|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

**Institut de Formation en Soins Infirmiers**

**Virginie Olivier**

**Etudiante: ULAKESWARAN Tharshiny**

**Promotion : 2022-2025**

**UE : 5.6 S6**

**Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles**

**Mémoire de Fin d’Etudes**

**Titre-** **L****’impact De La Culture Sur La Relation Soignant-Soigné**

**Session : 1**

**Année académique : 2024-2025**

**Date de remise : 12/05/2025**

**Directrice de mémoire *:* Madame COMBRES Claire**

**Notes 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**

D’abord, Je tiens à remercier tous les cadres formateurs de l’IFSI Virginie Olivier. Particulièrement, je voudrais remercier Mme COMBRES et Mme BOESNARD, mes directrices de mémoire pour ses précieuses conseils et ses accompagnements dans la réduction de mon mémoire.

Ensuite je voudrais remercier, Mme LAURENT et Mr PEPION, mes référentes pédagogiques pour tous vos conseils et soutien pendant cette formation.

Puis, je remercie à Mme CARTRON, maitre de conférences en science infirmières à l’université paris cité et Mme NYEC , référente de l’UE 5.6 pour votre cours concernant méthodologie et la rédaction de mémoire.

Et puis je remercie Mme PESTOURIE qui m’a aidé dans la correction de faute orthographe, la grammaire, la syntaxe, les conseils ……Je remercie aussi mes collègues de la promotion et les professionnels de santé qui ont participé à mes entretiens. C’est un moment très enrichissant et j’ai appris beaucoup grâce à vous. Je souhaiterais remercier ma famille et mon mari Mr POOBALASINGAM qui m’a soutenu pendant les moments difficiles et stressantes.

En fin, je souhaiterais remercier toutes les personnes à qui j’ai oublié de remercier dans cette partie.

Table des matières

[1 La situation d’appel 6](#_Toc194841408)

[**1.1 La description de la situation d’appel** 6](#_Toc194841409)

[**1.2 Questionnements** 8](#_Toc194841410)

[**1.3 Question de départ** 8](#_Toc194841411)

[2 Cadre de référence 9](#_Toc194841412)

[**2.1 La culture** 9](#_Toc194841413)

[2.1.1 Les personnes étrangères 9](#_Toc194841414)

[2.1.2 Minorité culturelle 11](#_Toc194841415)

[2.1.3 Transculturel-transculturalité 11](#_Toc194841416)

[2.1.4 Relation interculturelle 12](#_Toc194841417)

[2.1.5 Les soins transculturels 12](#_Toc194841418)

[2.1.6 Acculturation 13](#_Toc194841419)

[**2.2 La Communication** 13](#_Toc194841420)

[2.2.1 Le modèle de Jakobson (1960) 15](#_Toc194841421)

[**2.3 La relation soignant-soigné** 17](#_Toc194841422)

[**2.4 L’adaptation** 18](#_Toc194841423)

[3 Méthode pour l’enquête exploratoire 19](#_Toc194841424)

[4 Présentation des résultats de l’enquête et confrontation des résultats entre l’enquête et la recherche documentaire 20](#_Toc194841425)

[5 Question de recherche 22](#_Toc194841426)

[6 Enquêtes de terrain 23](#_Toc194841427)

[**6.1 Présentation outil** 23](#_Toc194841428)

[**6.2 Présentation des résultats et l’analyse** 23](#_Toc194841429)

[6.2.1 La relation soignant-soignée 23](#_Toc194841430)

[**6.2.1.1 Définition de la relation soignant-soignée** 23](#_Toc194841431)

[6.2.2 La communication 24](#_Toc194841432)

[**6.2.2.1 La barrière linguistique** 24](#_Toc194841433)

[**6.2.2.2 La communication verbale et non verbale** 25](#_Toc194841434)

[**6.2.2.3 Les proches/famille ou soignants dans le service** 27](#_Toc194841435)

[**6.2.2.4 Utilisation d’application téléphonique et des pan cartes** 27](#_Toc194841436)

[6.2.3 La culture 29](#_Toc194841437)

[**6.2.3.1 La laïcité** 29](#_Toc194841438)

[**6.2.3.2 Le soins transculturalité** 29](#_Toc194841439)

[**6.2.3.4 La compétence culturelle** 31](#_Toc194841440)

[6.2.4) L’adaptation 32](#_Toc194841441)

[**6.3 Limite de l’outil** 34](#_Toc194841442)

[7 Discussion 34](#_Toc194841443)

[Conclusion 34](#_Toc194841444)

[Bibliographies 35](#_Toc194841445)

[7 Annexes 39](#_Toc194841446)

[**7.1 Le Lexique** 39](#_Toc194841447)

[**7.2 Guide d’entretien** 40](#_Toc194841448)

[**7.3 Entretien IDE-1** 41](#_Toc194841449)

[**7.4 Grille d’entretien semi-directif 2** 45](#_Toc194841450)

[7.5.1 IDE A 51](#_Toc194841451)

[7.5.3 Entretien IDE C 63](#_Toc194841452)

Introduction

Dans la cadre de la formation d’infirmier dans l’unité d’enseignement 5.6 au semestre 6, je dirige mon mémoire de fin d’études afin de finaliser ma formation. J’ai choisi de travailler d’une part sur la problématique de la culture qui impacte la qualité des soins et d’autre part la barrière de la langue.

D’après INSEE, « *en 2023, 7,3 millions d’immigrés vivent en France, soit 10,7 % de la population totale »*[[1]](#footnote-1). Selon FNCC, « *Ils prennent une place croissante de la culture dans le quotidien des Français. Dans la plupart des secteurs culturels, les séries historiques fournies par près de cinquante ans d’observation des pratiques culturelles de la population confirment un développement et une diversification des pratiques quels que soient l’âge, le milieu social et le type de territoire* »[[2]](#footnote-2). En conséquence, les infirmiers sont confrontés quotidiennement à ce type de situation qui les met en difficulté.

J’ai à la fois une expérience en tant qu’interprète familiale et d’autre part en tant qu’élève infirmière. Les interprètes ne trouvent pas toujours des mots pour traduire fidèlement des phrases équivalentes dans les deux langues. C’est une source d’angoisse chez les patients. Les infirmiers veulent informer les patients des soins, rechercher leur consentement. Il est difficile d’instaurer une relation et établir une alliance thérapeutique sans communication verbale. De plus chacun ne s'exprime pas de la même manière. Selon sa culture chacun communique et agit différemment. (Par exemple ; le silence chez les patients asiatiques). A cette époque, nous aimons voyager et découvrir les différentes cultures. C’est pourquoi j’ai choisi ce thème afin de comprendre la difficulté des patients et des soignants qui va me permettre d’améliorer ma posture de future professionnelle.

Dans un premier temps, j’aborderai la situation qui m’a interpellée au point de choisir cette situation. Dans un deuxième temps il s’agit des questionnements autour de cette situation, épart qui vont orienter mes recherches. Ensuite, je présenterai mon cadre référentiel en expliquant les concepts. Dans un troisième temps il s’agit d’une phase d’exploration et d’analyse. Enfin, je conclurai mon travail.

# **1 La situation d’appel**

## **1.1 La description de la situation d’appel**

En France, nous rencontrons très souvent des patients de cultures différentes à l’hôpital (ce qui peut être induire une barrière de la langue). Nous avons très fréquemment des difficultés à adapter notre prise en charge selon leurs cultures. Cette difficulté a également un impact sur la relation soignant- soignée qui est fondamentale pour développer l’alliance thérapeutique. En tant que future infirmière, je voudrais comprendre comment adapter les soins sans que cette culture ait un impact sur la qualité des soins et ma relation soignant /soigné. C’est une situation précaire non seulement pour le patient mais aussi pour le soignant. Il s’agit d’éviter toutes formes de discriminations et assurer l’égalité des soins.

Mon cursus me permet d’alterner entre des cours théoriques et la pratique par le biais des stages. En fin de première année, j’ai effectué un stage de 5 semaines dans un service de chirurgie cardiaque dans un hôpital parisien. Durant, ce stage j’ai été confrontée à une situation de soins qui m’a interpellée sur le plan professionnel et cette situation m’a questionnée sur son influence sur la qualité de la prise de soins.

La situation se passe lors de ma première semaine de stage, le 17/03/2023. Je prends en charge Madame A, 74 ans. Elle présente une douleur thoracique de type coup de poignard avec irradiation dans les deux bras le 25/02/2023 au sein de son domicile familial. Cette douleur thoracique a récidivé plusieurs fois, l’amenant à consulter aux urgences. Elle a bénéficié d’une coronarographie qui a mis en évidence 4 sténoses. Elle a été transférée dans le service de chirurgie cardiaque le 07/03/2023 pour la suite de sa prise en charge postopératoire : un quadruple pontage coronarien en urgence.

Elle est mariée et n’a pas d’enfant. Son mari vit en Chine. En France, elle garde les enfants de sa sœur avec qui elle habite. Mme A est d’origine chinoise et parle uniquement chinois. Mme A vit habituellement en Chine elle est arrivée en France le 21/02/2023 pour les vacances. Elle ne communique qu’avec une interne qui parle chinois. Mme A fait partie des patientes dont j’ai la charge. Son hospitalisation est prise en charge à 100% par l’assurance voyage. Elle est femme au foyer. Sa sœur lui rend visite 1 fois par semaine. Elle n’a pas de téléphone portable pour communiquer avec ses proches.

A 10h, avoir préparé mon chariot de soin, je me dirige vers la chambre de Mme A. j’entre et lui dis bonjour, sans réponse de sa part. Je lui montre avec les gestes que j’allais l’aider à faire sa toilette, sans réaction. Sans l’aide de l’interne qui jouait le rôle d’interprète absente et ne sachant que faire, sur le conseil de ma tutrice j’essaie de dialoguer avec google traduction. Mme A ne comprend pas la traduction. Désemparée et, je ressentais une grosse pression, car j’avais 2 autres toilettes à faire et n’avais pas beaucoup de temps à consacrer à Mme A. Ma tutrice me demande de commencer la toilette même sans avoir recueilli son consentement car elle va passer au scanner thoracique aujourd’hui. Pendant la toilette, elle crie quand je la touche au niveau sternal barré d’une cicatrice à la suite de l’intervention chirurgicale. Au regard de l’expression de son visage, des mimiques, froncement de sourcils et grincement des dents je comprends que la douleur est intense. Elle me regarde dans les yeux (peut-être la douleur induite par le soin). J’essaie de faire la toilette doucement et je l’aide à s’habiller. Je lui donne un antalgique prescrit si nécessaire et j’instaure une communication en utilisant des mots simples sans obtenir de réponse. J’essaie de lui communiquer « des informations concernant l’examen d’aujourd’hui » à l’aide de google sans feed-back.

Sans aucune réaction de sa part, je décide de procéder à la désinfection de l’environnement. De manière spontanée, elle attrape mes bras, en larmes. Elle pleure en disant « xièxiè ». Je ne connais pas ce mot et je ne sais pas ce qu’il faut répondre. Je ressens une envie de pleurer mais je ne veux pas pleurer avec la patiente. J’essaie de finir mes soins rapidement et je quitte la chambre en la saluant d’un geste.

L’après-midi, sa sœur lui rend visite, je m’entretiens avec elle pour compléter mon recueil de données. A ce moment, sa sœur me dit que Mme A n’est pas contente. Elle ajoute qu’elle n’aime pas manger les repas proposés par l’hôpital et veut manger des repas chinois. Mais sa sœur n’est pas disponible pour les apporter. Elle est anxieuse et obnubilée par les frais de sa prise en charge, car elle a appris que son assurance voyage ne remboursait pas les frais de rééducation. Elle n’a pas encore consulté l’assistante sociale. Mme A n’a pas les moyens de prolonger son séjour en France qui va bientôt se terminer. Elle ne sait pas comment retourner au pays. L’hospitalisation en France est différente de la Chine.

Selon sa sœur, elle n’arrive pas à exprimer ses souhaits aux soignants. Elle ne comprend pas son avenir. Elle a envie de retourner chez elle. La patiente s’inquiète par rapport à son mari qui habite tout seul en Chine et se sent isolée à l’hôpital. De plus, elle n'a pas de téléphone et ne comprend pas les chaînes de télévision françaises ce qui augmente son isolement. Je donne plus d'explications concernant sa prise en charge, des examens et son hospitalisation à sa sœur qui est la personne de confiance de Mme A.

## **1.2 Questionnements**

Pour donner suite à cette situation, voici **mes questionnements** :

1.Quelles sont des difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en charges des patients de cultures différentes ?

2.Comment l’IDE peut-il mener une relation soignant/soigné de qualité adaptée aux patients avec différentes cultures ?

3.Quelle pourrait-être l’influence d’un défaut de communication dans la prise de soins des patients ?

4. Dans quelle mesure la barrière de langue ou un défaut de communication peut-il avoir un impact sur la qualité de prise en charge et sur la relation de soins ?

5. Quelles attitudes ou postures doit adopter un soignant pour assurer une prise en charge de qualité sans jugement de valeur ?

6.Quels sont les outils utilisés par les soignants durant les soins pour faciliter la communication avec les patients non- francophones ?

7.Que signifie le silence dans sa culture ? Pourquoi ne veut-elle pas communiquer par les gestes au début de la relation ?

## **1.3 Question de départ**

**En quoi un défaut de compréhension de la culture d’un patient d’origine étrangère, de la part d’un IDE, peut-il influencer la qualité de la relation de soins ?**

Avant les sous-parties, je vais aborder les concepts suivants : la culture, la communication, la relation soignant soigné, l'adaptation.

# **2 Cadre de référence**

## **2.1 La culture**

Chaque individu appartient à un groupe culturel dans la société. Il est nécessaire de définir ce concept afin de comprendre la variation entre chaque culture qui favorise un défaut de compréhension. Dans le champ disciplinaire sociologie, selon **l'UNESCO**: « *la culture est l'ensemble des traits spirituels, matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société. Elle englobe* ***les arts, le mode de vie, les droits de l'homme, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances****. La culture façonne les individus et les sociétés, en favorisant l'unité par le biais de valeurs et de traditions partagées »* [[3]](#footnote-3). Dans le champ disciplinaire sociologie, **E.B. Tylor,** définissait la culture comme « *l'ensemble des connaissances, croyances, arts, lois et coutumes acquis par l'homme en tant que membre d'une société* ».[[4]](#footnote-4)Dans le champ disciplinaire législation, selon l’article R 4311-2 « *Les soins infirmiers intègrent* ***qualité technique et qualité des relations avec le malade … en tenant compte de ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle****»* [[5]](#footnote-5). Il est essentiel de comprendre **la culture des autres** afin de mieux accueillir **les personnes étrangères** et de s’assurer leur meilleure prise en charge.

### **2.1.1 Les personnes étrangères**

Etrangère est toute personne vivant dans un pays sans en avoir la nationalité. C’est un statut juridique. Immigrée est toute personne ayant sa résidence habituelle dans un pays où elle n’est pas née. C’est une situation de fait. La durée de séjour minimale est d’au moins un an. Entre trois et douze mois, on parle de migration temporaire. En-deçà, ce n’est qu’un voyage international. Le cumul de trois critères est nécessaire pour être immigré :

* Juridique : la nationalité de la personne avant la migration.
* Géopolitique : le franchissement d’une frontière nationale.
* Temporel : une installation dans le pays de destination pour au moins un an[[6]](#footnote-6).

La population étrangère est définie en fonction du seul critère de nationalité[[7]](#footnote-7)

Dans le champ disciplinaire économique et sociologie, Selon INSEE : « En 2023, 7,3 millions d’immigrés vivent en France, soit 10,7 % de la population totale. L’état de santé général des immigrés est moins bon que celui des non‑immigrés. Les immigrés présentent plus souvent un syndrome dépressif que le reste de la population, indépendamment de l’âge et du sexe »[[8]](#footnote-8) .

« Les consommations de soins des immigrés et des non‑immigrés sont proches. Cependant, les immigrés se rendent plus souvent à l’hôpital que les personnes ni non-immigrées ni descendantes d’immigrés »[[9]](#footnote-9) . Dans le champ disciplinaire santé publique, le dossier « la Santé en action », Mars 2021, n°455 Migrants en situation de vulnérabilité et santé est consacré à la santé des migrants. Santé globale, c'est-à-dire incluant les déterminants de la santé [……]. aux soins, à la prévention, mais aussi les parcours de vie, [……][[10]](#footnote-10) . La culture des minorités culturelles joue un rôle important dans l'enrichissement de la diversité culturelle d'une société, et cet enrichissement contribue au développement de la compétence culturelle chez les soignants.

### **2.1.2 Minorité culturelle**

En[**sociologie**](https://conceptoit.net/sociologie/) , minorité culturelle est « *un secteur de la*[***population***](https://conceptoit.net/ville/)*d’un*[***pays***](https://conceptoit.net/pays/)*ou d’un*[***État***](https://conceptoit.net/etat/)*, qui bien qu’en faisant juridiquement partie,****se distingue de la population majoritaire par son***[***identité culturelle***](https://conceptoit.net/identite-culturelle/)*, c’est-à-dire sa langue, sa*[***religion***](https://conceptoit.net/religion/)*, leurs* [***traditions***](https://conceptoit.net/tradition/)*, leur folklore et/ou leurs histoires fondatrices*[[11]](#footnote-11).

