaintes d'un patient, va susciter chez le soignant la formulation d'hypothèses. Ces hypothèses s'établissent de deux manières. Dans la première, les hypothèses sont dites « **Automatiques** », aussi appelée « *intuition* » dans la littérature sur le raisonnement clinique infirmier (Tanner, 2006). Ces hypothèses automatiques se construisent à l'aide des expériences antérieures. L'infirmier reconnaît une configuration caractéristique de signes ou une situation clinique qu'il a déjà vue. Dans la seconde, les hypothèses sont dites « **Analytiques** ». Elles sont définies par un processus d'analyse du problème et par la vérification systématique des hypothèses à l'aide d'un recueil de données.

La construction de ces hypothèses nécessite que le soignant possède les connaissances nécessaires. Les auteurs qui s'intéressent au raisonnement clinique infirmier définissent trois

types de connaissances. Les premières sont les « *les connaissances théoriques* ». Ces connaissances sont basées sur les données scientifiques communes à tous les membres de la profession. Ensuite il y a « *les connaissances issues de l'expérience* ». Ces dernières sont tributaires de l'exposition clinique et varient d'un groupe d'infirmiers à l'autre. Enfin on retrouve « *les connaissances individuelles* » qui sont liées à la compréhension des personnes, de leurs valeurs, de leurs particularités. (Tanner, 2006). Selon Norman, Charlin, Elstein et Schwartz, « *c'est l'organisation de ces connaissances qui permet un raisonnement clinique efficace et performant* ».

O'Neil et al. (2005), vont plus loin en précisant que « *la prise de décision clinique est donc multidimensionnelle, et au delà de leurs connaissances, les infirmières ont besoin de compétences judicieuses et avancées pour comprendre les problèmes cliniques et prendre des décisions précises et efficaces afin de bien répondre aux besoins du patient* ». Nous voyons que les connaissances ne suffisent pas dans l'examen clinique. Il est nécessaire pour l'infirmier de posséder les compétences adaptées à chaque situation. Le *Nursing Executive Center* propose une liste de compétences que les infirmières doivent maîtriser pour réussir chacune des étapes de la prise de décision. Ces étapes sont :

La reconnaissance du problème qui comprend l'anticipation et la reconnaissance des signes de détérioration.

La prise de décision clinique, dont la formulation d'hypothèses, la prise en compte des impacts possibles de la décision et l'intégration des principes directeurs des protocoles.

La priorisation, entre autres l'urgence, la séquence des soins et le partage des tâches.

L'application clinique, soit la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers ou d'un plan thérapeutique infirmier scientifiquement rigoureux qui répondent aux besoins du client et de la communauté.

La réflexion qui prévoit la remise en question des pratiques, l'application des nouvelles connaissances, le retour sur les « erreurs » et le partage des expériences.

De ce fait, une étudiante infirmière acquiert, lors de sa formation et des stages qu'elle réalise, une base de connaissances et les compétences nécessaires à l'examen clinique. Cependant, la confrontation à une situation clinique avec un patient étranger peut s'avérer difficile. En effet,

elle nécessite une réorganisation de ses connaissances et nécessite de solliciter des compétences supplémentaires face à la barrière de la langue notamment dans le cadre de la communication. Car la communication est un élément essentiel dans l'élaboration de l'examen clinique. Ainsi, la langue et la culture du patient jouent un rôle essentiel dans la prise en soin et la continuité de celle-ci. C'est pourquoi nous allons aborder le langage et la culture dans les soins.

1.5.2 *Le langage et la culture dans les soins*

Dans notre profession, nous sommes de plus en plus confrontés à prendre en charge des patients de cultures différentes. Face à cette diversité de population, l'infirmier a certains devoirs dans l'exercice de son métier. En effet, l'article R4312-25 du Code de la Santé Publique relatif aux règles professionnelles stipule que « *l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quelque soit son origine, son sexe, son âge, son appartenance, son handicap* ». En temps que soignants, nous devons nous adapter à chaque personne, chaque religion et chaque langue. Selon Marie Rose Moro, « *il est important de prendre en compte la langue maternelle des patients et de leurs enfants dans les dispositifs d'accueil et de soins. Elle est un outil de partage d'informations et d'expression de nos émotions* ». Dans notre société européenne multiculturelle, la question de la diversité culturelle interroge la psychothérapie depuis plus d'une trentaine d'années en Europe, au Canada et aux Etats Unis, notamment sur la question de l'impact des représentations culturelles sur la théorie et la pratique des soignants.