Si un patient constitue au plan de la culture une minorité en milieu médical, il est encore plus difficile de trouver une personne dans le service ayant la même culture. Ce qui peut provoquer une **vulnérabilité** chez ce patient. L’infirmier doit adapter une posture de non-jugement de valeur et non-discrimination liées à ses croyances, sa religion, son origine etc. Dans le champ disciplinaire de la législation, selon l’article R4312-11du code de la santé publique : « *L’infirmier doit écouter […] notamment,* ***leur origine****, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille****, leur croyance ou leur religion,*** *[…], les sentiments qu’il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale* »[[12]](#footnote-12). Le fait partie d’un groupe qui se trouve en position de minorité au sein d’un groupe ou d’une société peut amorcer un processus de transculturalité.

### **2.1.3** **Transculturel-transculturalité**

Dans le champ disciplinaire en soins infirmiers, la transculturalité suppose « ***l’accueil de l’autre****,* ***l'écoute et l'acceptation*** *de plusieurs références culturelles dans sa propre culture, comme une source d'enrichissement* » [[13]](#footnote-13).Les patients ont besoin d’un temps d’adaptation et d’un accompagnement pour comprendre la nouvelle culture et créer de **nouveaux repères de vie**. En conséquence les professionnels de santé ont besoin de développer une compétence culturelle afin de bien se positionner dans la relation interpersonnelle. Exemple-toucher un patient peut être normal dans une culture et pas dans l’autre. (Joyce Casalta, Formatrice, infirmière puéricultrice diplômée en sociologie, anthropologie mars 2024) « *La compétence culturelle est une faculté indispensable aux futurs soignants pour accueillir et prendre en soins un public diversifié et chaque patient dans son unicité »[[14]](#footnote-14).*L’interculturalité est un outil de la transculturalité. La transculturalité permet de mieux comprendre et accepter les différentes cultures, ce qui est nécessaire pour créer des relations interculturelles.

### **2.1.4 Relation interculturelle**

Dans le champ disciplinaire soins infirmier, (Paillard Christine, documentaliste, docteure en sciences du langage, ingénieure en sciences de l’éducation, 2023) « c’est *un mode d’interaction entre plusieurs cultures et les transformations qui en résultent[[15]](#footnote-15).*

Les relations interculturelles, celles qui nous impliquent en tant que personne face à une autre, sont parfois difficiles ou truffées d’embûches. Certaines situations et comportements suscitent des sentiments d’incompréhension, d’inacceptation et même parfois de rejet. Nous exprimons notre souffrance selon notre propre culture. La relation interculturelle permet d’entrer en relation avec un patient ayant ses spécificités culturelles. Cette relation peut-être un levier pour créer une alliance avec un patient et penser les soins de manière transculturelle.

### **2.1.5 Les soins transculturels**

Dans le champ disciplinaire soins infirmier, (Leininger Madeleine, théoricienne en soins infirmières, professeure en sciences infirmières et créatrice du concept de soins infirmiers transculturels, 1978) les soins infirmiers transculturels est définit comme étant « ***« une étude comparative des cultures pour comprendre les similitudes (universalité culturelle) et les différences (culturellement Spécifiques) parmi les groupes d'humains »[[16]](#footnote-16).*** L’objectif de soins infirmiers transculturels est de personnaliser les soins selon les convictions et la culture de chaque patient. Selon l’article ‘Intercultural communication in long-term care : The perspective of relatives from Switzerland’: le résultat d’étude suite à l’entretien avec les proches des patients mettre en évidence 4 catégories de nécessité: « ***Percevoir la communication comme un besoin, prendre en compte le désir de reconnaissance des proches , favoriser la volonté des soignants et Connaître les opportunités et les défis de la communication interculturelle’[[17]](#footnote-17).***La transculturalité peut amener la personne à l’acculturation.

### **2.1.6 Acculturation**

Dans le champ disciplinaire sociologie, pour **Brami Alexandrine** « *Le* ***processus d’acculturation*** *est l’ensemble de* ***phénomènes*** *qui résultent d’un* ***contact continu et direct*** *entre des* ***groupes d’individus de cultures différentes*** *et qui entraînent des* ***changements*** *dans les* ***modèles culturels initiaux*** *de l’un ou des deux groupes* »[[18]](#footnote-18). Selon la culture infirmier doit adapter sa communication.

## **2.2 La Communication**

Il est important de définir la communication afin de comprendre comment cela a un impact sur la relation entre 2 personnes et de manque de compréhension selon la culture.

Le **serment d’Hippocrate** engage chaque médecin : « ***J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences****.* » En **sociologie et en linguistique**, » *la communication est l'ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à un ou plusieurs autres individus à l'aide du langage articulé ou d'autres codes (ton de la voix, gestuelle, regard, respiration..*.) ».[[19]](#footnote-19)

*« La mise à disposition sur l’ensemble des territoires d’un accès à de l’interprétariat professionnel financé pour les professionnels de santé apparaît nécessaire pour permettre l’accès à une médecine efficiente et culturellement adaptée pour les patients allophones »*[[20]](#footnote-20). Mais, « *Faire de l’interprétariat dans un hôpital n’est pas simple dans un contexte ou la pression du temps pèse fortement sur les relations* »[[21]](#footnote-21). Selon le métanalyse ‘utility of mobile technology in medical interpretation : A literature review of current practices’ : *Les applications mobiles, en particulier celles qui permettent l’interprétation vidéo, facilitent l’accès à des interprètes médicaux à distance avec* ***une grande satisfaction*** *des cliniciens et des patients*[[22]](#footnote-22).

Dans le champ disciplinaire de la législation, il me parait important de citer le droit au consentement éclairé, la loi Kouchner du 4 mars 2002, article R4312-14 : *«* ***Le consentement libre et éclairé*** *de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état* ***d'exprimer sa volonté****, […] »* [[23]](#footnote-23)Il convient aussi de rappeler l’article L. 1111-2. – « *Toute personne a* ***le droit d'être informée sur son état de santé****. Cette information porte sur les différentes* ***investigations, traitements*** *ou [……]. Cette information incombe* ***à tout*** ***professionnel de santé*** *[…].* ***Seules l'urgence ou l'impossibilit****é d'informer peuvent l'en dispenser »[[24]](#footnote-24).*Le schéma de Jacobson est un outil permet à la compréhension de la culture parce que il permet de mieux comprendre les complexités de la communication entre culturel.

### **2.2.1 Le modèle de Jakobson** (1960)

Dans le champ disciplinairepsychologie**, Roman Jakobson** a développé un modèle de communication. « *Il a cherché à englober les différents facteurs intervenant dans chaque situation. On y retrouve ainsi :* ***l’émetteur, qui envoie le message ; le récepteur, qui reçoit le message. Le contexte, qui désigne les conditions sociales, le message, le discours à transmettre. Le contact, la liaison physique et psychologique entre l’émetteur et le récepteur, le code, la langue*** *notamment »*[[25]](#footnote-25). **La culture, l’éducation, les valeurs personnelles sont les filtres qui impactent le feed-back.**

**2.2.2 Les différentes mode de communication**

Albert MEHRABIAN a étudié **la communication orale** : « la règle des 3 V » : « *Part de* ***Verbal, de Vocal et de Visuel*** *dans une communication orale [7* ***%*** *de la communication est Verbale, 38 % de la communication est Vocale (ou paraverbale),* ***55 %*** *de la communication est Visuelle (ou non verbale)] »*[[26]](#footnote-26)*.*Pour TERRAT Evelyne *«****la communication non-verbale*** *est le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales. Cette communication peut renforcer le langage corporel et facial, mais aussi le dis aussi le contredire* »[[27]](#footnote-27). Par exemple, soutien du regard, intonation de la voix, gestes, proximité avec l’interlocuteur, mouvement des mains. La **communication paraverbale** englobe tout ce qui accompagne directement le langage verbal et qui a rapport avec la voix et l’expression vocale. C’est en fait l’utilisation qui est faite de la voix lors de la communication. Il ne s’agit pas ici des mots ou expressions utilisés et portés par la voix. Il est plutôt question du**ton de la voix en communication, le timbre, le débit, la puissance, la diction, les temps de pause…. [[28]](#footnote-28).** La **communication verbale** désigne l'ensemble des éléments linguistiques transmis par la voix, voire par des gestes et qui renvoie à des codes de langage précis, comme la langue des signes. Ces formes d'expression permettent à deux personnes ou plus d'échanger et de se comprendre[[29]](#footnote-29).

**2.2.3 La barrière linguistique**

Selon PAILLARD Christine, dans le champs disciplinaire soins infirmiers, « *c’est l’expression qui désigne une compétence linguistique freinée par l’usage non approprié d’une langue différente d’une autre à un moment donné*»[[30]](#footnote-30)

*« Les pratiques culturelles ou des coutumes très spécifiques sont sources d’****incompréhensions****, de****frustrations****et de****malentendus****entre soignant, soigné et entourage, notamment autour de la fin de vie ou du décès. Celles-ci peuvent parfois aller jusqu’à****altérer la prise en charge et l’adhésion thérapeutique du patient »***. [[31]](#footnote-31) La barrière de la communication dépend de l’émetteur et du récepteur.

La communication est au cœur de la relation soignant-soigné~~e~~. La qualité de la relation repose sur la communication verbale, non-verbale et aussi de différentes cultures.

## **2.3 La relation soignant-soigné**

Dans le champ disciplinaire soins infirmiers, « *c’est une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience »*[[32]](#footnote-32). Pour **Alexandre Manoukian**, « c’est *la rencontre entre deux personnes. C'est-à-dire* ***deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires***». *Cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments, Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu et un minimum de disponibilité[[33]](#footnote-33).*

L’adaptation permanente dans la relation soignant- soigné~~e~~ est fondamentale pour garantir une prise en charge de qualité et efficace. Cette adaptation permet aux soignants d’individualiser les soins.

## **2.4 L’adaptation**

Dans le champ disciplinaire en soins infirmiers, selon PALLAIRD Christine « ***le changement est la modification cognitive et psychologique*** *d'un individu à partir d'une situation relationnelle en rapport avec une situation antérieure* »[[34]](#footnote-34). CALLISTA Roy a organisé son modèle autour de l'adaptation du comportement, qui englobe l'ensemble des processus par lesquels les êtres humains répondent aux stimuli environnementaux l'être humain, comme un système unifié, ont considéré comme un « ensemble de parties reliées à fonctionner comme un tout ». L'être humain interagit en permanence avec un environnement qui est en constante évolution. Ainsi, la capacité de l'être humain à répondre positivement reflète son niveau d'adaptation.

A la lumière de ces concepts, les infirmiers doivent créer la relation avec le patient en s’adaptant selon la communication verbale, non-verbale et la culture. Mais il ne faut jamais se baser uniquement sur ces critères car chaque patient est différent. Après avoir défini ces concepts, il est pertinent d’explorer ces manifestations sur le terrain à travers une enquête exploratoire.

# **3 Méthode pour l’enquête exploratoire**

Selon Mr.Creswell , « *les écrivains conviennent que l’on entreprend* ***la recherche qualitative*** *dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur* ***analyse inductive,*** *met l’accent sur la signification de participants, et* ***décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage***»[[35]](#footnote-35).La recherche qualitative explore des aspects **non-quantifiables** de la réalité, c'est-à-dire, tout **l'univers des significations, des motivations des aspirations, des croyances, des valeurs et des attitudes liées aux actions et aux relations sociales.** Elle sert à **comprendre les phénomènes sociaux**. Elle permet de réaliser des études **exploratoires, descriptives, compréhensive et inductives visant à découvrir, décrire et à approfondir la compréhension des phénomènes complexes.**

Par suite de la recherche documentaire, j’envisage d’effectuer 5 entretiens semi-directifs de 20-30 minutes. J’ai effectué mon 1er entretien par teams et les restes dans un bureau calme et fermé à l’hôpital.J’ai utilisé le transkriptor(application) pour faciliter la retranscription d’entretien et j’ai fait double vérification moi-même et j’ai ajouté mes observations non-verbaux. Le consentement est demandé à chaque interlocuteur. Par suite de la transcription l’enregistrement sont supprimée pour respecter la confidentialité. J’utilise les questions ouvertes et c’est une méthode qualitative. J’utilise un guide d’entretien préparé en amont, qui me permet d’effectuer un entretien structuré mais cela n’empêche pas l’interlocuteur de s’exprimer librement. J’observe la communication non-verbale de l’interlocuteur pendant chaque entretien. Les critères d’inclusions sont les suivants ; -être **infirmier(e)** dans un **service hospitalier** qui prend en charge les patients de **cultures différentes quotidiennement** avec **une expérience** dans le même service de **plus de 5ans.**

1. Le but de mon entretien est de comprendre **les difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en charge des patients de culture différente et comprendre comment améliorer cette prise en charge.** Critère d’exclusion : les IDE avec une expérience **de moins de 5ans** et les IDE qui **ne travaillent pas en milieu hospitalier**. J’ai chosis **l’échantillonnage de convenance** pour cette étude. « ***L’échantillonnage de convenance****est une méthode non probabiliste utilisée pour sélectionner les individus qui feront partie de l’échantillon d’une étude statistique.* ***Dans l’échantillonnage de convenance, c’est le chercheur lui-même qui choisit les sujets de l’échantillon en fonction de critères de facilité d’accès aux individus****, sans inclure le hasard dans le processus* »[[36]](#footnote-36).

Je choisis les **cinq échantillons** suivants ;

-un(e) infirmier(e) nommé Mme F qui travaille en soins intensifs, cadre formatrice en Belgique (pour voir un autre modèle de prise en charge)

- un infirmier nommé IDE A travaille en service de réanimation neurochirurgie, réfèrent infirmier depuis 9ans pour voir le point de vue de différents types de prise en charge : soins de courte durée

-Une infirmière nommée IDE B présente dans cette situation d’appel travaille en chirurgie, (le but est de comprendre comment puis-je améliorer ma prise en charge. Elle est infirmière dans le service chirurgie cardiaque depuis 5,5 ans et prend en charge très fréquemment des patients étrangers.

- une infirmier nommé IDE C en service de SMR oncologie pour voir le point de vue de différents types de prise en charge : soins longue durée

-une infirmière qui travaille en psychiatrie (pour comprendre et approfondir des enjeux spécifiques de différente culture des patients en soins psychiatriques

La limite de mon 1er entretien ; Mme F n’a pas beaucoup de temps. Elle n’a répondu qu’aux questions du guide d’entretien. Je n’ai pas pu poser les questions de relance. J’ai effectué cet entretien par teams à distanciel. Je n’ai pas pu observer sa communication non-verbale.

# **4 Présentation des résultats de l’enquête et confrontation des résultats entre l’enquête et la recherche documentaire**

Mme F commence à répondre en disant *« Une des principales difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients de cultures différentes est la barrière linguistique*. C’est un des concepts que j’ai abordé « la communication, la barrière linguistique ». Elle ajoute que ‘*…ils peuvent avoir des croyances et des pratiques spécifiques en matière de santé qui influencent leur approche des soins, leur compréhension des maladies et leur disposition à suivre les traitements proposés*. C’est confirmé par le blog culturel du Centre Léon Bérard comme suit ; « *Les pratiques culturelles ou des coutumes très spécifiques sont sources d’incompréhensions, de frustrations et de malentendus entre soignant, soigné et entourage, […]. Celles-ci peuvent parfois aller jusqu’à altérer la prise en charge et l’adhésion thérapeutique du patient »*. *« Des interprètes ou services de traduction »*, c’est une des solutions qu’elle m’a proposées pour prendre en charge un patient de culture différente. Mais elle souligne que ce n’est pas facile d’avoir un médiateur culturel. C’est confirmé par l’article ‘Analyse critique des méthodes de communication avec les patients allophones en soins primaires’*, « la mise à disposition sur l’ensemble des territoires d’un accès à de l’interprétariat professionnel financé pour les professionnels de santé apparaît nécessaire pour permettre l’accès à une médecine efficiente et culturellement adaptée pour les patients allophones »*.

La dernière solution qu’elle nous propose est « *Observation des réponses non-verbales, telles que le langage corporel, les expressions faciales et les gestes pour comprendre les émotions et les réactions des patients* ». C’est un des concepts que j’ai abordé ‘la communication’. En **sociologie et en linguistique**, « la *communication est l'ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir […] à l'aide du langage articulé ou d'autres codes (ton de la voix, gestuelle, regard, respiration..*.)  Mme F évoque que « *l’IA pourrait jouer un rôle central en facilitant des traductions spécifiques aux termes médicaux*… Selon le métanalyse ‘utility of mobile technology in medical interpretation’, *Les applications mobiles, en particulier celles qui permettent l’interprétation vidéo, facilitent l’accès à des interprètes médicaux à distance avec* ***une grande satisfaction*** *des cliniciens et des patients.*

La représentation des patients de culture différente elle dit « le courage », Cela me rappelle le dossier la Santé en action, Mars 2021, n°455 Migrants en situation de **vulnérabilité** et santé. La 2ème représentation qu’elle ajoute, c’est « *la polypathologie, […]. Ce manque de suivi médical peut entraîner des pathologies multiples et complexes, qui nécessitent une prise en charge également complexe*. Son explication est confirmée par l’étude de l’INSEE, « *l’état de santé général des immigrés est moins bon que celui des non‑immigrés* », « *les immigrés se rendent plus souvent à l’hôpital »*. Son affirmation « *…des droits égaux à des soins de qualité*», nous rappelle l’article L.1110-3 du code de la santé publique, non-discrimination.

Mme F nous parle de posture IDE Importance de l’empathie et de la compréhension des défis supplémentaires qu’ils peuvent rencontrer. ***L’accueil de l’autre****,* ***l'écoute et l'acceptation*** *de plusieurs références culturelles dans sa propre culture, comme une source d'enrichissement*»

Adopter une communication claire et éviter les jargons médicaux compliqués. Cela me rappelle le concept ‘littératie’ que je n’ai pas abordé dans mon cadre conceptuel.

Il est Important d’avoir une approche centrée sur le patient et la personnalisation des soins et une nécessité d’une collaboration étroite avec les familles et les communautés des patients pour mieux comprendre leurs besoins culturels et sociaux. Cela est abordé par le concept soins transculturels, « *L’objectif de soins infirmiers transculturels est de personnaliser les soins selon les convictions et la culture de chaque patient »* et par l’article ‘Intercultural communication in long-term care : The perspective of relatives from Switzerland’ « …***prendre en compte le désir de reconnaissance des proches »***

En comparant les apports théoriques et l’entretien avec IDE, nous pouvons constater qu’il y a de multiples similitudes entre eux. Mais Mme F évoque le fait de développer des protocoles de soins qui intègrent les considérations culturelles et d’encourager la diversité dans le recrutement des professionnels de santé.

# **5 Question de recherche**

J’envisage d’effectuer encore 4 entretiens pour finaliser mon travail. Pour approfondir mon étude, une nouvelle question de recherche apparait : **En quoi la formation culturelle et la sensibilisation des soignants aux différentes cultures peuvent-elles améliorer la qualité de la prise en charge des patients de culture différente ?**

# **6 Enquêtes de terrain**

## **6.1 Présentation outil**

C’est déjà détaillé dans la partie 3 : nommé méthode pour l’enquête exploratoire

## **6.2 Présentation des résultats et l’analyse**

### **6.2.1 La relation soignant-soignée**

#### **6.2.1.1 Définition de la relation soignant-soignée**

IDE A définit la relation soignant comme suivant ; «***Il y******a le support, l'écoute, le soin, le respect, le respect de la dignité et l’empathie****. Ces sont des qualités qui sont inhérentes à notre travail****, sans lesquelles la relation soignant-soignée ne serait pas établie*** *sur de bonnes bases. C’est-à-dire qu'à partir du moment où on a un humain en face de nous, on soigne des humains.* ***L’aspect confiance****, qu'il doit y avoir, qu'on doit nous instaurer. C'est à nous d’effectuer ce travail ».* Selon IDE B, « *Elle commence en général* ***par la confiance*** *auprès du patient. Le fait* ***qu'on accorde de l'écoute,*** *même si le patient est étranger, attend à ce qu'on puisse les soulager d'une certaine manière, qu’on envoie quelqu'un d'autre, parce qu'on essaie de* ***deviner****, parce qu'on fait* ***des gestes qui accompagnent les mots****, parce que quand ils n'arrivent pas à se faire comprendre, ils nous passent leur famille au téléphone. Donc ils voient aussi qu'on est là et qu'on les écoute quand même,* ***même si on ne comprend pas totalement****.* Selon IDE C, « *c'est une* ***communication de bienveillance****, une* ***relation d'égale*** *parce que souvent on a la bouse blanche, ça met déjà une barrière. Il y a toujours un rapport de force entre le soignant et le soigné, mais c'est d'arriver à essayer de* ***se mettre au niveau du patient*** *avec ses mots et de l'aider à construire son... son projet médical ou son parcours de soins, en tout cas ici en SMR, et de pouvoir après l'accompagner vers le domicile mais* ***en respectant ses besoins et son autonomie****, c'est tout nouveau (*maladie) ».

Les définitions évoquées par les 3 IDE sont confirmé par Mme PAILLARD « [--] *une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication* ***verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité).*** *[..]dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience »*. **La confiance, l’écoute** sont des mots clés plus exprimés par les soignants. Ils ont évoqué aussi les qualités et les valeurs professionnels nécessaire pour instaurer la relation de confiance. Mme C ajoute la relation d’égale qui nous envoie au concept de proxémie

**6.2.1.2 Les leviers et les freins de la relation soignant-soignée**

IDE A cite *« pour instaurer une bonne relation soignant-soigné, il faut* ***mettre le patient en confiance pour qu'il soit dans l'acceptation des soins****, etc., et qu'****il collabore****»*. *Celles-ci peuvent parfois aller jusqu’à altérer la prise en charge et* ***l’adhésion thérapeutique*** *du patient ».* IDE B explique que *« Ils attendent à ce* ***qu'on puisse les soulager d'une certaine manière****. Par exemple, elle n'est pas soulagée,* ***ça peut être un frein à cette relation,*** *puisqu'on a l'impression que peut-être on ne fait pas tout ce qu'il faut,* ***qu'on ne les écoute pas****, etc. Mais* ***en général, c'est par rapport aux besoins. Mieux tu répondras aux besoins, mieux tu auras cette relation entre patient et soignant****».*

IDE C évoque *« C’est* ***la peur de l'inconnu****. C’est d'essayer de dédramatiser tout ce qu'il va y avoir, parce qu'on sait que* ***l'oncologie, ces sont des traitements qui sont invasifs, qui sont fatigants, et pour le moral*** *aussi. Donc la relation soignant-soignée en onco, c'est vraiment un aspect sur toutes* ***les dimensions du soin, physique, le moral, et l'entourage aussi****.* Nous pouvons constater que **les attendus et les besoins des patients ne sont pas le même dans le service différent.** Il est nécessaire d’adapter notre prise en charge selon le service. L’expérience dans chaque service permet aux infirmiers de mettre en place **outil d’adaptation** qui est définit par Mme PAILLARD comme suivant « ***le changement est la modification cognitive et psychologique*** *d'un individu à partir d'une situation relationnelle en rapport avec une situation antérieure ».* Mme C ajoute *« Déjà que juste deux cultures différentes, c'est difficile à composer, mais si tu rajoutes en plus une difficulté de communication, en fait, on a du mal à pouvoir avancer et puis juste se comprendre, et ça, ça peut être très embêtant »*. Cela est confirmé par le Centre Léon Bérard *« Les pratiques culturelles ou des coutumes très spécifiques sont sources d’****incompréhensions****, de****frustrations****et de****malentendus****entre soignant, soigné et entourage, notamment autour de la fin de vie ou du décès.*

### **6.2.2 La communication**

#### **6.2.2.1 La barrière linguistique**

IDE A décrit « *…faire le patient adhérer dans la mesure du possible aux soins, mais* ***non imposer*** *des soins la barrière linguistique qui, comme on a dit, peut effectivement* ***compliquer certaines prises en charge****. Mais nous, de notre côté, c'est à nous de rechercher les solutions en cherchant un interlocuteur soit dans l'entourage* », *« pour l’équipe, ce n’était pas possible de laisser le monsieur dans le flou avec des informations qu'on* ***ne savait pas s'il avait bien compris ou non****»,* « *Et finalement, on arrive quand même à se comprendre assez facilement dans notre service ».* Mme B mentionne *« ça se passe bien », « C'est beaucoup plus difficile, je pense, que dans d'autres où il n'y a pas des personnes référentes dessus ».* Mme C aborde *« quand on ne connaît pas, quand* ***c'est l'inconnu et l'incompréhension, ça peut mettre des freins autant des deux côtés****. C'est-à-dire que nous, on ne va pas forcément comprendre ou pouvoir anticiper les... On va pouvoir anticiper les difficultés qu'a le patient et pareil,* ***le patient ne va pas forcément pouvoir nous communiquer ses difficultés ou ses incompréhensions parce qu'on se met une incompréhension de ce côté-là****.* Cela nous rappelle aussi la **définition de la barrière linguistique** cité par Mme PAILLARD*, « c’est l’expression qui désigne* ***une compétence linguistique freinée*** *par l’usage non approprié d’une langue différente d’une autre à un moment donné ».*  C’est expliqué dans le modèle « **Jacobson** »*.* Si le récepteur ne comprend pas le langage il ne peut pas décoder l’information et nous ne pouvons pas avoir le feed-back. De plus, **la culture et l’éducation, les valeurs sont les filtres** qui impactent la qualité de la communication.Les infirmiers rencontrent la difficulté à la communication si le patient a une barrière de la langue. Malgré cette barrière les infirmières arrivent à prodiguer les soins transculturels en mettre en place les techniques d’adaptation.

#### **6.2.2.2 La communication verbale et non verbale**

IDE A dit *« (les proches) Puisse* ***comprendre dans sa langue, puisse comprendre exactement ce qui se passe.*** *Parce que pour nous, ce n’était pas possible de laisser le monsieur dans le flou avec des informations qu'on ne savait pas s'il avait bien compris ou non ».* Cela nous rappelle la loi Kouchner du 4 mars 2002, article R4312-14 : « **Le consentement libre et éclairé** de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas.Lorsque le patient, en état **d'exprimer sa volonté**, […] » Il convient aussi de rappeler l’article L. 1111-2. *– « Toute personne a* ***le droit d'être informée sur son état de santé »*** et **Le serment d’Hippocrate** engage chaque médecin : ***« J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences ».***

IDE B répond *« On a tous des* ***bases un peu d'anglais****, donc on arrive à* ***faire les gestes en même temps****», « on réussissait quand même à se faire comprendre grâce* ***aux gestes, grâce à des petits mots comme toilette.*** *Si pour la douleur, ils vont* ***toucher la poitrine****, ils vont dire, ils vont faire des* ***grimaces****, ils vont dire qu'ils* ***ont mal ou quoi que ce soit****. S'ils ont mal ailleurs, ils vont* ***toucher le ventre ou le bras****, etc. Donc finalement, leur communication est quand même assez* ***explicite****. On arrive facilement à s'en sortir. Et si c'est compliqué, eux-mêmes, ils ont des moyens pour se faire comprendre. C’est assez simple de se faire comprendre*». Cela est confirmé par Albert MEHRABIAN a étudié **la communication orale** *: « la règle des 3 V » : « Part de* ***Verbal, de Vocal et de Visuel*** *dans une communication orale [7* ***%*** *de la communication est Verbale, 38 % de la communication est Vocale (ou paraverbale),* ***55 %*** *de la communication est Visuelle (ou non verbale)].*

IDE C mentionne *« Déjà que juste* ***deux cultures différentes, c'est difficile à composer****, mais si tu rajoutes en plus une difficulté de communication, en fait, on a du mal à pouvoir avancer et puis juste se comprendre, et ça, ça peut être très embêtant…Alors déjà, il faut savoir que le français parlé et* ***le français écrit, c'est quand même différent.*** *Moi, en plus, venant du Sud, j'emploie plutôt* ***un langage plutôt familier****. Donc avec les patients qui sont français de naissance, ce n’est pas un souci. Cependant, je sais que mon parler, qui est plutôt familier, c'est-à-dire je vais faire des raccourcis, je vais... Ça peut être compliqué sur des patients qui ne parlent pas très bien le français, voire pas du tout ». Elle complète en disant « Donc je vais plutôt employer un* ***langage basique, des phrases courtes, parce que si tu fais des phrases trop longues,*** *en fait, tu les perds. Et ensuite, tu vas pouvoir utiliser tout ce qui est à disposition pour aider, justement, pour aider à la communication. Mais ça sera* ***des gestes basiques. Parce que des fois, en fait, si la patiente est dans son lit, si toi t'es à côté de la porte****,* ***la communication va être plus difficile.*** *Donc vraiment leur parler* ***en face à face pour qu'ils puissent voir toi, tes expressions, etc. Pour qu'ils puissent à peu près deviner****. Utiliser* ***aussi des gestes, des gestes simples****. Après, généralement, quand le patient reste un moment, on arrive à échanger* ***sur les trucs basiques qu'on demande tout le temps, la douleur, le transit.*** *Comme Mme* ***TERRAT*** *a cité dans sa définition* ***«****la* ***communication non-verbale*** *est le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers* ***d'attitudes corporelles et faciales****. Par exemple, soutien du regard, intonation de la voix, gestes, proximité avec l’interlocuteur, mouvement des mains.* ***La communication paraverbale*** *englobe tout ce qui accompagne directement le langage verbal et qui a rapport* ***avec la voix et l’expression vocale****. Il est plutôt question du****ton de la voix en communication, le timbre, le débit, la puissance, la diction, les temps de pause****…. La communication verbale désigne* ***l'ensemble des éléments linguistiques transmis par la voix, voire par des gestes et qui renvoie à des codes de langage précis, comme la langue des signes****. Il est nécessaire que l’infirmier adapte sa mode de communication selon la littératie de patient afin de faciliter la compréhension. C’est la première technique nous pouvons mettre en place dans le service.*

IDE A évoque que *« admettons, je ne sais pas si c'est* ***un Américain****. Il faudrait que ça aille vite ». Cela m’évoque la notion de* ***chronémie.***

#### **6.2.2.3 Les proches/famille ou soignants dans le service**

IDE A cite « *la barrière linguistique qui, comme on a dit, peut effectivement* ***compliquer certaines prises en charge.*** *Mais nous, de notre côté, c'est à nous de rechercher les solutions en cherchant un interlocuteur soit dans* ***l'entourage****, Parce que dans l'entourage, parfois, il peut y avoir des personnes qui peuvent* ***parler les deux langues et faciliter justement la relation soignants-Soignée****»*,***« la******population de patients est très mixte et la population de soignants également est très mixte »*** *Et ça, c'est pour moi un très gros avantage dans l'hôpital public, en tout cas en Ile-de-France »,« On aura* ***toujours une ressource****, mais ça multiplie les interlocuteurs et* ***ça rallonge le temps d'accès à cette personne****.*IDE B explique *« On a déjà des personnes référentes (soignants polyglottes) dans le service… »,* IDE C explique *« ...hyper difficile de pouvoir introduire la notion sans la langue et sans ses* ***familles*** *parce que des fois on a aussi des familles qui peuvent nous aider et l'entourage mais des fois il n'y a personne ». « A l'embauche, ils te demandent si tu parles quelle langue. Ils te rajoutent dans la liste, en fait, si tu parles une langue supplémentaire, genre l'italien, etc. Et du coup, normalement, quand tu as des difficultés d'interprétation, tu peux appeler sur cette liste le professionnel pour qu'il puisse venir t'aider. Mais elle n’est pas très bien faite ».*

C’est confirmé par l’article ‘Intercultural communication in long-term care : The perspective of relatives from Switzerland’: le résultat d’étude suite à l’entretien avec les proches des patients mettre en évidence 4 catégories de nécessité*: «* ***Percevoir la communication comme un besoin, prendre en compte le désir de reconnaissance des proches, favoriser la volonté des soignants et Connaître les opportunités et les défis de la communication interculturelle’***

#### **6.2.2.4 Utilisation d’application téléphonique et des pan cartes**

IDE A répond « *on fait* ***preuve d'imagination, c'est-à-dire que ça peut passer par des pancartes.*** *Si la personne peut écrire, elle écrit dans sa langue, ensuite on traduit grâce à* ***Google Traduction****. Ça peut être Google Traduction où on écrit ce qu'on veut dire, ensuite on fait lire au patient, on fait écouter au patient. Ça* ***ne marche pas toujours*** *parce que Souvent, il y a des délais, il y a des... Voilà, en fonction de la région, ce n’est pas tout le temps la même langue. Mais voilà, on se débrouille comme on peut.* ***La diffusion de l'information, soit par l'entourage, soit par l'interprète, soit par les outils du service, les pancartes, le téléphone****.*

Selon IDE B*, « C’est vrai qu'il y a d'autres applications. Je crois qu'il y a l'application* ***Medipicto*** *qui peut être utilisée. Les patients eux-mêmes, ils ont leur propre application quand ils ne sont pas forcément d'origine française. C’est assez explicite. On arrive facilement à s'en sortir. Et si c'est compliqué, eux-mêmes, ils ont* ***des moyens pour se faire comprendre****».*C’est validé par le métanalyse ‘utility of mobile technology in medical interpretation’*, Les applications mobiles, en particulier celles qui permettent l’interprétation vidéo, facilitent l’accès à des interprètes médicaux à distance avec* ***une grande satisfaction*** *des cliniciens et des patients.* *En revanche, IDE C explique « on ne savait pas trop ce qui passait, ce qui ne passait pas. Et puis, en fait, il y a ces interprétations. C'est-à-dire que Ouais, en fait, quand on a commencé à parler de choses qui lui faisaient peur, en fait, elle n'entendait pas. C'est encore plus compliqué. Avec Google Traducteur, c'est impossible », « Une fois on l’a utilisé pour demander au patient s’il a des nausées. Je sais pas ce qui est traduit. Il a rigolé ».*

**6.2.2.5 Les médiateurs culturelles**

IDE A exprime « *qu’ils ont activé le réseau de traducteurs de l'hôpital face à une situation traumatique chez un patient étrangère allophone qui avait pu trouver une personne que cette personne ne pouvait pas systématiquement se déplacer. C'est-à-dire qu'elle a dû se déplacer peut-être une ou deux fois, une fois pour l'annonce, donc dans les premiers jours, pour expliquer en détail au mari de patient ce qui s'était passé, puisse comprendre dans sa langue, puisse comprendre exactement ce qui se passe* », « ... *si ça se passe la nuit... ce sera(interprète) souvent sur les heures ouvrables. La personne n'est pas disponible tout le temps. Elle est disponible que sur ses jours de travail. Donc, il y a un délai pour la famille, pour les accompagnants, même pour la personne qui a la capacité de s'exprimer. Il y a un délai qui est assez conséquent pendant lequel je pense que le patient et son entourage restent dans le flou ». »* *« Si on a de traducteur, c'est difficile d'être certain de ce que la personne comprend. On n'est jamais sûr de ce qu'elle comprend ».*

Selon IDE B, « *il y a* ***des interprètes. On n'a jamais eu d'utilité****. Selon IDE C, «****C’est déjà difficile d’avoir un interprète »****. Les 3 IDE évoque presque la même idée. C’est qu’ils ne utilisent pas des traducteurs sauf les situations rares.* C’est confirmé par l’article ‘Analyse critique des méthodes de communication avec les patients allophones en soins primaires’*, « la mise à disposition sur l’ensemble des territoires d’un accès à de* ***l’interprétariat professionnel*** *financé pour les professionnels de santé apparaît* ***nécessaire*** *pour permettre l’accès à une médecine efficiente et culturellement adaptée pour les patients allophones »*.