La diversité des cultures conduit à une certaine complexité. Puisque dans certaines langues les termes et les concepts que l'on peut emprunter ne se traduisent pas de la même façon en fonction de la manière dont ils sont employés. Par exemple, le mot « supporter » n'a pas les mêmes nuances et ne fait pas appel aux mêmes références culturelles ni aux mêmes images. Selon Leininger (1991), « *La culture est le partage et la transmission des valeurs, des croyances, des normes et des modes de vie d'un groupe particulier qui guide leurs pensées, leurs décisions et leurs actions* ». Tandis que en 1871, E.B. Taylor propose la première définition dans son livre *Primitive culture* : « *ce tout complexe comprenant les sciences, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes et les autres facultés et habitudes acquises par l'homme dans l'état social.* » Nous pouvons constater l'importance de prendre

en compte la culture des patients dans les soins. Cela permet au soignant de développer des compétences dans l'inter-culturalité.

La culture peut se reconnaître dans la pratique d'une religion. Elle peut imposer des devoirs au patient qui ne sont pas compatibles avec l'hospitalisation ou la prise en soins que souhaite réaliser l'équipe soignante. Souvent, ces attaches culturelles amènent le patient à avoir des attitudes ou des comportements qui ne sont pas toujours compris et sont interprétés par le personnel soignant comme « étranges ». En effet, l'écart peut être grand entre la culture du soignant et du soigné. Les interactions à l'hôpital sont considérées comme « asymétriques ».

La langue est également une composante culturelle. Lorsqu'elle est différente à celle utilisée par les soignants, elle peut complexifier la prise en soins. Cette barrière de la langue peut générer des angoisses chez le patient car il ne comprend pas la prise en soins qui est réalisée en plus de se trouver dans un univers inconnu tel que dans ma situation interpellante. Il nous semble donc important de développer la barrière de la langue

1.5.3 *La barrière de la langue*

En 2005, au Québec, 43 308 personnes ont été accueillies dont 24,1% ne parlaient ni français, ni anglais à leur arrivée. Selon Sarah Bowen, « *il a été démontré que les barrières linguistiques ont des effets négatifs sur l'accès aux soins, sur la qualité des soins, sur le droit des patients, sur le degré de satisfaction et surtout sur les résultats des traitements donnés au patient* ». Afin de pallier à ces inégalités et d'améliorer la qualité des soins avec des personnes étrangères, l'équipe soignante peut bénéficier dans les hôpitaux d'interprètes.

Dans l'article de Bilkis Vissandjée et Sophie Dupère, les professionnels de santé peuvent avoir recours à des « *interprètes informels* » tels que les amis ou les membres de la famille. C'est la solution la plus facile, la plus rapide et la moins coûteuse. Cependant l'utilisation de ces interprètes comporte des limites puisque ces personnes n'ont pas l'habitude de réaliser des traductions précises et ne connaissent pas les termes médicaux. Les traductions peuvent être altérées et nous sommes incapables de vérifier l'exactitude des propos. De plus, une autre limite vient s'ajouter, celle du secret professionnel et de la confidentialité que nous sommes tenus de respecter. Le recours aux professionnels de l'hôpital est peu utilisé car il est limité par la disponibilité du personnel soignant. Cependant il permettrait de préserver la confidentialité lors des traductions. D'après Gany Thiel de Bocanegra, il faudrait permettre

aux soignants d'être formés sur le travail d'interprétariat mais ces formations ont un coût et cela retirerait ces personnes de leurs tâches habituelles.

La situation qui semble la plus adaptée serait d'avoir recours à un interprète officiel puisque ce dernier bénéficie, lors de sa formation, de cours sur le domaine de la santé avec des termes médicaux. A Montréal, une Banque inter-régionale d'interprètes a été créée. Cette dernière met à disposition 82 professionnels et offre des services dans 50 langues différentes. Les interprètes officiels permettent aux patients de se confier plus facilement et d'être rassurés.

Cependant, cette institution n'est pas suffisamment utilisée par les hôpitaux québécois. On observe beaucoup de réticences à utiliser ces services car les démarches sont souvent compliquées et le coût est élevé. De plus, il existe des préjugés défavorables et parfois la présence d'un observateur n'est pas souhaitée. Les soins de santé aux allophones gagneraient en qualité et en accessibilité si les interprètes professionnels étaient plus souvent utilisés. Dans le revue de Santé Publique, il est expliqué qu'en Suisse, trois solutions ont été proposées aux soignants : un interprète, un glossaire et un service téléphonique. Le glossaire permettrait d'être utilisé en situation d'urgence avec des termes phonétiques dans différentes langues et avec des dessins et des symboles. Tandis que le service téléphonique serait utilisé comme permanence à distance. Cette enquête a confirmé que l'interprète serait beaucoup plus utilisé dans 4 cas sur 10 comparé au service téléphonique. Nous remarquons que des moyens existent pour pouvoir communiquer avec les patients étrangers afin de faciliter l'échange d'informations.