### **6.2.3 La culture**

#### **6.2.3.1 La laïcité**

IDE A évoque « *Il faut savoir qu'on est en France et les soins doivent se passer dans* ***un contexte de laïcité****, c'est-à-dire dans le* ***respect de la culture de l'autre****. Cependant, l'hôpital français est quand même basé sur une culture, on va dire, française. Il y a plusieurs choses à prendre en compte ; la culture institutionnelle, la culture du soignant et la culture du soigné. Et tout ça mélangé, il faut savoir composer avec. C'est-à-dire qu'il y a certaines choses que l'hôpital ne peut pas tolérer. Il y a certaines choses que le patient ne peut pas tolérer »*

#### **6.2.3.2 Le soins transculturalité**

IDE A mentionne *« certains soins ne font pas partie de certaines cultures, donc on doit aussi respecter » .*Selon IDE C « *c'est qu'ils puissent parler de toutes leurs peurs, toutes les questions qu'ils ont par rapport à l'inconnu qu'ils vont avoir. Alors qu'en fait, 90% des angoisses sur ça, en fait, les gens très angoissés qui ont beaucoup de questionnements, en fait, on pourrait peut-être éliminer en répondant simplement à leurs questions », « En fait, ce n’est pas très suivi, alors que c'est quand même essentiel, ... Le problème, c'est qu’on ne sait jamais ce qui est traduit, en fait. Et dans notre métier, parfois on annonce des diagnostics, des arrêts de... Enfin tu vois, une aggravation de la maladie, peut-être une mort prochaine entre guillemets, c'est-à-dire... Dans certaines cultures où on ne parle pas de la mort, bah des fois, il y a des fois des patients ou des enfants de parents qui ne parlent pas la langue qui disent mais en fait on ne va pas lui dire ou... Et donc le problème c'est qu’on ne sait jamais qu'est-ce qui est traduit »*

Elle ajoute aussi, « *il faut savoir que la maladie, sexualité, tous ces thèmes, dans certaines cultures, c'est un tabou. L'image d'une personne malade dans certains pays et en France, ce ne sera pas la même. Tout comme la douleur, la gestion de la douleur. …C'est-à-dire que ce n'est pas notre famille, ce ne sont pas nos amis, donc forcément, on ne va pas être réguliers dans tous les cas. Mais par exemple, effectivement, on va pouvoir tenir la main, le toucher, c'est aussi important dans les soins. Et dans certaines cultures, il y a une pudeur qui s'en dégage. Et du coup, cette pudeur-là, Je pense que chaque soignant, quand même, on est capable de pouvoir l'interpréter et l'évaluer. C'est-à-dire que quand je vois bien que s'il y a quelqu'un qui jetons la main et qui retire sa main, je ne vais pas insister parce que je sais qu'il y a une certaine pudeur. Donc il faut apprendre à composer avec ça. Ce qui est difficile, quand tu ne parles pas la langue. d'avoir une autre vision de la culture que de savoir qu'en fait ce qui est notre normalité n'est pas la normalité de l'autre, si déjà les gens ils savent ça, ça permet de désamorcer des situations qui peuvent se tendre, parce que des fois c'est vraiment des erreurs de compréhension, des fois les échanges se tendent à cause de l'incompréhension de la langue, Mais si déjà on pouvait comprendre que dans certaines cultures il n'y a plus d'heures, dans certaines cultures on ne parle pas de la mort, on ne parle pas de la maladie, ou alors on a une vision, ou alors on a une image, la famille est très, la famille qui est très impliquée ne peut pas comprendre par exemple les enjeux d'une maladie chronique, par exemple rien que les diabétiques* », *« en fait, je lui(un patient) ai déposé un ovule gynéco, mais elle l'a avalée par la bouche. Parce qu’elle ne l’avait jamais vue et qu'en fait, on ne s’était pas compris. Et que moi, ça me paraissait... Pour moi, c'était une... Pour moi, ma normalité faisait que tout le monde connaissait ça ».* Cela nous évoque l’article R4312-11du code de la santé publique : « *L’infirmier doit écouter […] notamment,* ***leur origine****, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille****, leur croyance ou leur religion,*** *[…], les sentiments qu’il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale* »

IDE A répond « *il y a des gens qui naissent en France mais qui ont quand même la culture de leurs parents, qui ont de cultures différentes. Il y a des gens qui viennent de l'étranger qui arrivent avec leur culture alors c'est très difficile pour moi de chiffrer les patients de culture différents. En tout cas en région parisienne, il y a plus de 50% de la population à l'hôpital ou à l’extérieur qui, ça ce sont des chiffres à moi, mais qui partagent une autre culture que celle de la France exclusivement. C'est-à-dire que si le patient refuse des soins, ne comprend pas certains soins, qui lui sont proposés, c'est à nous déjà d'expliquer l'intérêt du soin, de faire en sorte que le patient adhère au projet de soin. Si ce n'est pas le cas, si c'est un refus, c'est aussi le respect de la culture de l'autre et des croyances des valeurs de l'autre. Donc, bien évidemment, si ça entrave les soins, parfois on peut se retrouver en difficulté* ». Cela nous rappelle la définition de culture par **l'UNESCO**: « *la culture est l'ensemble des traits spirituels, matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société. Elle englobe* ***les arts, le mode de vie, les droits de l'homme, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances****. La culture façonne les individus et les sociétés, en favorisant l'unité par le biais de valeurs et de traditions partagées »*. Dans le champ disciplinaire sociologie et la définition de **E.B. Tylor,** « *l'ensemble des connaissances, croyances, arts, lois et coutumes acquis par l'homme en tant que membre d'une société* ». Il est nécessaire que l’infirmier suivie l’article R 4311-2 « *Les soins infirmiers intègrent* ***qualité technique et qualité des relations avec le malade … en tenant compte de ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle ».*** IDE A répond que les visions du soin, de la santé, sont totalement différentes d'un pays à l'autre et autant que soignant nous devons le respecter.

IDE B explique « où ils ont leur moment de prière ou quoi que ce soit je vais poser les médicaments, je leur laisse leur temps parce que c'est dans leur chambre. Ils peuvent faire ce qu'ils veulent et je reviendrai après. Donc c'est le respect aussi des croyances de l'autre finalement. Cela nous évoque le soins transculturalité définit par LEININGER comme étant « ***« une étude comparative des cultures pour comprendre les similitudes (universalité culturelle) et les différences (culturellement Spécifiques) parmi les groupes d'humains***Selon l’article ‘Interculturel communication in long-term care : The perspective of relatives from Switzerland’: le résultat d’étude suite à l’entretien avec les proches des patients mettre en évidence 4 catégories de nécessité: « ***Percevoir la communication comme un besoin, prendre en compte le désir de reconnaissance des proches , favoriser la volonté des soignants et Connaître les opportunités et les défis de la communication interculturelle’.*** IDE A ajoute aussi ***«****je pense encore que on a tendance à imposer notre culture du soin aux patients. Je pense que c'est encore quelque chose qui se fait malheureusement. ».* Cela nous montre la formation culturelle est nécessaire.

#### **6.2.3.4 La compétence culturelle**

*IDE A cite « Je pense qu'une formation autour de la culture dans les soins aiderait à comprendre, à prendre de la distance avec certaines situations. Il y a la spiritualité qu'il faut respecter, parce que ça rentre dans les croyances et les valeurs »*. IDE B explique « *je crois que quand t'es à l'école, on te dit qu'il y a quand même* ***la proxémie, qu'il faut respecter l'intimité du patient, etc. Donc ce côté dans la relationnelle, du côté relationnel*** *qui est montré à l'école est très bien. C'est vrai qu'on ne montre pas beaucoup le côté communiqué avec un étranger, puisque quand tu vois, quand tu arrives dans le service et qu'on te dit qu'il y a une* ***barrière de la langue****, ça peut provoquer quand même* ***un petit stress*** *ou une peur de se dire, est-ce que je vais pouvoir identifier à tous les besoins du patient ? Donc ça crée quand même un certain stress chez les infirmières*. *Mais c'est vrai qu'en général, dans la formation, on apprend quand même la proximité, la discrétion professionnelle, le respect de l'intimité de l'autre. Donc elle a quand même un impact dans la prise en charge après. Mais on sera toujours plus performants quand on apprend directement en pratiquant parce que c'est toujours un peu de la théorie, même s'il y a quand même les TD.* Mme C’est aussi d’accord concernant la compétence culturelle. Selon elle, *« la culture (de patient) qui est en face de nous est* ***inconnue****.de connaître un peu, ça serait bien qu'on ait des clés des formations c'est... ça serait intéressant ».* C’est confirmé par le site Editorial Board*,« La compétence culturelle est une faculté indispensable aux futurs soignants pour accueillir et prendre en soins un public diversifié et chaque patient dans son unicité ».*

### **6.2.4) L’adaptation**

Chaque IDE sont proposés des solutions afin d’améliorer la prise en charge des patients étrangères allophones. Selon IDE A propose mettre en place des numéros (des interprètes), faciliter l'accès à l'interprète, le développement, le renforcement de la compétence culturelle, s’appuyer sur les différences culturelles au sein même des équipes. IDE B propose «  *il y ait un numéro pour dire voilà si vous parlez arabe et que vous avez besoin d'aide, Vous pouvez appeler ce numéro-là, qui est disponible dans l'hôpital, pour aider. Parce qu'il n'y a pas forcément que le portugais ou l'arabe, il y a beaucoup d'autres langues qu'on ne connaît pas. Donc, évidemment, on ne peut pas faire pour toutes les langues. Mais les personnes qui parlent majoritairement, je te dis, n'importe quoi, espagnol, peut-être mettre un numéro pour dire, voilà, si vous parlez espagnol et que vous n'arrivez pas à vous faire comprendre, vous pouvez appeler ce numéro-là. Donc, ça pourrait être une idée. Je ne sais pas si c'est faisable, mais ça pourrait* ». C’est confirmé par l’article ‘Analyse critique des méthodes de communication avec les patients allophones en soins primaires’*, « la mise à disposition sur l’ensemble des territoires d’un accès à de* ***l’interprétariat professionnel*** *financé pour les professionnels de santé apparaît* ***nécessaire*** *pour permettre l’accès à une médecine efficiente et culturellement adaptée pour les patients allophones »*.

Selon IDE C « *de bien mettre en place ces listes de traducteurs, de savoir que nous, on puisse appeler... ça lui paraît essentiel que ça doit faire partie quand on accueille un nouvel employé », « d ’avoir quand même une liste de traducteurs à qui on peut appeler. Pour des situations un peu bloquées où la communication était compliquée, c'est-à-dire on n'arrivait pas à communiquer, on ne se comprenait pas au niveau de la langue, et qu'en plus la culture faisait que ça mettait une barrière supplémentaire, ces personnes arrivent à, justement, qui connaissent bien la culture de l'autre, arrivent à décortiquer pour nous aider à trouver des clés et des solutions pour que ça se passe mieux* ».

En comparant les apports théoriques et l’entretien avec IDE, nous pouvons constater qu’il y a de multiples similitudes entre eux.

Donc les patients qui ne vont pas nous apporter de réponses forcément. On a tendance à penser que ça ne va que dans un sens, c'est-à-dire de nous aux patients.

les soins doivent se passer dans un contexte de laïcité, c'est-à-dire dans le respect de la culture de l'autre. Cependant, l'hôpital français est quand même basé sur une culture, on va dire, française. Il y a plusieurs choses à prendre en compte ; la culture institutionnelle, la culture du soignant et la culture du soigné. Et tout ça mélangé, il faut savoir composer avec. C'est-à-dire qu'il y a certaines choses que l'hôpital ne peut pas tolérer. Il y a certaines choses que le patient ne peut pas tolérer. Certains soins ne font pas partie de certaines cultures, donc on doit aussi respecter cela.

elles sont coûteuses, mais prises en charge. Souvent, on prend plus le temps. Un Américain hospitalisé ici, qui va payer des frais d'hospitalisation qui vont être très coûteux rapidement en réanimation, par exemple, il voudra que ça aille vite. Déjà, pour moi, ça, c'est une différence de culture, de vision des choses,

c'est quand même une différence. Après il y a des familles qui sont aussi beaucoup dans le remerciement c'est à dire que l'essentiel c'est que la personne soit prise en charge pour eux c'est déjà une bénédiction que la personne soit à l'hôpital et qu'elle reçoive des soins et du coup elles seront d'emblée déjà dans je ne sais pas les remerciements mais je sais que d'autres attendent beaucoup plus.

, je me pose la question, où se trouvent ces numéros ? Alors, on a une carte de service. certes, mais... Si la cadre n'est pas là, il faut savoir composer. On aura toujours une ressource, mais ça multiplie les interlocuteurs et ça rallonge le temps d'accès à cette personne.

La vision du corps humain, Il y a des pays où par exemple la spiritualité occupe une grande partie du soin, tandis que d'autres pays, souvent ce sont les pays les plus développés, les Etats-Unis, la France, ces pays-là ont une vision beaucoup plus théorique, scientifique du soin.

je vais redemander à la cadre qui on doit activer, quelle personne on doit appeler pour avoir des interprètes

en France, on est plus sur les connaissances, le scientifique, donc on va plutôt se baser sur les compétences.

ma collègue qui parle arabe, donc c'est rassurant.

Justement, c'est de pouvoir apprendre à composer avec le patient, avec ce qu'il sait faire

ethno praticien...

## **6.3 Limite de l’outil**

# **7 Discussion**

# **Conclusion**

# **Bibliographies**

Article à partir de ressource électronique

1. Déméter santé. « Mehrabian : La règle des 3V ». [Consulté le 19 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.demeter-sante.fr/2022/11/19/les-3v-de-mehrabian/>
2. Editorial Board. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 140, no 1. Janvier 2023): <https://doi.org/10.1016/S1879-7296(23)00002-9>.
3. FNCC. Collectivités pour la culture. Les six tendances des pratiques culturelles en France. [En ligne] [consulté le 1 octobre 2024]. Mis en ligne le 18 mars 2024. Disponible sur  <https://www.fncc.fr/blog/les-six-tendances-des-pratiques-culturelles-en-france/>
4. INSEE. L’essentiel sur... les immigrés et les étrangers. [En ligne] [consulté le 1 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
5. INSEE. Immigrés et descendants d’immigrés. Santé et recours aux soins. [En ligne] [consulté le 1 octobre 2024]. Mis en ligne le 30 mars 2023. Disponible sur :  <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793288?sommaire=6793391>
6. INSEE. Immigrés et descendants d’immigrés en France. Édition 2023. Pdf p146-147. Disponible sur : IMMFRA23.pdf
7. JOURNET Nicolas. Penser la culture. [Publié le 01 novembre 2000] [Consulté le 3 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.scienceshumaines.com/penser-la-culture_fr_901.html>.
8. Mathieu. Communication para verbale: importance dans l’art de la communication . *Penser et Agir : Le développement personnel par l’action !* (blog), 7 octobre 2019. <https://www.penser-et-agir.fr/communication-para-verbale/>.

Minorités culturelles – Concept, caractéristiques et exemples. *ConcepToit* (blog). 30 mars 2022. [Consulté le 8janvier 2024]. Disponible sur<https://conceptoit.net/minorites-culturelles/>.

Qu’est-ce que la communication verbale et comment l’améliorer. Consulté le 11 janvier 2025. <https://blog.hubspot.fr/service/communication-verbale>

SPF. La Santé en action, Mars 2021, n°455 Migrants en situation de vulnérabilité et santé. [Publié le 23 avril 2021]  
[Mis à jour le 14 juin 2023] [Consulté le 2 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>.

SANTELLI. Emmanuelle. Immigrés et descendants d’immigrés entre ressemblances et spécificités : les dangers des amalgames. *Migrations Société* 111112, no 3 (2007).pages 189‑200. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/migra.111.0189>.

RODRIGUEZ, Pr Amélia. Qu’est-ce que l’échantillonnage de convenance ? Et quand est-il utilisé ? *Statorials* (blog), 5 août 2023. Disponible sur : <https://statorials.org/echantillonnage-de-commodite/>

UNESCO.  Le secteur de la culture. [Consulté le 28 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.unesco.org/fr/culture/about>

Textes réglementaires

1. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance ». Consulté le 4 novembre 2024. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051>
2. Article R4312-11. Code de la santé publique. Légifrance. [Consulté le 1 novembre 2024]. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496818>
3. Article R4311-2. Code de la santé publique. Légifrance . [Consulté le 21 septembre 2024]. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889>
4. Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance. Consulté le 28 septembre 2024. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/2022-05-01//](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/2022-05-01/)

Ouvrages

1. BRAMI, Alexandrine. Acculturation : étude d'un concept. DEES, n°121. Octobre 2000. p.54.
2. HERAN, François. Étranger, immigré : quelle différence ? 2021. Pages 26‑31
3. IN KEROUAC, S. La pensée infirmière. Canada : Chenelière Education. 3ème édition. 2010.
4. MANOUKIAN, A., DARDÉ M.C., MASSEBEUF, A. La relation soignant-soigné. 2014. Édition Lamarre.page.5
5. PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème édition. 2023. Page-12
6. PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème édition. 2023.page-69
7. PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème édition. 2023.page-564
8. PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème édition. 2023. pages 448-449
9. PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème edition. 2023.page-446
10. TERRAT, Evelyne. La communication fonctionnelle. L’aide-soignante.Vol.27. N° 150. Octobre 2013.pages 12-14.

Revue de la littérature

ARICAT, Aurel. JEGO-SABLIER, Maeva. VERMESCH Marie. Analyse critique des méthodes de communication avec les patients allophones en soins primaires. Une revue systématique de la littérature. *Santé Publique* 36, no 4. [Consulté le 18 septembre 2024]. pages.101‑110. Disponible sur : https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2024-4-page-101?lang=fr&tab=texte-integral

ES-SAFI, Latifa. La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d’origine étrangère et le personnel soignant. *Pensée plurielle* 3, no 1 (2001) : pages.27‑34. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2001-1-page-27>

1. KOHN, Laurence. WENDY, Christiaens. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. nᵒ 4.2014. pages.67‑82. [Consulté le 08 janvier 2025]. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67?lang=fr#s1n2
2. LATIFOVIC, Esmeralda. HÄNDLER-SCHUSTER, Daniela. Intercultural communication in long-term care: The perspective of relatives from Switzerland. Science-direct. [En ligne] [Consulté le 17 novembre 2024].Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.u-paris.fr/science/article/pii/S1865921723000326?via%3Dihub>

SCHWARZINGER, Michaël. Usage et opportunité du recours à l’interprétariat professionnel dans le domaine de la santé [format pdf]. Décembre 2012.pages. Disponible sur : [Evaluation médico-économique des dispositifs d’interprétariat professionnel](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf)

1. XINYU, Ji. CHOW, Ellen. ABDELHAMID, Kenzy. NAUMOVA, Darya. K.V. MATE Kedar. BERGERON, Amy. LEBOUCHE, Bertrand. Utility of Mobile Technology in Medical Interpretation: A Literature Review of Current Practices. *Patient Education and Counseling* 104, no 9 (septembre 2021): 2137‑45. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.u-paris.fr/science/article/pii/S0738399121001178>

Les applications

1. Zotero-bibliographie
2. Transkriptor

# **7 Annexes**

## **7.1 Le Lexique**

IDE- Infirmier diplômé d'Etat

INSEE-L ’institut national de la statistique et des études économiques

FNCC-La Fédération Nationale des Coopératives de Consommateurs

SPF-Santé Publique France

UNESCO- L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

## **7.2 Guide d’entretien**

1. Quelles difficultés rencontrez-vous dans le service concernant la prise en charge des patients de cultures différentes ?

2. En quoi le défaut de compréhension avec les patients de cultures différentes a un impact sur la qualité des soins ?

3.Quelles sont les ressources que votre service mobilise dans la prise en charge des patients de cultures différentes ?

4.Comment adaptez-vous la prise en charge face d’un patient ayant une culture différente de la vôtre pour éviter des mauvaises interprétations ? Comment interprétez-vous les réponses non-verbales ?

5.Selon vous, comment pourrions-nous améliorer la prise en charge des patients de cultures différentes à l’avenir ? Qu’attendez- vous de votre service et de l’équipe pluridisciplinaire pour améliorer cette prise en charge ?

6.Quelles représentations avez-vous des patients non-francophones dans votre service ?

7. Quelles attitudes/ postures peuvent adopter les infirmiers pour assurer une meilleure prise en charge des patients de cultures différentes ?

8.Voulez-vous évoquer autre chose en rapport avec ce sujet qui vous semble pertinent ?

## **7.3 Entretien IDE-1**

Tout d’abord, je vous remercie d’avoir accepté de répondre à mon questionnaire d’enquête exploratoire. Je demande votre consentement pour l’enregistrement vocal, qui sera détruit après retranscription. Votre nom sera anonymisé dans mon travail.

***1******.Quelles difficultés rencontrez-vous dans le service concernant la prise en charge des patients de cultures différentes ?***

Une des principales difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients de cultures différentes est la barrière linguistique. Cette barrière complique la communication et limite notre capacité à bien comprendre leurs besoins, leurs préoccupations ainsi comme leurs attentes. Sans une communication efficace, il devient difficile d’expliquer les procédures, les options de traitement, ou encore de répondre de manière adaptée à leurs questions et inquiétudes. Cela peut également engendrer des malentendus qui affectent la qualité des soins et la satisfaction des patients. Une autre difficulté également importante est liée à la perception de la santé et de la maladie, selon la culture des patients, car ils peuvent avoir des croyances et des pratiques spécifiques en matière de santé qui influencent leur approche des soins, leur compréhension des maladies et leur disposition à suivre les traitements proposés. Il y a un manque de formation et de sensibilisation chez les professionnels de santé. J’espère que ma réponse est complète

***2.En quoi le défaut de compréhension avec les patients de cultures différentes a un impact sur la qualité des soins ?***

Déjà, une erreur de compréhension pourrait amener à un diagnostic erroné, car une mauvaise anamnèse peut entraîner des erreurs dans l'évaluation de l'état de santé, avec le risque d’un diagnostic inapproprié ou incomplet. (Le silence). En même temps, un problème de compréhension peut avoir un impact significatif au niveau de l’information du patient et peut entraîner un échec du traitement, des complications, des malentendus (tels qu’une confusion sur les médicaments, les doses, ou les consignes à suivre) et une ré hospitalisation.

***3.Quelles sont les ressources que votre service mobilise dans la prise en charge des patients de cultures différentes ?***

Des médiateurs culturels

Des interprètes ou services de traduction. (elle sourit en disant que ~~mais~~ ce n’est pas facile d’avoir un médiateur culturel. Ça prend du temps dans mon service. On appelle parfois nos collègues qui parlent la même langue)

La formation en compétences culturelles pour le personnel médical

L’utilisation de matériel éducatif (pictogrammes, images, les gestes, l’informatique) et de la communication adaptée aux différentes cultures.

**4.*Comment adaptez-vous la prise en charge ~~face~~ d’un patient ayant une culture différente de la vôtre pour éviter des mauvaises interprétations ? Comment interprétez-vous les réponses non-verbales ?***

En présence de barrières linguistiques importantes et lorsqu’il s’avère nécessaire soit de récolter des informations importantes, soit d’expliquer quelque chose au patient (éducation), nous faisons appel à des médiateurs culturels qui sont plus fiables que les dispositifs de traduction, évitant ainsi de se fier à des interprétations approximatives qui pourraient induire en erreur. On se base également sur l’Observation des réponses non-verbales, telles que le langage corporel, les expressions faciales et les gestes pour comprendre les émotions et les réactions des patients

**5.*Selon vous, comment pourrions-nous améliorer la prise en charge des patients de cultures différentes à l’avenir ? Qu’attendez- vous de votre service et de l’équipe pluridisciplinaire pour améliorer cette prise en charge ?***

Pour améliorer la prise en charge des patients de cultures différentes, il serait pertinent d'intégrer davantage les avancées technologiques, notamment l'intelligence artificielle (IA), où l’IA pourrait jouer un rôle central en facilitant des traductions spécifiques des termes médicaux, en adaptant le langage en fonction de la culture, sans oublier des technologies de reconnaissance des émotions pour interpréter la communication non-verbale. Cela pourrait combler certains problèmes comme la disponibilité 24h sur 24h et 7jours par semaine. Il serait aussi pertinent de renforcer la formation en compétences culturelles pour tous les personnels de santé, d’augmenter l’accès aux services d’interprétation et de traduction, de développer des protocoles de soins qui intègrent les considérations culturelles et d’encourager la diversité dans le recrutement des professionnels de santé.

***6.Quelles représentations avez-vous des patients non-francophones dans votre service ?***

Plusieurs… comme le courage, car une grande partie d'entre eux sont des réfugiés ayant vécu des expériences de vie très difficiles avant d'arriver ici. Parfois, ils peuvent apparaître comme réservés, voire méfiants, ce qui peut être lié à des expériences passées marquées par des traumatismes ou une méfiance envers les institutions.

Une autre représentation qui émerge est celle de la polypathologie, car ces patients ont souvent un vécu particulier et complexe, ayant été privés d'un accès régulier à des soins de santé dans leur pays d'origine ou durant leur parcours migratoire. Ce manque de suivi médical peut entraîner des pathologies multiples et complexes, qui nécessitent une prise en charge également complexe.

Ces patients peuvent être perçus comme ayant des besoins spécifiques en matière de communication. Il est crucial de les voir comme des individus avec des droits égaux à des soins de qualité. D’où l’importance de l’empathie et de la compréhension des défis supplémentaires qu’ils peuvent rencontrer.

*7.****Quelles attitudes/ postures peuvent adopter les infirmiers pour assurer une meilleure prise en charge des patients de cultures différentes ?***

Être à l’écoute (savoir comment ils perçoivent leur maladie et ses représentations), empathie (ne pas oublier leur parcours parfois très complexe) et surtout avoir de la patience (surtout quand il y a une barrière linguistique importante.

Faire preuve de respect et d’ouverture d’esprit envers les différences culturelles.

Adopter une communication claire et éviter les jargons médicaux compliqués

*8.****Voulez-vous évoquer autre chose en rapport avec ce sujet qui vous semble pertinent ?***

Non, je trouve le thème très intéressant et les questions ont été bien choisies.

Il y a une Importance d’une approche centrée sur le patient et de la personnalisation des soins et une nécessité d’une collaboration étroite avec les familles et les communautés des patients pour mieux comprendre leurs besoins culturels et sociaux.

## **7.4 Grille d’entretien semi-directif 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Les thèmes | Les objectifs | Les questions | L’indicateurs recherchés |
|  | Connaitre son ancienneté dans ce service | Depuis quand êtes-vous diplômé ? | Année de diplomation |
| Connaitre combien d’année d’expérience dans ce service | Depuis quand travaillez-vous dans ce service ? | Année d’expérience |
| Evaluer la fréquence de la prise en charge des patients étranger de la culture différente dans votre service sur 24h | Combien de patients étrangers allophone prenez-vous on charge au sein de votre service tous les mois ou tous les ans ? Pouvez-vous me préciser une moyenne | Quantité |
| Evaluer le ressenti ou le vécu de la personne interrogée vis-à-vis d'une situation où elle prend en charge une patient étranger allophone | Si vous le pouvez, je vous invite à me raconter une de vos expériences emblématique (ou marquante) en lien avec une prise en charge avec un patient étranger allophone | Expérience vécue par la personne interrogée comme positive ou négative |
| 1. La relation soignant-soignée | Décrire la propre compréhension de la relation soignant-soignée de la personne interrogée  Comprendre les leviers et les difficultés rencontrées par les soignants lors d’une instauration/ développement d’une relation soignant avec les patients étrangers allophones | Question 1 : Selon vous, comment définiriez-vous de la relation soignant- soignée et pourriez-vous me préciser ses spécificités au sein de votre service  Question 2 : Comment la culture impacte-t-elle la relation soignant-soignée ? | -la définition de la relation soignant-soignée  -les croyances, les valeurs  -la barrière culturelle linguistique  -la confiance  -la proxémie |
| 2.La communication | Comprendre la variation de la communication non-verbale entre chaque culture. | Question 3 :  Comment la communication non-verbale varie d’une culture à l’autre ? | -communication verbale  -communication para-verbale( ton de la voix en communication, le timbre, le débit, la puissance, la diction, les temps de pause)  -communication non-verbale (soutien du regard, intonation de la voix, gestes, proximité avec l’interlocuteur, mouvement des mains) |
| Comprendre les outils relationnels, communication utilisée par le soignant dans le service | Question 4- Quand vous prenez en charge un patient étranger allophone, comment adaptez-vous votre communication, afin de garantir une compréhension adaptée auprès de ce dernier ? | -des supports matériels (pancarte, application numérique)  -des supports humains (interprétariat, méthode de communications particulière, apport de la famille). |
| 1. La culture-les généralités en lien avec la prise en charge d’un patient étranger allophone. | Comprendre les difficultés rencontrées par les soignants dans un service face à la prise en charge des patients étrangers allophones  Décrire comment la formation cultuelle permet d’améliorer la qualité de prise en charge patient étrangère de culture différent | Question 5 : quelles sont les difficultés les plus rencontrées au sein de votre service lorsque vous prenez en charge un patient ?  Question 6 : Selon vous quelles sont les difficultés les plus rencontrées lorsque vous prenez en charge des patients étranger allophone ?  Question 7 : Comment/En quoi la formation professionnelle des soignants sur l’approche interculturelle pourraient-elles, selon vous, améliorer la qualité de la prise en charge des patients allophones ? | Sur la relation soignant-soignée  Sur la communication adaptée et compréhensible pour le soigné et la soignant (l’acceptation du patient vis-à-vis des soins)  Sur l’instauration d’une alliance thérapeutique  Sur la gestion des risques(identitovigilance)  Sur quels aspects du soin une formation spécifique sur l’interculturalité permettrait d’améliorer qualitativement la prise en charge d’un patient étranger allophone |
| L’adaptation | Découvrir l’évolution de la prise en charge de patient étrangère dans le service hospitalier | Question 8: Selon vous, comment pourrions-nous améliorer la prise en charge patients étrangers allophones à l’avenir ?  Comment souhaiteriez-vous améliorer en équipe la prise en charge de patients allophones au sein de votre service ? | -Le développement / renforcement de la compétence culturelle  -facilité l’accès d’un interprète  -favorise la diversité culturelle des soignants pendant le recrutement. |
|  | Laisser évoquer librement l’interlocuteur pour compléter  sa parole. | Question 9 : Voulez-vous évoquer autre chose en rapport avec ce sujet qui vous semble pertinent ? | Sujet vaste (les concepts, les expériences, les conseils, les sujets choquants / interpellant) |

**7.5 Les transcriptions d’entretien**

### **7.5.1 IDE A**

**Depuis quand êtes-vous diplômé ?**

Alors je suis diplômé depuis 2016 donc ça fait 9 ans.

**Depuis quand vous travaillez dans ce service de réanimation ?**

Depuis ma diplomation octobre 2016

**1)Combien de patients étrangers allophone prenez-vous on charge au sein de votre service tous les mois ou tous les ans ? Pouvez-vous me préciser une moyenne ?**

Des patients polyglottes, on en a plus, qui parlent plusieurs langues. Donc les patients de cultures différentes, c'est difficile à chiffrer parce que ça dépend de période. C’est un peu près 25 patients par mois. Il y a des gens qui naissent en France mais qui ont quand même la culture de leurs parents, qui ont de cultures différentes. Il y a des gens qui viennent de l'étranger qui arrivent avec leur culture alors c'est très difficile pour moi de chiffrer les patients de culture différents. Pour moi c’est quotidien. En tout cas en région parisienne, il y a plus de 50% de la population à l'hôpital ou à l’extérieur qui, ça ce sont des chiffres à moi, mais qui partagent une autre culture que celle de la France exclusivement. Moyen, on doit en avoir 5 à 10 par mois, je pense qui ne parlent pas de tout le français.

**Si j’ai bien compris c’est le moyen par mois ?**

Bah ça arrive beaucoup, on a beaucoup de patients, comme on a des patients qui viennent de différents hôpitaux, et souvent ce sont des patients qui, en règle générale, qui viennent se faire soigner en France. Pas tout le temps mais c'est vrai. On en a eu pas mal, là on en a eu, en tout cas en février, on en a eu 15 au moins.