2. INTENTION DE RECHERCHE

2.1 Synthèse de l'état des lieux

Suite à cet état des lieux, nous avons pu remarquer que l'examen clinique est l'élément essentiel pour une bonne prise en charge des patients aux Urgences. Il est réalisé grâce aux connaissances et aux compétences que l'infirmière a acquis durant sa formation et lors de l'exercice de la profession. Cet examen clinique se construit à l'aide d'hypothèses établies en lien avec un recueil de données sur le plan clinique et grâce à une communication avec le patient. Lorsque l'examen clinique concerne un patient étranger, l'infirmière se retrouve confrontée à la barrière de la langue et l'examen clinique devient complexe. Dans cette prise

en soin, l'infirmière doit prendre en compte la culture et les croyances du patient. Cependant, la culture du patient n'est pas toujours en adéquation avec notre propre culture et elle peut générer des difficultés dans la réalisation des soins et dans la communication. Certains moyens existent pour favoriser la communication avec le patient afin d'échanger des informations. De plus, dans la prise en soin d'un patient il est essentiel de pouvoir instaurer une relation de confiance afin de permettre un échange sincère et de ce fait limiter l'anxiété qui pourrait apparaître. **Nous souhaiterons donc identifier les éléments de la communication et comprendre son influence dans l'instauration d'une relation de confiance.**

C'est pourquoi dans la troisième partie nous poursuivrons nos recherches autour de plusieurs concepts. Dans un premier temps nous développerons le concept de relation de confiance puis dans un second temps nous aborderons le concept de communication.

2.2 Question centrale

Au regard de notre état des lieux et de notre intention de recherche la question de recherche serait la suivante :

Dans quelles mesures la communication favorise-t-elle l'instauration d'une relation de confiance lors d'une prise en soins avec un patient de culture différente ?

3. CADRE DE REFERENCE

3.1 La relation de confiance

3.1.1 La relation

La relation fait partie intégrante de notre prise en soins. En effet, pour prendre en soin un patient, le soignant entre en relation avec lui. WATZLAWICK a défini deux types de relations : les relations symétriques et les relations complémentaires. Les **relations symétriques** se basent sur une égalité. Les deux personnes sont de pairs et se trouvent au même niveau hiérarchique. Cependant, il s'avère que ce type de relation reste toutefois

instable. En effet, les protagonistes auront tendance à vouloir être « *un peu plus égal à l'autre* ». Ainsi, le véritable enjeu dans cette relation est d'avoir le pouvoir, d'avoir raison, et d'être « *au dessus de l'autre* ». Les **relations complémentaires** se basent sur une différence hiérarchique. L'un se trouve en « *position haute* », l'autre en « *position basse* ». Contrairement aux relations symétriques, ce sont des relations stables qui perdurent dans le temps. Dans une relation de soins, nous retrouvons les deux types de relations. En effet en premier lieu une relation complémentaire va s'établir en rapport avec le statut de patient et de soignant. Toutefois, lors de la prise en soins, le soignant va chercher à rétablir une relation plus symétrique afin de ne pas être dans une position de « *toute puissance* ». Cette relation soignant soigné va permettre d'instaurer au fur et à mesure une relation de confiance qui s'inscrit dans une alliance thérapeutique.

3.1.2 *La confiance*

Au sens strict du terme, la confiance renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe « *confier* » (du latin *confidere* : *cum*, « avec » et *fidere* « fier ») signifie, en effet, qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. La confiance peut être définie comme « *l'acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre* ». Selon Arrow (1974) « *la confiance est un mode de coordination des activités économiques et sociales, un lubrifiant de relations sociales* ». Il met en lumière l'importance de la confiance qu'il qualifie « *d'institution invisible* ». Granovetter 1985, définit la confiance « *comme un phénomène inter et intra institutionnel et comme objet que l'individu suppose quant au fonctionnement des institutions* ». L. Zucker définit trois formes de confiance en fonction de leur mode de production : la confiance en fonction de la personne, la confiance relationnelle et la confiance institutionnelle.

Selon MANOUKIAN.A, « *la véritable relation se construit à travers des échanges personnalisés* ». C'est pourquoi pour créer une relation de confiance il est important d'instaurer un climat de confiance mutuel. Il est primordial de donner l'occasion au patient de nous faire confiance, de se confier à nous. Dans un premier temps, il faut que le soignant adhère au patient et à sa famille. On parle de notion d'affiliation. Selon MINUCHIN, « *c'est un processus auquel le soignant tisse le lien indispensable à la construction de la relation* ».

Pour s'imprégner de la situation, l'infirmier doit mettre de côté ses propres représentations. Il doit respecter les valeurs, les choix et la culture du patient ou de la famille même si elles ne correspondent pas à ses propres valeurs. Le non jugement et la neutralité sont primordiaux. Manoukian (2014), l'explique en disant que « *le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit* ». Le respect doit également concerner les choix antérieurs du patient même s'ils représentent un obstacle pour la résolution des problèmes de santé. Les choix peuvent être importants pour lui et pour son évolution psychique.

De plus, il est important que le professionnel fasse preuve d'empathie à l'égard du patient, qu'il soit sincère dans ses propos et dans les sentiments qu'il manifeste. En effet, selon Luc Isebaert, M.C. Cabié, 1997 « *L'empathie comprend (...) deux pôles : un pôle perceptif où le thérapeute utilise sa sensibilité, et un pôle actif où il exprime et montre clairement ce qu'il a ressenti* ». Il est donc important, dans la construction de cette relation de confiance, que le soignant montre et exprime son ressenti au patient. Le patient sera plus enclin à donner plus facilement sa confiance envers le soignant. Car c'est au travers d'une communication basée sur cette sincérité que le patient pourra se sentir rassuré, compris, écouté et respecté. Nous pouvons remarquer que la communication est un élément essentiel dans la construction d'une relation de confiance. C'est pourquoi nous allons poursuivre ces recherches en abordant le concept de communication.

3.2 La communication

3.2.1 Définition et origine

Afin de pouvoir aborder le concept de communication il semble judicieux d'en déterminer l'origine. Le mot « communication » provient du verbe latin « *communicare* » qui veut dire « *partager avec quelqu'un, mettre en commun* ». Selon le dictionnaire Larousse la communication est « *l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui : échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ». La communication est une mise en relation de deux individus qui vont se découvrir. Dans le contexte de la rencontre elle même, la communication va jouer sur le processus relationnel. Afin de réaliser une approche complète de la communication en situation de soins, il est important de pouvoir se donner quelques repères

Pendant longtemps le terme de communication n'était appliqué qu'aux seuls moyens et voies de transport. À partir des années 1920, l'essor des médias introduit la notion de communication « de masse » qui est placée au centre d'un grand débat sur la culture et l'ère de la civilisation industrielle. Puis en 1960, la communication prend des répercussions différentes avec le développement des technologies informatiques et électroniques. Depuis les années 1970, la notion de communication a été largement étudiée et conceptualisée. Trois auteurs introduisent le modèle de la communication. Wiener instaure le terme de « *cybernétique* » qui est la science du contrôle et des communications dans l'homme, l'animal et la machine. « *Ces échanges constituent une communication, à laquelle les éléments réagissent en changeant d'état ou en modifiant leur action. La communication, le signal, l'information, et la rétroaction sont des notions centrales de la cybernétique* ». Dans sa conceptualisation il introduit la notion de feedback. Il distingue 2 types de feedback : le « *feedback positif* » et « *feedback négatif* ». Shannon s'interroge sur les fondements des théories de la communication dont le « bruit » est le premier **facteur perturbant de la transmission**. Weaver complète le schéma purement technique de Shannon en y introduisant un récepteur sémantique entre le récepteur et le destinataire qui permettra de rendre compte de **phénomènes de perturbations** ou de changement de signification. En lien avec ces conceptualisations, nous pouvons constater que dans notre situation la barrière de la langue est un élément perturbateur à la communication verbale. Il n'y a donc pas de feedback possible car la transmission d'information est perturbée.

Cependant la communication ne se limite pas à une communication verbale. Catherine LEPAIN va plus loin et définit la communication comme « *un processus continu par lequel une personne (émetteur) peut agir sur une autre (récepteur) par un comportement verbal et non-verbal. Elle comporte plusieurs informations qui constituent le message à transmettre* ». Nous constatons que lors d'une communication, le message peut être transmis de deux manières : verbale ou non verbale.

3.2.2 *La communication verbale*

Selon Pirandello 1970, « *les mots entraînent l'interprétation et agissent sur les relations* ». En effet la perception d'un mot sera différente selon notre culture ou selon les régions dans un même pays. Il pourra donc favoriser la relation ou avoir l'effet contraire. Cependant, Albert

Mehrabian (1967), psychologue, montre que l'importance de la communication verbale est minoritaire lors d'un échange. Pour ce faire il établit la règle des 3V dans laquelle il affirme que 7 % de la communication est verbale (par la signification des mots), 38 % de la communication est vocale (intonation et son de la voix) et 55 % de la communication est visuelle (expressions du visage et du langage corporel). La communication non verbale occupe une place importante dans un échange entre deux personnes.