**Si vous le pouvez, je vous invite à me raconter une de vos expériences emblématique (ou marquante) en lien avec une prise en charge avec un patient étranger allophone ?**

Oui. J'en ai deux si tu veux. Alors la première, c'est une patiente... C'est une patiente coréenne en vacances en... à Paris. Donc avec un groupe de touristes. Elle est venue en vacances avec un groupe de touristes. Donc c'est une patiente qui ne parlait pas français. Elle était accompagnée par son mari. Elle a eu un accident, c'est un trauma crânien. Elle a été heurtée par une trottinette. Trauma crânien grave qui a nécessité une admission en réanimation. Et ce qui m'avait frappé, c'est qu'on a été face à une dame dans un état très grave, dans le coma, et sa personne référente, c'était bien évidemment son mari qui était présent au moment de l'accident, qui a été présent tout au long de son hospitalisation, sauf qu’il ne parlait pas un mot de français. C'est un groupe de touristes qui avait un guide qui faisait les traductions, etc. Sauf qu'une fois arrivé à l'hôpital, il n'y a plus de guide parce qu'on est hors de la visite touristique. Il n'y a plus de guide, il est livré à lui-même. Donc nous, on avait activé le réseau de traducteurs de l'hôpital qui avait pu trouver une personne Sauf que cette personne ne pouvait pas systématiquement se déplacer. C'est-à-dire qu'elle a dû se déplacer peut-être une ou deux fois, une fois pour l'annonce, donc dans les premiers jours, pour expliquer en détail au mari ce qui s'était passé. Donc c'est quelque chose qui se coordonne. Donc c'est prise de rendez-vous avec le mari et l'interprète et les médecins. Donc il y avait eu cette prise de rendez-vous-là pour que le mari, qui ne comprend pas tout, enfin qui ne comprend pas le français, l'anglais très peu, puisse comprendre dans sa langue, puisse comprendre exactement ce qui se passe. Parce que pour nous, ce n’était pas possible de laisser le monsieur dans le flou avec des informations qu'on ne savait pas s'il avait bien compris ou non. Donc on avait activé, on avait réussi à trouver l'interprète. Il ne pouvait pas se déplacer c'était par téléphone. C'est arrivé qu'on fasse appel à l'interprète mais par téléphone quand ils ne pouvaient pas se déplacer.

**Mais est-ce que l'interprète il est plutôt accessible même sur le téléphone ?**

Alors, pour moi, non, parce qu'il ne pourra pas être... Par exemple, si ça se passe la nuit... ce sera souvent sur les heures ouvrables. Donc, il y a un délai pour la famille, pour les accompagnants, même pour la personne qui a la capacité de s'exprimer. Il y a un délai qui est assez conséquent pendant lequel je pense que le patient et son entourage restent dans le flou.

**Dans ce cas-là, est-ce que vous avez un autre moyen pour contacter avec la famille ?**

Souvent, on fait avec nos moyens d’abord. Quand on n'a pas accès au traducteur, qui est pour moi le meilleur moyen de se faire comprendre, on utilise nos ressources. En fait, on fait preuve d'imagination, c'est-à-dire que ça peut passer par des pancartes. Si la personne peut écrire, elle écrit dans sa langue, ensuite on traduit grâce à Google Traduction. Ça peut être Google Traduction où on écrit ce qu'on veut dire, ensuite on fait lire au patient, on fait écouter au patient. Ça ne marche pas toujours parce que Souvent, il y a des dialectes, il y a des... Voilà, en fonction de la région, ce n’est pas tout le temps la même langue. Mais voilà, on se débrouille comme on peut. Et aussi, comme je disais tout à l'heure, c'est qu'on est en région parisienne, donc la population de patients est très mixte et la population de soignants également est très mixte. Et ça, c'est pour moi un très gros avantage dans l'hôpital public, en tout cas en Ile-de-France, c'est que souvent, Si je prends l'exemple, de patients portugais qui ne parlent pas très bien le français ou un patient, je ne sais pas, un patient marocain. Enfin, il y a beaucoup d'exemples de patients, je ne sais pas, de Roumanie. Je sais que dans l'équipe actuellement, enfin, portugais plus maintenant, mais dans l'équipe, souvent, on a quelqu'un qui peut se détacher. On l'appelle souvent pour faire des traductions. Ça aide beaucoup quand on a cette chance-là. Souvent, on sollicite, mais pareil, La personne n'est pas disponible tout le temps. Elle est disponible que sur ses jours de travail. Et les jours où elle n'est pas là, on se retrouve à inventer des moyens.

**Selon vous, comment définiriez-vous de la relation soignant- soignée et pourriez-vous me préciser ses spécificités au sein de votre service ?**

Pour moi, la relation soignant-soigné, c'est une relation de support pour le patient. Donc le soignant doit être... Voilà, le support doit être dans le soin, forcément. Et à l'écoute, en fait, ça rassemble pas mal de choses. Il y a le support, l'écoute, le soin, le respect, le respect de la dignité et l’empathie. Tout ça, pour moi, c'est un tout qui fait la relation soin d'un soigné. Pour moi ce sont des qualités qui sont inhérentes à notre travail, sans lesquelles la relation soignant-soignée ne serait pas établie sur de bonnes bases. C'est-à-dire que sans toutes ces... Voilà tout ce qu'on a dit. Pour moi, la relation soignant-soigné ne sera pas la meilleure. Il y a le soin forcément, mais il y a tous les choses à côté du soin.

**Et c'est quoi la spécialité en réanimation par rapport à la relation soignant-soigné ?**

Il faut prendre en compte la particularité de la réanimation, c'est-à-dire qu'on a des patients souvent dans le coma, Donc les patients qui ne vont pas nous apporter de réponses forcément. On a tendance à penser que ça ne va que dans un sens, c'est-à-dire de nous aux patients. Mais ça reste quand même de la relation soignant-soigné. C'est-à-dire qu'à partir du moment où on a un humain en face de nous, on soigne des humains. Donc cette relation sera toujours existante, avec toujours les mêmes critères, les mêmes, je ne sais pas comment dire, les mêmes qualités, les mêmes aspects qu'on retrouve chez un patient conscient, c'est-à-dire le respect, de la dignité, l'empathie, tout ça, on doit le retrouver dans la relation soignant-soignée en réanimation. Pareil pour la communication. Et je n'ai pas parlé aussi de l'aspect confiance, qu'il doit y avoir, qu'on doit nous instaurer. C'est à nous d’effectuer ce travail. Ça s'apprend. C'est-à-dire que pour instaurer une bonne relation soignant-soigné, il faut mettre le patient en confiance pour qu'il soit dans l'acceptation des soins, etc., et qu'il collabore. Voilà.

**Comment la culture impacte-t-elle la relation soignant-soigné ?**

Oui. Déjà, du point de vue croyance et valeurs, dans certaines cultures, Il faut savoir qu'on est en France et les soins doivent se passer dans un contexte de laïcité, c'est-à-dire dans le respect de la culture de l'autre. Cependant, l'hôpital français est quand même basé sur une culture, on va dire, française. Il y a plusieurs choses à prendre en compte ; la culture institutionnelle, la culture du soignant et la culture du soigné. Et tout ça mélangé, il faut savoir composer avec. C'est-à-dire qu'il y a certaines choses que l'hôpital ne peut pas tolérer. Il y a certaines choses que le patient ne peut pas tolérer. Certains soins ne font pas partie de certaines cultures, donc on doit aussi respecter cela. C'est-à-dire que si le patient refuse des soins, ne comprend pas certains soins, qui lui sont proposés, c'est à nous déjà d'expliquer l'intérêt du soin, de faire en sorte que le patient adhère au projet de soin. Si ce n'est pas le cas, si c'est un refus, c'est aussi le respect de la culture de l'autre et des croyances des valeurs de l'autre. Donc, bien évidemment, si ça entrave les soins, parfois on peut se retrouver en difficulté. Mais l'idée, c'est de faire le patient adhérer dans la mesure du possible aux soins, mais non imposer des soins. Après, il y a là aussi la barrière linguistique qui, comme on a dit, peut effectivement compliquer certaines prises en charge. Mais nous, de notre côté, c'est à nous de rechercher les solutions en cherchant un interlocuteur soit dans l'entourage, Parce que dans l'entourage, parfois, il peut y avoir des personnes qui peuvent parler les deux langues et faciliter justement la relation soignants-Soignée,la diffusion de l'information, soit par l'entourage, soit par l'interprète, soit par les outils du service, les pancartes, le téléphone, soit... Voilà, c'est tout.

**Alors, comment la communication non-verbale varie d'une culture à l'autre ?**

Alors ça, c'est vrai que je n'ai pas un regard très fin là-dessus parce qu'on est en Réa. Donc on n'a pas forcément... C'est plutôt avec les familles, mais bon, on n'est pas autant en contact avec les familles. Là, j'essaie de trouver Alors, oui, oui, ça peut arriver. Par exemple, admettons, je ne sais pas si c'est un Américain. Il faudrait que ça aille vite. Ça, je l'ai déjà remarqué, parce que les Américains ont dans leur culture, ça fait partie de leur culture. Parce que, pareil, ils ont une culture institutionnelle. Ce n'est pas la même qu'en France. Nous, on a la sécurité sociale et mutuelle, etc. Ce n'est pas du tout basé sur les mêmes principes, donc ça fonctionne totalement différemment. Les prises en charge sont coûteuses. Arrivé en France, enfin, nous, en France, elles sont coûteuses, mais prises en charge. Souvent, on prend plus le temps. Un Américain hospitalisé ici, qui va payer des frais d'hospitalisation qui vont être très coûteux rapidement en réanimation, par exemple, il voudra que ça aille vite. Déjà, pour moi, ça, c'est une différence de culture, de vision des choses, c'est-à-dire que pour eux, tout doit être fait rapidement et que, par exemple, le patient sorte de Réa le plus rapidement possible parce que derrière, il y a les frais qui sont... Voilà, donc déjà ça, après, dans la discussion... C'est vrai qu'il y a des… Il y a dans certaines cultures, je pense que... Il y a ce côté très... le côté émotionnel est très enfermé. Plutôt des patients qui viennent de pays asiatiques. C'est-à-dire qu'on les remarque quand même que les réactions, les pensées sont un peu plus personnelles et... plutôt fermées. C'est-à-dire qu'on explique les choses, mais on n'a pas forcément de retour sur le ressenti de la personne, sur ce qu'elle en pense. Elle va récolter les informations, mais sans forcément rebondir dessus ou évoquer ce que ça lui fait. Par exemple, je parle des familles surtout. Ça, c'est quand même une différence. Après il y a des familles qui sont aussi beaucoup dans le remerciement c'est à dire que l'essentiel c'est que la personne soit prise en charge pour eux c'est déjà une bénédiction que la personne soit à l'hôpital et qu'elle reçoive des soins et du coup elles seront d'emblée déjà dans je ne sais pas les remerciements mais je sais que d'autres attendent beaucoup plus.

**Quelles sont les difficultés les plus rencontrées au sein de votre service lorsque vous prenez en charge un patient ?**

J’ai déjà évoqué pour avoir un interprétant, ce n'est pas plus facile. C'est pas très simple. Là, actuellement, je ne devrais pas dire ça, mais actuellement, là, je ne sais plus où trouver, par exemple, les numéros des interprètes. Avant, je savais, dans l'ancienne réanimation, et c'est vrai que là, dans la nouvelle, je me pose la question, où se trouvent ces numéros ? Alors, on a une carte de service. certes, mais... Si la cadre n'est pas là, il faut savoir composer. On aura toujours une ressource, mais ça multiplie les interlocuteurs et ça rallonge le temps d'accès à cette personne. Pour moi, c'est assez long. C'est déjà une difficulté. Et ensuite, si on a de traducteur, c'est difficile d'être certain de ce que la personne comprend. On n'est jamais sûr de ce qu'elle comprend.

**Alors, En quoi la formation professionnelle des soignants sur l'approche interculturelle pourraient-elles, selon vous, améliorer la qualité de prise en charge des patients allophones ?** Alors, pour moi, oui, ça serait une belle amélioration parce que je pense encore que on a tendance à imposer notre culture du soin aux patients. Je pense que c'est encore quelque chose qui se fait malheureusement. Je pense qu'une formation autour de la culture dans les soins aiderait à comprendre, à prendre de la distance avec certaines situations. À rappeler que ce qui se fait en France, et pas forcément ce qui se fait ailleurs, que les visions du soin, de la santé, sont totalement différentes d'un pays à l'autre. Ça tendance à se généraliser, mais quand même, il y a des pays où la vision est totalement différente. La vision du corps humain, Il y a des pays où par exemple la spiritualité occupe une grande partie du soin, tandis que d'autres pays, souvent ce sont les pays les plus développés, les Etats-Unis, la France, ces pays-là ont une vision beaucoup plus théorique, scientifique du soin. Donc déjà à partir de là, Il y a déjà cette différence de prise dans le soin à prendre en compte. Il y a la spiritualité qu'il faut respecter, parce que ça rentre dans les croyances et les valeurs. Et je pense que ça permettrait de garder à l'esprit tout ça. Je ne dis pas qu'il faut apprendre toutes les langues du monde, c'est impossible. Après, les Français sont très mauvais en anglais, donc je pense qu'en France, on devrait améliorer sur l'anglais.

**Comment souhaiteriez-vous améliorer en équipe la prise en charge de patients allophones au sein de votre service ?**

Mettre en place des numéros. Déjà, je parle pour mon service. Parce que quand j'ai lu ton projet, je me suis dit, ah oui, je vais redemander à la cadre qui on doit activer, quelle personne on doit appeler pour avoir des interprètes. Donc remettre à disposition ces numéros-là dans le service. Déjà, ça, c'est une première action. Ensuite... Déjà, ça, c'est pour la communication. Donc faciliter l'accès à l'interprète. Sur tout ça, le développement, le renforcement de la compétence culturelle, ça, je ne sais pas si ça dépend de l'hôpital. Ok. Ça, ça m'étonnerait que ça dépende de l'hôpital. Après, s'il existe des formations pour ça. Ok. S'il existe, parce qu'on a des formations qui sont proposées à l'hôpital. Je ne sais pas si on a des formations qui sont proposées autour de ça à l'hôpital, mais peut-être ajouter une formation autour de la culture dans les soins, rajouter au plan de formation de l'établissement. Ce serait une bonne idée pour ceux qui veulent déjà partir du volontariat, ceux que ça intéresse, pour être des ressources ensuite pour leur service. C'est le but des formations. Ensuite, s'appuyer sur les différences culturelles au sein même des équipes. Comme je dis, moi, je pense que la diversité dans les soignants, c'est une très bonne chose. Moi je vois ça de très bon œil parce que c'est toujours une ressource. Le patient qui partage la culture d'un soignant, le soignant il peut expliquer à son tour aux autres soignants s'ils ne comprennent pas certaines choses, expliquer pourquoi le patient voit ça comme ça, préfère que ce soit comme ça et peut-être faciliter ensuite le rapport entre le patient et le reste de l'équipe. Donc moi, je pense que c'est une force qu'on a cette chance là en Ile-de-France. En région, je ne suis pas sûr que ce soit toujours le cas. Et puis, voilà.

**Si j'ai bien compris, par exemple, le recrutement varier chez les soignants, c'est ça ?** Ouais. Après, C'est difficile parce qu'un recrutement ne va pas se faire sur la culture.

**Vous pensez de discrimination ?**

Oui. Exactement. Ça, il faut. Ça, c'est vraiment la subtilité. Il ne faut pas tomber dans ça non plus, c'est-à-dire vouloir un service multiculturel pour ces raisons-là. Parce que souvent, comme je t'ai dit, en France, on est plus sur les connaissances, le scientifique, donc on va plutôt se baser sur les compétences. C'est beaucoup le cas ailleurs, mais en tout cas, ce sera toujours le premier facteur de recrutement. Après, tant mieux, mais de toute façon, c'est inévitable. L'île de France est multiculturelle. On va trouver de la multiculturalité dans tout, sauf si, bien sûr, les gens sont fermés. Mais à l'hôpital, on n'est pas là-dedans. À mon avis, c'est... Sans même le faire de façon volontaire, ça va se faire de façon automatique.

**Est-ce que vous voulez ajouter autre chose ?**

Non, je n’ai rien à rajouter. Et voilà !  
  
**7.5.2 Entretien IDE B**

**Depuis quand vous êtes diplômée ?**

J'ai été diplômée en 2020, juillet 2019, donc ça fait cinq ans et demi déjà.

**Depuis quand vous travaillez dans ce service ?**

J'ai enchaîné directement sur mon premier poste, c'est la chirurgie cardiaque, juste après le diplôme, donc ça fait du coup cinq ans et demi. J'ai commencé en septembre 2019.

**Combien de patients étrangers allophone prenez-vous on charge au sein de votre service tous les mois ou tous les ans ? Pouvez-vous me préciser une moyenne**?

Allophones, c'est quand... leur langue maternelle, ce n’est pas le français, c'est ça ? Oui. On en a beaucoup. On en a... vraiment beaucoup, ça peut être... La moitié des patients actuellement peuvent être d'origine étrangère, sachant qu'on est à 19 patients. On est à 10 patients dans la semaine, donc ça peut faire 30 par mois. Ça monte assez facilement. Il y a des périodes où il y en a moins, mais on en a beaucoup.

**Et il y a combien de patients à peu près, les cultures différentes ?**

On a beaucoup de personnes qui viennent du Maghreb, beaucoup de personnes qui viennent aussi d'Afrique et on a une petite partie qui est d'origine portugaise ou brésilienne, mais beaucoup de portugais. On a eu très peu de personnes asiatiques, mais il y en a encore.