3.2.3 *La communication non verbale*

D'après Catherine DE LAVERGNE, « *la communication non verbale correspond à l'expression du visage et aux postures du corps que l'on adopte : c'est le langage du corps* ». Le langage non verbal est pré-conscient pour celui qui l'exprime mais perceptible pour les autres. Aussi appelée communication analogique, les communications englobent « *posture, gestuelle, mimique, inflexions de voix, succession, rythme et intonation des mots* ». La communication non verbale est utilisée dans le monde entier, elle permet d'échanger avec des populations différentes et « *exprime les émotions, les sentiments et les valeurs* » C. TERRIER.

Dans la communication non verbale, il en existe différentes formes, on retrouve :

La kinésique : L'étude de la communication par les mouvements. Initiée par Ray Birdwhistell, il évoque que celle-ci « *n'est pas représentative ou expressive, elle est un système plus large et culturel* ». Pour cet auteur, le non verbal est plus honnête que le verbal, en effet il ne faut pas comparer la parole au corps mais concevoir le comportement global de l'individu comme un « *courant communicationnel* ». Les gestes ont une influence sur la communication.

La haptique : C'est la science du toucher. C'est l'un des premiers modes de communication de l'être humain et c'est aussi la façon la plus forte qu'il soit. Mais le toucher est un sens « *réci-proque* » : on ne peut pas toucher sans être touché et il est intime parce qu'il se situe dans la distance la plus intime de l'individu. C'est un moyen plus délicat d'entrer en communication avec la personne. La signification que l'on accorde au toucher, dépend du vécu de chacun, de son éducation, et tout contact éveille des émotions, des sentiments positifs ou négatifs : le toucher est donc le

messenger de tout un vécu psychologique, émotionnel et spirituel. « *Ce qu'il y a de plus profond chez l'homme, c'est la peau* » souligne Paul Valéry.

La proxémique : Etudie la gestion par l'individu de son espace et des distances entre personnes dans les processus de communication. Etudié par Edward Hall. Il souligne que « *notre façon d'occuper l'espace en présence d'autrui est un des marqueurs de l'identité* ». En effet, notre proximité spatiale est différente selon notre culture. Il en dégage quatre formes de distances : intime, sociale, personnelle et publique.

L'expression faciale : Le visage est la partie du corps que l'on regarde en premier quand on communique avec une personne. Pour certains chercheurs, les modèles d'expressions humaines sont considérés comme universels, identiques à la base. Mais pour Paul Ekman, il y a des différences selon les cultures des personnes. Ekman et Friesen vont concevoir le Facial Action Coding System (FACS) qui permettra de décomposer les expressions des muscles du visage et permette de reconnaître les 6 émotions essentielles dans toutes les cultures sur la terre.

L'apparence : La tenue vestimentaire, principalement la blouse blanche uniformise les apparences. A travers celle ci, nous pouvons renvoyer des messages notamment sur notre culture, nos principes, notre statut social.

Ces différentes formes de communications non verbales peuvent être un moyen de communiquer avec une autre culture. En effet, selon DELGADO (1983) la communication et la culture sont étroitement imbriquées. La communication est le moyen par lequel la culture est transmise et préservée. D'autre part, la culture a une influence sur la manière dont les sentiments sont exprimés et sur le genre d'expressions verbales et non verbales autorisées.

En ce sens il est important pour le soignant de choisir la forme de communication la plus adapté lors de la prise en soin d'un patient étranger. Face à la barrière de la langue, cette communication permettra d'instaurer un premier contact avec la personne. Il sera ensuite possible d'introduire une relation de confiance avec le patient afin de limiter son anxiété et lui permettre mieux vivre la prise en soins.

3.3 Synthèse des concepts

Dans ce cadre conceptuel, nous avons tout d'abord orienté nos recherches sur la relation de confiance. En effet nous avons constaté que le soignant cherche à créer une relation dans laquelle il n'y a pas de rapport hiérarchique. Cela permet de favoriser l'instauration d'une relation de confiance. Nos recherches ont montré que pour construire une relation de confiance il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance. Pour ce faire, le soignant va adhérer à l'histoire du patient et mettre de côté ses propres représentations et respecter les valeurs du patient sans émettre de jugement. De plus il doit faire preuve d'empathie envers le patient, pour ce faire il doit être dans une communication sincère.

Cependant, en présence de la barrière de la langue, il devient difficile d'établir une communication verbale. Nous avons constaté que lors d'une communication le non verbal occupe une place importante. Ce concept est utilisé dans le monde entier, peu importe la langue et il en existe de nombreuses formes. Elles permettent au soignant d'adapter sa communication selon le contexte et la situation. Grâce à cela, il sera en capacité de construire une relation de confiance lors de la prise en soins d'un patient étranger.