**Si vous le pouvez, je vous invite à me raconter une de vos expériences emblématique (ou marquante) en lien avec une prise en charge avec un patient étranger allophone ?**

Oui, on en a eu une il n'y a pas très longtemps, je pense la semaine dernière ou il y a deux semaines. C'était une patiente d'origine... d'origine... je crois que c'était d'Algérie. Et en fait, elle ne parlait pas français du tout, mais on réussissait quand même à se faire comprendre grâce aux gestes, grâce à des petits mots comme toilette qu'il peut comprendre aussi en arabe. Mais si vraiment il y a des choses un peu plus compliquées, on a des infirmières qui parlent aussi arabe. Donc à ce moment-là, je les envoie vers la patiente.

**Et selon vous, comment définiriez-vous la relation soignant-soigné ?**

Elle commence en général par la confiance auprès du patient, le fait qu'on accorde de l'écoute, même si le patient est étranger, il va sentir qu'on essaie de le comprendre de n'importe quelle manière que ce soit, parce qu'on envoie quelqu'un d'autre, parce qu'on essaie de deviner, parce qu'on fait des gestes qui accompagnent les mots, parce que quand ils n'arrivent pas à se faire comprendre, ils nous passent leur famille au téléphone. Donc ils voient aussi qu'on est là et qu'on les écoute quand même, même si on ne comprend pas totalement. Donc il y a beaucoup ce lien de confiance par le biais de l'écoute, de la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale.

**Pourriez-vous me préciser ses spécificités au sein de votre service ?**

Elle impacte de manière que les patients, quand ils reviennent de l'opération, ils sont très douloureux. Donc ils sont très demandeurs en général d’algiques et il faut qu'on reste à leur écoute pour les repositionner, répondre à leurs besoins en ce qui concerne tous les moyens antalgiques. Donc, ils attendent à ce qu'on puisse les soulager d'une certaine manière. Donc, si on aura tout faire, si la douleur, par exemple, elle n'est pas soulagée, ça peut être un frein à cette relation, puisqu'on a l'impression que peut-être on ne fait pas tout ce qu'il faut, qu'on ne les écoute pas, etc. Mais en général, c'est par rapport aux besoins. Mieux tu répondras aux besoins, mieux tu auras cette relation entre patient et soignant.

**Comment la culture impacte-t-elle la relation soignant-soignée ?**

En général, les patients qui sont originaires du Maghreb, ils sont aussi musulmans, donc ils peuvent avoir ce côté où ils ont leur moment de prière ou quoi que ce soit. Certaines personnes vont s'arrêter pendant leur prière et discuter avec toi. D'autres, par exemple, si je vois qu'ils continuent leur prière, je ne vais pas les déranger. Je vais poser les médicaments, je leur laisse leur temps parce que c'est dans leur chambre. Ils peuvent faire ce qu'ils veulent et je reviendrai après. Donc c'est le respect aussi des croyances de l'autre finalement.

**Comment la communication non-verbal varie d'une culture à l'autre ?**

En général, de toute façon, on communique tous avec la communication non-verbale et les personnes qui n'arrivent pas à communiquer en français avec nous, ils communiquent surtout par les gestes. Comme je te dis, si pour la douleur, ils vont toucher la poitrine, ils vont dire, ils vont faire des grimaces, ils vont dire qu'ils ont mal ou quoi que ce soit. S'ils ont mal ailleurs, ils vont toucher le ventre ou le bras, etc. Donc finalement, leur communication est quand même assez explicite. On arrive facilement à s'en sortir. Et si c'est compliqué, eux-mêmes, ils ont des moyens pour se faire comprendre.

**Quand vous prenez en charge un patient étranger allophone, comment adaptez-vous votre communication, afin de garantir une compréhension adaptée auprès de ce dernier ?**

C'est vrai que pour le coup, nous avons beaucoup de chance parce que comme on a majoritairement des personnes qui parlent arabe ou portugais, On a déjà des personnes référentes dans le service. On a des infirmières qui parlent à la fois arabe et des personnes qui parlent aussi portugais. Donc c'est assez simple de se faire comprendre. En tout cas, on a de la chance ici. Mais c'est vrai qu'il y a d'autres applications. Je crois qu'il y a l'application Medipicto qui peut être utilisée. Les patients eux-mêmes, ils ont leur propre application quand ils ne sont pas forcément d'origine française, etc. Et finalement, on arrive quand même à se comprendre assez facilement dans notre service. C'est beaucoup plus difficile, je pense, que dans d'autres où il n'y a pas des personnes référentes dessus.

**Quelles sont les difficultés les plus rencontrées au sein de votre service lorsque vous prenez en charge un patient étrangère allophone?**

Ça se passe très bien.A part si, évidemment, si un patient est à un côté, par exemple, s'il commence à tomber en dépression, etc. Mais ça c'est plus particulier à ce patient-là. Mais ça n'a plus de lien avec le fait qu'on ne communique pas avec ce patient.

**En quoi la formation professionnelle des soignants sur l'approche interculturelle pourraient-elles, selon vous, améliorer la qualité de la prise en charge des patients allophones ?**

En général, je crois que quand t'es à l'école, on te dit qu'il y a quand même la proxémie, qu'il faut respecter l'intimité du patient, etc. Donc ce côté dans la relationnelle, du côté relationnel qui est montré à l'école est très bien. C'est vrai qu'on ne montre pas beaucoup le côté communiqué avec un étranger, puisque quand tu vois, quand tu arrives dans le service et qu'on te dit qu'il y a une barrière de la langue, ça peut provoquer quand même un petit stress ou une peur de se dire, est-ce que je vais pouvoir identifier à tous les besoins du patient ? Donc ça crée quand même un certain stress chez les infirmières. C'est pour ça qu'en général, on demande quelle langue ils parlent parce qu'on se sent vite soulagé s'il dit ah il parle arabe, ah bah ok, j'ai ma collègue qui parle arabe, donc c'est rassurant. S'il dit ah je parle espagnol, bah moi qui suis d'origine d'Amérique du Sud, je peux m'en sortir aussi. Mais c'est vrai qu'en général, dans la formation, on apprend quand même la proximité, la discrétion professionnelle, le respect de l'intimité de l'autre. Donc elle a quand même un impact dans la prise en charge après. Mais on sera toujours plus performants quand on apprend directement en pratiquant parce que c'est toujours un peu de la théorie, même s'il y a quand même les TD. On est beaucoup plus à l'aise quand on voit les autres faire et quand nous-mêmes on le fait.

**Selon vous, comment pourrions-nous améliorer la prise en charge patients étrangers allophones à l’avenir ?**

Ça serait bien que dans chaque chambre, il y ait un numéro pour dire voilà si vous parlez arabe et que vous avez besoin d'aide, Vous pouvez appeler ce numéro-là, qui est disponible dans l'hôpital, pour aider. Parce qu'il n'y a pas forcément que le portugais ou l'arabe, il y a beaucoup d'autres langues qu'on ne connaît pas. Donc, évidemment, on ne peut pas faire pour toutes les langues. Mais les personnes qui parlent majoritairement, je te dis, n'importe quoi, espagnol, peut-être mettre un numéro pour dire, voilà, si vous parlez espagnol et que vous n'arrivez pas à vous faire comprendre, vous pouvez appeler ce numéro-là. Donc, ça pourrait être une idée. Je ne sais pas si c'est faisable, mais ça pourrait.

**Est-ce que vous avez un interprète dans l'hôpital ou pas ? Est-ce qu'on peut les contacter plus facilement ?**

Dans l’hôpital, il y a des interprètes ; on n'a jamais eu d'utilité. Il y a des personnes ressources comme les professionnels ou proches.

**Est-ce que vous voulez évoquer autre chose ?**

Pas forcément. Je pense qu'on a fait un peu le tour par rapport au fait comment une infirmière peut se sentir quand elle est face à cette situation. Je pense qu'elle soit jeune infirmière ou ancienne infirmière, s’il y a une barrière de la langue et que tu ne parles pas la langue, tu seras quand même face à des difficultés où tu peux quand même t'en sortir. Par exemple, on a tous des bases un peu d'anglais, donc on arrive à faire les gestes en même temps. Je trouve qu'il y a quand même ce côté où tu appréhendes, tu ne sais pas comment ça va être. Finalement, tu te rends compte que ce n'est pas si difficile, mais il y a ce côté-là. Et en général, on a quand même des personnes ressources, ça reste rassurant si elles sont déjà dans notre service. Parce que tu n’auras pas à perdre du temps à appeler à droite à gauche, de retrouver le numéro, de demander à telle personne est-ce qu'elle connaît. Donc c'est aussi un gain de temps dans la prise en charge.

### **7.5.3 Entretien IDE C**

**Depuis quand vous êtes diplômée ?**

Depuis juillet 2013

**Depuis quand vous travaillez dans ce service ?**

Ça fait 7 ans environ.

**Combien de patients étrangers allophone prenez-vous on charge au sein de votre service tous les mois ou tous les ans ? Pouvez-vous me préciser une moyenne**?

En fait, oui, il y en a plein, mais c'est vrai que la difficulté première, c'est vraiment de ne pas pouvoir communiquer pleinement. Et des fois, en fait, d'avoir vraiment très peu de techniques, soit le patient... Enfin, quelquefois, on arrive à se débrouiller avec un petit peu d'anglais, mais des fois, pas du tout. Et quelquefois, l'écriture n'est pas du tout la même. Ça, c'est compliqué aussi. Donc, malgré tout ce qu'on a des dispositions, les applications, quelquefois, la communication, elle reste très basique. Et quand il faut expliquer, surtout dans notre service où on est en oncologie, expliquer, par exemple, ce que c'est, par exemple, des soins palliatifs, déjà culturellement difficile . Et en plus, parler la bonne langue, ça devient très compliqué. Parce que les soins palliatifs, c'est pas... Enfin, tu vas dans un pays, par exemple, je pense, des pays Afrique, par exemple, certains pays, où vraiment, ils sont pas du tout familiers avec qu'est-ce que c'est les soins palliatifs. Et du coup, c'est très compliqué, déjà, de comprendre de base quand on parle bien le français. Mais alors, quand on ne parle pas la langue, c'est encore plus compliqué. Donc ouais, on a eu des difficultés sur des patients qui... qui en fait étaient encore traités pour leur cancer mais se dégradaient beaucoup et du coup il fallait leur expliquer les soins palliatifs et c'est vrai que nous on essaye d'introduire ça puisqu'on voit les patients au quotidien et que des fois on est obligé de commencer à leur parler de soins palliatifs mais c'est hyper difficile de pouvoir introduire la notion sans la langue et sans ses familles parce que des fois on a aussi des familles qui peuvent nous aider et l'entourage mais des fois il n'y a personne . Et là, ça devient très compliqué. Après, sinon, des situations ; Par exemple, moi, j'avais une patiente dans... Alors, ce n’était pas dans ce service, mais quand je travaillais en infectiologie. Une patiente qui ne parlait pas la langue. Et en fait, je lui ai déposé un ovule gynéco, mais elle l'a avalée par la bouche. Parce qu’elle ne l’avait jamais vue et qu'en fait, on ne s’était pas compris. Et que moi, ça me paraissait... Pour moi, c'était une... Pour moi, ma normalité faisait que tout le monde connaissait ça, mais en fait, non. Voilà.

**Alors comment définiriez-vous la relation soignante-soignée ?**

Bah la relation soignante-soignée c'est une communication de bienveillance, une relation d'égal parce que souvent on a la bouse blanche, ça met déjà une barrière. Il y a toujours un rapport de force entre le soignant et le soigné, mais c'est d'arriver à essayer de se mettre au niveau du patient avec ses mots et de l'aider à construire son... son projet médical ou son parcours de soins, en tout cas ici en SMR, et de pouvoir après l'accompagner vers le domicile mais en respectant ses besoins et son autonomie.

**Pourriez-vous me préciser ses spécificités de la relation soignant-soignée au sein de votre service ?**

Justement, c'est de pouvoir apprendre à composer avec le patient, avec ce qu'il sait faire. Parce que nous, on est vraiment le lien entre les services d'aiguë et la maison. Donc le but c'est de pouvoir l'aider à se servir de ce qu'il a déjà pour l'aider à s'accomplir. Donc c'est sur plein d'aspects, ça peut être au niveau du quotidien, à savoir les gestes dans la vie quotidienne, se laver, se manger, etc. Mais c'est aussi de l'accompagner dans les difficultés du cancer, c'est une maladie chronique, souvent sur des patients qui ont eu un diagnostic assez récent. C'est tout nouveau, donc ça peut être l'accompagner sur ces aspects-là, parce que c'est tout nouveau, c'est la peur de l'inconnu. C’est d'essayer de dédramatiser tout ce qu'il va y avoir, parce qu'on sait que l'oncologie, c'est des traitements qui sont invasifs, qui sont fatigants, et pour le moral aussi. Donc la relation soignant-soignée en onco, c'est vraiment un aspect sur toutes les dimensions du soin, physique, le moral, et l'entourage aussi.

**Comment la culture impacte-t-elle la relation soignants-soignée ?**

Justement, la culture, c'est surtout ce qui est difficile, c'est qu'on est dans deux cultures différentes et que, par exemple, la culture qui est en face de nous et inconnue. En fait, déjà, il faut savoir que la maladie, sexualité, tous ces thèmes, dans certaines cultures, c'est un tabou. L'image d'une personne malade dans certains pays et en France, ce ne sera pas la même. Tout comme la douleur, la gestion de la douleur.

En fait, c'était quoi ta question déjà ? C'est quoi ?

**Comment la culture, ça peut impacter la relation soignant-soignant ?**

En fait, tout ça, ça met des freins. Surtout quand on ne connaît pas, quand c'est l'inconnu et l'incompréhension, ça peut mettre des freins autant des deux côtés. C'est-à-dire que nous, on ne va pas forcément comprendre ou pouvoir anticiper les... On va pouvoir anticiper les difficultés qu'a le patient et pareil, le patient ne va pas forcément pouvoir nous communiquer ses difficultés ou ses incompréhensions parce qu'on se met une incompréhension de ce côté-là.

**Et est-ce que la variable culturel-linguistique aussi, ça peut impacter la relation soigné-soigné ?**

Totalement. Déjà que juste deux cultures différentes, c'est difficile à composer, mais si tu rajoutes en plus une difficulté de communication, en fait, on a du mal à pouvoir avancer et puis juste se comprendre, et ça, ça peut être très embêtant.

**Comment la communication non verbale varie d’une culture à l'autre ?**

La communication non verbale ? Oui. Alors, En règle générale, la communication non verbale, en fait, elle est... En fait, il y a les gestes de base que tu peux arriver à comprendre. Enfin, le oui et le non, c'est plutôt facile. C'est assez... Soit le pouce... Enfin, tu peux arriver à... Enfin, ça, ça n'a jamais posé un problème. Tout ce qui est formule de politesse et le oui et le non, c'est facile. Le reste, c'est hyper compliqué. Parce qu'en fait, dans certaines cultures, la douleur ne va pas s'exprimer de la même manière. Il va y avoir des difficultés, par exemple, à parler de caca. Parce que dans certains pays, on n'en parle pas. Du coup, ils ne comprennent pas qu'on leur demande des selles sans cesse ou quoi que ce soit. Et voilà, ce sont les raisons.

**Et est-ce que vous voulez évoquer par rapport aux proximités dans la culture** ? La distance entre deux personnes. Ouais. En fait, de toute façon... Par exemple. Ici, en France, on peut faire des Bisous, on peut faire... Oui, alors de toute façon, il y a quand même, en règle générale, en tant que soignant et soignée, il y a quand même une distance à mettre. C'est-à-dire que ce n'est pas notre famille, ce ne sont pas nos amis, donc forcément, on ne va pas être réguliers dans tous les cas. Mais par exemple, effectivement, on va pouvoir tenir la main, le toucher, c'est aussi important dans les soins. Et dans certaines cultures, il y a une pudeur qui s'en dégage. Et du coup, cette pudeur-là, Je pense que chaque soignant, quand même, on est capable de pouvoir l'interpréter et l'évaluer. C'est-à-dire que quand je vois bien que s'il y a quelqu'un qui jetons la main et qui retire sa main, je ne vais pas insister parce que je sais qu'il y a une certaine pudeur. Donc il faut apprendre à composer avec ça. Ce qui est difficile, quand tu ne parles pas la langue.

**Quand vous prenez en charge un patient étranger allophone, comment adaptez-vous votre communication, afin de garantir une compréhension adaptée auprès de ce dernier ?**

Alors déjà, il faut savoir que le français parlé et le français écrit, c'est quand même différent. Moi, en plus, venant du Sud, j'emploie plutôt un langage plutôt familier. Donc avec les patients qui sont français de naissance, c'est pas un souci. Cependant, je sais que mon parler, qui est plutôt familier, c'est-à-dire je vais faire des raccourcis, je vais... Ça peut être compliqué sur des patients qui ne parlent pas très bien le français, voire pas du tout. Donc je vais plutôt employer un langage basique, des phrases courtes, parce que si tu fais des phrases trop longues, en fait, tu les perds. Et ensuite, tu vas pouvoir utiliser tout ce qui est à disposition pour aider, justement, pour aider à la communication. Mais ça sera des gestes basiques. Parce que des fois, en fait, si la patiente est dans son lit, si toi t'es à côté de la porte, la communication va être plus difficile. Donc vraiment leur parler en face à face pour qu'ils puissent voir toi, tes expressions, etc. Pour qu'ils puissent à peu près deviner. Utiliser aussi des gestes, des gestes simples. Après, généralement, quand le patient reste un moment, on arrive à échanger sur les trucs basiques qu'on demande tout le temps, la douleur, le transit.