3.4 Question de recherche

Au regard de ce cadre de référence, ma question de recherche est :

Dans quelles mesures la communication favorise-t-elle l'instauration d'une relation de confiance lors d'une prise en soins avec un patient de culture différente ?

4. METHODE DE RECHERCHE

4.1 Choix de la méthode

Au regard de mon questionnement, le but de l'intention de recherche était de comprendre en quoi la barrière de la langue pouvait influencer la relation soignant soigné lors d'une prise en soin d'un patient étranger aux Urgences. Celui ci nous a permis de comprendre comment les soignants abordaient les soins quotidiens avec des patients étrangers à travers des recherches documentaires pertinentes. L'analyse des concepts nous a permis de faire évoluer ce travail et l'intention de recherche. C'est pourquoi, nous souhaitons maintenant comprendre en quoi la communication est un outil important pour instaurer une relation de confiance avec un patient d'origine différente. Il est donc essentiel de s'interroger sur ce que l'on recherche actuellement. Il existe plusieurs méthodes de recherches telles que la méthode expérimentale, la méthode historique, la méthode différentielle, la méthode de l'Ethnos ou la méthode clinique.

Le choix de la méthode s'est porté sur la méthode clinique (ou casuistique) qui semble être adaptée à notre recherche car elle a pour objet, des situations, des faits, dans une visée paradigmatique telle que démonstrative ou explicative.

Cette méthode s'inscrit dans une recherche qualitative. Elle permet d'explorer de manière plus précise les représentations, les pratiques mais aussi la singularité des histoires, les effets et les ressentis qu'elles ont pu induire chez le sujet. L'intention étant de comprendre quels sont les facteurs et les conditions qui permettent de dire que la communication est un outil essentiel dans l'instauration d'une relation de confiance avec un patient étranger. De ce fait, nous allons présenter et argumenter le choix de l'outil qui nous semble le plus adapté.

4.2 Choix de l'outil

Dans une méthode clinique qualitative, l'outil le plus adapté reste le recueil de données. En effet, il permet de personifier la recherche d'information en fonction de l'expérience professionnelle de l'infirmier, de son vécu et de ses représentations. Il s'agit lors d'un entretien, de faire émerger des contenus, des significations et du sens, par une interprétation du discours du sujet. Au regard de notre objet de recherche, le choix de l'entretien le plus

approprié est l'entretien semi-directif. Il délimite un cadre de recherche nécessaire pour conduire l'interviewé vers le thème étudié. Il permet de conserver un lien entre le sujet et le thème de recherche tout en laissant libre cours à la réflexion du soignant interrogé. Ils seront libres de s'exprimer sur leurs perceptions du sujet et sur leurs pratiques. L'enquêteur guide l'enquêté sur le sujet et le ramène si besoin vers l'objet de recherche en évitant de l'influencer dans ses réponses.

Les entretiens seront individuels, anonymes, confidentiels et ils seront construits sur une temporalité d'une vingtaine de minutes. Des questions précises, simples et ouvertes seront réalisées pour cibler les recherches.

4.3 Choix de la population

Les entretiens seront réalisés auprès de quatre infirmières : deux jeunes diplômées avec peu d'expérience, ainsi que deux anciennes diplômées de plus de cinq ans d'ancienneté dans un service d'Urgences et qui ont déjà été confrontées à la barrière de la langue dans les soins. Nous pourrions analyser les données recueillies en fonction de l'expérience de chacun. L'âge, le sexe de la personne ne sont pas des critères essentiels pour ce type d'enquête. Pour plus d'implication de la part des soignants, l'étude sera basée sur le volontariat.

4.4 Déroulement de l'enquête

Afin de réaliser l'entretien, nous demanderons au préalable une autorisation écrite auprès du directeur de l'établissement de santé. Nous nous assurerons du consentement des professionnels interrogés et de l'accord du cadre de santé. Afin de faciliter la réalisation des interviews, nous choisirons d'effectuer l'entretien dans un service d'Urgences. Il est judicieux de choisir un lieu calme, comme une salle de réunion, et dépourvu d'éléments parasites où les soignants pourront s'exprimer librement sur le sujet.

Nous élaborerons donc un guide d'entretien. Il ne sera pas connu de l'interviewé et il servira de support.

Dans un premier temps, nous commencerons par nous présenter, pour ensuite en expliquer les raisons de notre venue et de notre étude. Pour faciliter le recueil des informations, nous utiliserons un dictaphone avec l'autorisation des soignants. Il est important de pouvoir

retranscrire les entretiens sans modifier le message transmis par le soignant. Cela nous permettra de nous consacrer davantage sur la posture du soignant. L'entretien débutera par exemple par « *Parlez moi de la communication et de la relation de confiance avec un patient étranger* ». Une phrase large qui permettra au soignant de se plonger dans la thématique.

L'entretien sera élaboré sous formes de questions ouvertes en s'appuyant sur chaque concept (culture, communication et relation de confiance). Il y aura trois ou quatre questions par concepts. Ces questions permettront de recentrer l'entretien sur l'intention du travail de recherche.

A la suite de ces entretiens, nous réaliserons une analyse de l'ensemble de leurs contenus afin de dégager les points forts et les limites ; cela nous permettra de savoir si les jeunes diplômés, ont plus de difficultés ou non que les soignants exerçants depuis plus de cinq ans, à communiquer et à instaurer une relation de confiance avec un patient étranger. Ainsi, la corrélation de ces différentes catégories mise en lien avec notre développement théorique nous permettra d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

CONCLUSION

Au travers de ce travail de recherche nous avons pu constater que le thème de la barrière de la langue dans les soins est un sujet complexe et diversifié.

Tout d'abord, nous avons pu observer que l'infirmière aux Urgences doit être compétente dans l'examen clinique auprès du patient pour un diagnostic efficace. Cependant, dans un contexte de barrière de la langue, des difficultés peuvent apparaître notamment en l'absence de communication et de relation avec le patient.

Ainsi, nous avons pu nous interroger principalement sur deux concepts, le concept de relation de confiance et de communication entre le soignant et le soigné. De nombreux auteurs s'interrogent, ce qui nous a permis de croiser divers points de vues. De ce fait, nous avons pu comprendre les différents moyens qui peuvent être mis en œuvre pour créer une relation de confiance efficace avec un patient étranger. De plus, la communication est l'élément essentiel dans le soin. Il existe deux modes de communication, la communication verbale et non verbale. La communication non verbale prime avec des patients non francophones.

Néanmoins, il peut apparaître des limites entre ces deux concepts, en effet, les infirmières aux Urgences ont peu de temps pour communiquer avec des gestes, des mimiques et avoir recours à un interprète. C'est pourquoi, la notion de relation de confiance est quelque fois délaissée.

Ce travail de fin d'étude a permis une réelle réflexion sur un sujet de plus en plus fréquent aux Urgences, qui concerne tous les professionnels de santé. C'est un thème qui a apporté une argumentation et des explications sur un questionnement qui restait en suspens.

La formation d'infirmière, à l'aide de ses cours théoriques, des stages ainsi que de ce travail, a permis de s'initier à la recherche, dans l'objectif d'améliorer la pratique professionnelle.

Ainsi, nous pouvons nous demander si la communication est toujours un frein pour établir une relation de confiance dans un service de médecine classique. Ce questionnement pourrait faire l'objet d'une future étude afin de compléter les recherches.

BIBLIOGRAPHIE

Revue et articles :

AUDETAT VOIROL Marie Claude, CHAPADOS Claire et LAURIN Suzanne. *Le raisonnement clinique de l'infirmière*. Perspectives infirmières, 2014, vol 11, n°1, p.37-40

MUNOZ Marie et KAPOOR-KOHLI Anjali. *Les barrières de la langue, comment les surmonter en clinique ?* Le médecin du Québec, 2017, vol 42, n°2, p.45-51

VISSANDJEE Bilkis et DUPERE Sophie. *La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat*. Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, 2000, vol 32, n°1, p. 99-113

GRAZ Bertrand, VADER John Paul, RAYNAULT Marie-France. *Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction*. Santé publique, 2002, vol 14, n°1, p. 75-81

LUSEBRINK Hans Jurgen. *Les concepts de culture et d'inter culturalité, approches de définitions et enjeux pour la recherche en communication interculturelle*. Université de Saarbrücken, Allemagne, avril 1998, Bulletin no 30

MARZANO Michela, *Qu'est ce que la confiance ?* Etudes. 2010, tome 412, pages 53-63

MORO Marie Rose. *La langue, un outil de soins unique*. Soins, mars 2013, n°773, p. 35-37

PICARD Dominique. *De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles*. Communication et langages, 1992, p. 69-83

Ouvrages :

Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné* (4^{ème} édition). Pays-Bas. Edition Lamarre

Sites internet :

Dictionnaire Larousse, *Communication*

Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Légifrance, *Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Article 3/ art L1110-1, art L1110-2, art L1110-3

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte>

Annexe 1 : Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Titre II : démocratie sanitaire

Chapitre 1^{er} : droits de la personne

- Article L1110-1 qui stipule : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

- Article L1110-2 qui stipule : « La personne malade a droit au respect de sa dignité. »

- Article L1110-3 qui stipule : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »

Annexe 2 : Lettre de demande d'autorisation à l'entretien

Pauline VALETTO

Adresse :

Téléphone :

CHI de

A l'attention de la Directrice des soins

Fait à ..., le ...

Madame la directrice des soins,

Je suis actuellement étudiante infirmière de troisième année et dans le cadre de mon travail de fin d'étude, il m'a été demandé de réaliser un entretien auprès du personnel du service. Le thème de mon travail se porte sur la barrière de la langue, plus particulièrement sur la communication dans les soins avec un patient étranger.

Je me permets de vous solliciter pour vous demander votre autorisation de réaliser cet entretien au sein de votre établissement dans le service des Urgences auprès de quatre infirmières dans le but de comprendre comment elles abordent les soins quotidiens et comment elles arrivent à créer une relation de confiance avec des patients non francophones.

J'envisage de réaliser l'entretien entre le et le

Je vous remercie de votre attention et je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Pauline VALETTO

Annexe 3 : Guide d'entretien d'enquête

« Parlez moi de la communication et de la relation de confiance avec un patient étranger aux Urgences. »

La communication

- Pour vous, que signifie la communication dans les soins ?

Objectif : Savoir comment l'infirmière établit une relation avec le patient afin de lui passer un message.

- Comment réussissez vous à communiquer avec un patient d'origine différente ?

Objectif : Il existe deux types de communications, quelles sont les stratégies non verbales que les infirmières mettent en place pour communiquer ?

- La communication est-elle un frein pour prendre en charge un patient étranger aux Urgences ?

Objectif : La communication permet de mieux comprendre le patient sur sa vie, ses pathologies, ses antécédents, ainsi avec la barrière de la langue, la communication est mise de côté et elle peut engendrer des répercussions sur la santé du patient.

La relation de confiance

- Réussissez vous à établir une relation de confiance avec un patient, sans pouvoir communiquer verbalement ?

Objectif : Savoir si l'infirmière arrive à créer une relation de confiance avec un patient étranger.

- Quelle posture professionnelle doit adopter le soignant pour aborder un patient non francophone ?

Objectif : Repérer si l'infirmière est dans l'évitement avec ces patients.

- Avez-vous des outils dans le service pour pallier cette difficulté de la barrière de la langue ?

Objectif : Identifier les outils mis en place dans l'hôpital

- La culture joue-t-elle un rôle dans la continuité des soins ?

Objectif : S'assurer que l'infirmière connaisse les différentes cultures dans le domaine de la santé.

- Etes vous satisfait de votre prise en charge auprès d'une personne étrangère ?

*Objectif : Comprendre si le soignant se sent en échec professionnel face à ce type de patient.
Le questionnement professionnel est remis en question.*

LA COMMUNICATION DANS LES SOINS AVEC UN PATIENT ETRANGER

Pauline VALETTO

Résumé : Les interactions entre patients de différentes cultures et les professionnels de santé sont de plus en plus fréquentes. Les compétences cliniques de l'infirmier et la communication verbale sont des éléments essentiels dans la bonne prise en charge du patient étranger. Les diversités linguistiques créent certaines barrières qui ont donc des incidences sur la qualité des soins, sur les patients et sur les soignants. Pour passer outre la barrière de la langue il existe plusieurs moyens. Le meilleur moyen est d'avoir recours à des interprètes professionnels toutefois le service n'est pas assez rapide et ils ne sont pas assez disponibles. Les soignants peuvent bénéficier de support papiers mis à disposition dans l'hôpital, ou encore ils peuvent avoir recours à des personnes bilingues. Pour parvenir à instaurer une relation de qualité avec le patient, l'infirmier doit être compétent dans les connaissances des cultures. Il semble important que le soignant adhère à la compétence interculturelle. Un infirmier seul face à un patient étranger peut seulement utiliser la communication non verbale. Des difficultés relationnelles peuvent alors apparaître entre le soignant et le soigné et ainsi briser la relation de confiance.

Mots clés : Barrière de la langue, communication non verbale, relation de confiance, culture

Abstract : Interactions between health professionals and patients with different backgrounds and cultures are more and more frequent. Nurses' clinical and communication skills are key elements in assuring the well-being of a foreign patient. Linguistic differences create specific challenges which can affect healthcare quality. There are numerous ways which can be used to overcome a language barrier. Using the services of interpreters seems to be the best way to deal with such an issue, yet interpreters are not always available or fast enough. Nurses can benefit from paper bases given in the hospital or bilingual professionals. To be successful in creating a well-balanced relationship with patients, a nurse needs to have strong knowledge on cultural differences. It seems important that the nursing adheres to the intercultural skill. If not bilingual and when confronted to a foreign patient, a nurse can only use nonverbal communication. The relation difficulties that result from it can, in the end, weaken the trust between a patient and his/her caretaker.

Keywords : Language barrier, nonverbal communication, trust-based relationship, cultural