**Est-ce que vous utilisez des supports matériels pour faciliter la communication ?**

Alors, c'est arrivé qu'on utilise souvent des applications qui sont à disposition sur les smartphones, parce que pour l'instant, c'est ce qui est le plus facile et de disponibilité. Après, il a ses limites. Faut faire des phrases courtes parce que parfois ça traduit un peu... N'importe quoi ! N'importe quoi et qu'on avait déjà des patients qui ont éclaté de rire. Donc en fait, ça a ses limites malheureusement. Les pancartes non, j'avoue qu'on n'a rien à disposition et pourtant ça pourrait nous servir quand même.

**Et vous utilisez des supports humains comme interpréteurs ou les soignants qui parlent l'autre langue, par exemple ?**

Normalement, tu as une liste dans chaque hôpital. À l'embauche, ils te demandent si tu parles quelle langue. Ils te rajoutent dans la liste, en fait, si tu parles une langue supplémentaire, genre l'italien, etc. Et du coup, normalement, quand tu as des difficultés d'interprétation, tu peux appeler sur cette liste le professionnel pour qu'il puisse venir t'aider. Mais elle n’est pas très bien faite. Mais... Moi je me rappelle quand on m'a embauché ici, on m'avait demandé si je parlais une langue. Et en revanche, te dire là exactement où retrouver la liste, on sait que telle personne parle par exemple d'origine, je sais pas moi, de Tunisie, donc elle a parlé arabe, ou tu sais que machin est portugais. Mais j'avoue que malheureusement, on ne s’en sert pas beaucoup. En fait, ce n’est pas très suivi, alors que c'est quand même essentiel,

**Et la famille ou des proches, c'est plutôt un levier pour la communication ?**

Ah bah oui. Il faut que déjà, il y ait de la famille. Mais la famille, en règle générale, s'ils sont plutôt à l'aise avec le français, ça quand même, ça rajoute. Bien que... Le problème, c'est qu’on ne sait jamais ce qui est traduit, en fait. Et dans notre métier, parfois on annonce des diagnostics, des arrêts de... Enfin tu vois, une aggravation de la maladie, peut-être une mort prochaine entre guillemets, c'est-à-dire... Dans certaines cultures où on ne parle pas de la mort, bah des fois, il y a des fois des patients ou des enfants de parents qui ne parlent pas la langue qui disent mais en fait on ne va pas lui dire ou... Et donc le problème c'est qu’on ne sait jamais qu'est-ce qui est traduit. Donc en fait, c'est compliqué. Mais bon, mais oui, bien sûr, c'est le lieu. Si on n'a que ça sous la main, on est d'accord.

**Alors, quelles sont les difficultés les plus rencontrées au sein de votre service lorsque vous prenez en charge un patient étranger allophone ?**

Bah... C'est plutôt la barrière de la langue. Ouais, en fait, c'est la barrière de la langue. Et puis, en fait, on ne peut pas aller plus loin. En fait, ici, l'intérêt, c'est qu'ils puissent parler de toutes leurs peurs, toutes les questions qu'ils ont par rapport à l'inconnu qu'ils vont avoir. Et en fait, on ne peut pas aller, on ne peut pas travailler sur ça. Alors qu'en fait, 90% des angoisses sur ça, en fait, les gens très angoissés qui ont beaucoup de questionnements, en fait, on pourrait peut-être éliminer en répondant simplement à leurs questions. Mais en fait, malheureusement, on ne peut pas aller aussi loin.

**Et à ce moment, est-ce que vous rencontrez une difficulté pour instaurer une alliance thérapeutique, gestions de risques ou l'identité vigilance ?**

C’est déjà difficile d’avoir un interprète. Bah ouais, parce que quand on a par exemple un patient qui... Enfin là, la dernière, elle était d'origine ukrainienne. Elle parlait français. Elle a très mal. Voilà, la douleur, la gestion de la douleur. Là, en plus, elle avait du métal dans la bouche. Donc, en fait, on ne savait pas trop ce qui passait, ce qui ne passait pas. Et puis, en fait, il y a ces interprétations. C'est-à-dire que Ouais, en fait, quand on a commencé à parler de choses qui lui faisaient peur, en fait, elle n'entendait pas. Tu vois, la dame, en fait, elle était... Tu ne pouvais pas lui parler ni de son palliatif, ni de... Parce qu'elle était fermée, en fait. Elle n'était pas prête à ça. C'est encore plus compliqué. Avec Google Traducteur, c'est impossible. Une fois on l’a utilisé pour demander au patient s’il a des nausées. Je sais pas ce qui est traduit. Il a rigolé.

**Alors, comment la formation professionnelle des soignants sur l'approche interculturelle pourraient-elles, selon vous, améliorer la qualité de la prise en charge des patients étrangers allophones ?**

En comprenant, parce qu'en fait, finalement, on a pas mal... En fait, la France, on accueille pas mal de patients étrangers. Des fois, surtout, en règle générale, même pas mal d'Afrique, du continent africain. pas que, parce que ça commence, on a quand même de tous les pays, mais c'est vrai que d'apprendre, peut-être d'avoir une autre vision de la culture que de savoir qu'en fait ce qui est notre normalité n'est pas la normalité de l'autre, si déjà les gens ils savent ça, ça permet de désamorcer des situations qui peuvent se tendre, parce que des fois c'est vraiment des erreurs de compréhension, des fois les échanges se tendent à cause de l'incompréhension de la langue, Mais si déjà on pouvait comprendre que dans certaines cultures il n'y a plus d'heures, dans certaines cultures on ne parle pas de la mort, on ne parle pas de la maladie, ou alors on a une vision, ou alors on a une image, la famille est très, la famille qui est très impliquée ne peut pas comprendre par exemple les enjeux d'une maladie chronique, par exemple rien que les diabétiques par exemple, chez les personnes qui mangent très sucré, voilà on sait le patient méditerranéen, c'est des cultures où on mange sucré, gras et c'est hyper compliqué, par exemple dans la gestion du diabète ou juste en maladie chronique. Parce qu'en fait c'est hyper compliqué parce que manger c'est la vie. Voilà, donc de connaître un peu, ça serait bien qu'on ait des clés pour... parce que finalement c'est toujours pareil. Ça revient assez souvent malheureusement. Mais oui, des formations c'est... ça serait intéressant.

**Alors, selon vous comment pourrions-nous améliorer la prise en charge patients étrangères allophone à l'avenir ?**

Déjà, de bien mettre en place ces listes de traducteurs, de savoir que nous, on puisse appeler... Déjà, de mettre en place la liste dans l'hôpital, c'est-à-dire de bien la mettre à jour, de savoir où la trouver. Pour moi, ça me paraît essentiel que ça doit faire partie quand on accueille un nouvel employé. Mais en fait, on lui présente cette liste. Ça doit être dans les premiers. On sait qu'on peut faire appel à telle personne qui parle cette langue. Et sinon, d'avoir quand même une liste de traducteurs à qui on peut appeler, hors hôpital, moi, ça me paraît pas délirant, quoi. Parce que quand même... Et sinon, il y a des... Enfin, à un moment donné, quand j'étais en infectiologie, on avait un ethno praticien... Et lui, en fait, pour des situations un peu bloquées où la communication était compliquée, c'est-à-dire on n'arrivait pas à communiquer, on ne se comprenait pas au niveau de la langue, et qu'en plus la culture faisait que ça mettait une barrière supplémentaire, ces personnes arrivent à, justement, qui connaissent bien la culture de l'autre, arrivent à décortiquer pour nous aider à trouver des clés et des solutions pour que ça se passe mieux, et pour le soigner, et pour le soigner, surtout le soigner.

**Est-ce que vous voulez évoquer autre chose** ?

Non

En quoi un défaut de compréhension de la culture d’un patient d’origine étrangère, de la part d’un IDE, peut-il influencer la qualité de la 56 relation de soins ?

How can a nurse failure to understand the culture of a patient of foreign origin influence the quality of the care relationship? I

**Résumé:**

Le titre de mon mémoire est l’impact De La Culture Sur La Relation Soignant-Soigné et ma question de recherche est la suivante : En quoi la formation culturelle et la sensibilisation des soignants aux différentes cultures peuvent-elles améliorer la qualité de la prise en charge des patients de culture différente ? D’après INSEE, « *en 2023, 7,3 millions d’immigrés vivent en France, soit 10,7 % de la population totale »*. Selon FNCC, « *Ils prennent une place croissante de la culture dans le quotidien des Français.* La barrière de la langue et la culture m’a mis en difficulté pour assurer la meilleure qualité du soin. Pour mener cet étude , les entretiens sont effectués auprès de 5 infirmières.

Des entretiens ont été réalisés auprès de trois infirmiers exerçant dans un service d’urgence. À travers les résultats recueillis, nous pouvons mettre en évidence que la barrière linguistique a une incidence importante dans la qualité de prise en charge des patients allophones. Celle-ci va engendrer des risques d’erreurs médicales et compromettre la sécurité du patient. Cette étude permet donc de souligner l’importance d’une communication instaurée dans une relation soignant-soignée dans les services d’urgence.

Mots clés : **Culture, communication, relation soignant-soignée, adaptation, barrière de la langue**

**Abstract**

The title of my article is ‘The impact of culture on the relationship between a caregiver and a patient’ and my research question is as follows: **How can cultural training and raising caregivers' awareness of different cultures improve the quality of care for patients from different cultures?** During my internship in cardiac surgery, I had to deal with foreign-speaking patients. The language and cultural barrier made it difficult for me to ensure the best quality of care. A qualitative method carried out five interviews in different types of service.

**Key words- Culture, Communication, caregiver-patient relationship, adaptation,** **language barrier**

During my internship in the ophtalmological emergency room, I had to care for foreign patients who did not speak French. Communication was therefore impaired. Communication remains essential in patient care, and particulary in an emergency department with a context of varying severity and speed. Therefore, my dissertation title is : « The language barrier in the care of foreign patients » and my research question is the following : « How does the language barrier complicate the emergency care of a foreign patient ? ». Interviews were conducted with three nurses working in an emergency department. The results show that the language barrier has a major impact on the quality of care provided to allophone patients. A language barrier is one of the most serious obstacles to patient care, leading to the risk of medical errors and compromising patient safety. This study underlines the importance of communication in the care-giver-patient relationship in emergency departments. Key words : emergency, foreign patient, communication, language barrier, safety

1. INSEE. L’essentiel sur... les immigrés et les étrangers. [En ligne] [consulté le 1 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212> [↑](#footnote-ref-1)
2. FNCC. Collectivités pour la culture. Les six tendances des pratiques culturelles en France. [En ligne] [consulté le 1 octobre 2024]. Mis en ligne le 18 mars 2024. Disponible sur  <https://www.fncc.fr/blog/les-six-tendances-des-pratiques-culturelles-en-france/> [↑](#footnote-ref-2)
3. UNESCO.  Le secteur de la culture. [Consulté le 28 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.unesco.org/fr/culture/about> [↑](#footnote-ref-3)
4. JOURNET Nicolas. Penser la culture. [Publié le 01 novembre 2000] [Consulté le 3 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.scienceshumaines.com/penser-la-culture_fr_901.html>. [↑](#footnote-ref-4)
5. Article R4311-2. Code de la santé publique. Légifrance. [Consulté le 21 septembre 2024]. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889> [↑](#footnote-ref-5)
6. HERAN, François. Étranger, immigré : quelle différence ? 2021. Pages 26‑31. [↑](#footnote-ref-6)
7. SANTELLI, Emmanuelle.Immigrés et descendants d’immigrés entre ressemblances et spécificités : les dangers des amalgames. *Migrations Société* 111112. no 3 (2007). pages 189‑200. <https://doi.org/10.3917/migra.111.0189>. [↑](#footnote-ref-7)
8. INSEE. Immigrés et descendants d’immigrés. Santé et recours aux soins. [En ligne] [consulté le 1 octobre 2024]. Mis en ligne le 30 mars 2023. Disponible sur :  <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793288?sommaire=6793391> [↑](#footnote-ref-8)
9. INSEE. Immigrés et descendants d’immigrés en France. Édition 2023. Pdf p146-147. Disponible sur : IMMFRA23.pdf [↑](#footnote-ref-9)
10. SPF. La Santé en action, Mars 2021, n°455 Migrants en situation de vulnérabilité et santé. [Publié le 23 avril 2021]  
    [Mis à jour le 14 juin 2023] [Consulté le 2 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>. [↑](#footnote-ref-10)
11. Minorités culturelles – Concept, caractéristiques et exemples. *ConcepToit* (blog). 30 mars 2022. [Consulté le 8janvier 2024]. Disponible sur<https://conceptoit.net/minorites-culturelles/>. [↑](#footnote-ref-11)
12. Article R4312-11. Code de la santé publique. Légifrance. [Consulté le 1 novembre 2024]. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496818>. [↑](#footnote-ref-12)
13. PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème edition. 2023.page-564 [↑](#footnote-ref-13)
14. Editorial Board. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 140, no 1. Janvier 2023): i. <https://doi.org/10.1016/S1879-7296(23)00002-9>. [↑](#footnote-ref-14)
15. PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème edition. 2023.page-446 [↑](#footnote-ref-15)
16. IN KEROUAC, S. La pensée infirmière. Canada : Chenelière Education. 3ème édition. 2010. [↑](#footnote-ref-16)
17. LATIFOVIC, Esmeralda. HÄNDLER-SCHUSTER, Daniela. Intercultural communication in long-term care: The perspective of relatives from Switzerland. Science-direct. [En ligne] [Consulté le 17 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.u-paris.fr/science/article/pii/S1865921723000326?via%3Dihub>. [↑](#footnote-ref-17)
18. BRAMI, Alexandrine. Acculturation : étude d'un concept. DEES, n°121. Octobre 2000. p.54. [↑](#footnote-ref-18)
19. SCHWARZINGER, Michaël. Usage et opportunité du recours à l’interprétariat professionnel dans le domaine de la santé [format pdf]. Décembre 2012.pages. Disponible sur : [Evaluation médico-économique des dispositifs d’interprétariat professionnel](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf) [↑](#footnote-ref-19)
20. ARICAT, Aurel. JEGO-SABLIER, Maeva. VERMESCH Marie. Analyse critique des méthodes de communication avec les patients allophones en soins primaires. Une revue systématique de la littérature. *Santé Publique* 36, no 4. [Consulté le 18 septembre 2024]. pages.101‑110. Disponible sur : https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2024-4-page-101?lang=fr&tab=texte-integral [↑](#footnote-ref-20)
21. ES-SAFI, Latifa. La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d’origine étrangère et le personnel soignant. *Pensée plurielle* 3, no 1 (2001) : pages.27‑34. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2001-1-page-27 [↑](#footnote-ref-21)
22. XINYU, Ji. CHOW, Ellen. ABDELHAMID, Kenzy. NAUMOVA, Darya. K.V. MATE Kedar. BERGERON, Amy. LEBOUCHE, Bertrand. Utility of Mobile Technology in Medical Interpretation: A Literature Review of Current Practices. *Patient Education and Counseling* 104, no 9 (septembre 2021): 2137‑45. Disponible sur: https://www-sciencedirect-com.ezproxy.u-paris.fr/science/article/pii/S0738399121001178 [↑](#footnote-ref-22)
23. Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance. Consulté le 28 septembre 2024. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/2022-05-01//](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/2022-05-01/). [↑](#footnote-ref-23)
24. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance ». Consulté le 4 novembre 2024. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051>. [↑](#footnote-ref-24)
25. Les théories de la communication - Concepts & applications. le blog, 12 février 2020. <https://www.jimprimeenfrance.fr/blog/theories-de-la-communication/>. [↑](#footnote-ref-25)
26. Déméter santé. « Mehrabian : La règle des 3V ». [Consulté le 19 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.demeter-sante.fr/2022/11/19/les-3v-de-mehrabian/> [↑](#footnote-ref-26)
27. TERRAT, Evelyne. La communication fonctionnelle. L’aide-soignante.Vol.27. N° 150. Octobre 2013.pages 12-14. [↑](#footnote-ref-27)
28. MATHIEU. Communication para verbale : importance dans l’art de la communication . Penser et Agir : Le développement personnel par l’action ! (blog), 7 octobre 2019. https://www.penser-et-agir.fr/communication-para-verbale/. [↑](#footnote-ref-28)
29. Qu’est-ce que la communication verbale et comment l’améliorer. Consulté le 11 janvier 2025. <https://blog.hubspot.fr/service/communication-verbale> [↑](#footnote-ref-29)
30. PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème édition. 2023.page-69 [↑](#footnote-ref-30)
31. Centre Léon Bérard. La dimension culturelle, religieuse et sociale au cœur de la prise en charge au Centre Léon Bérard. [Consulté le 31 octobre 2024]. <https://www.centreleonberard.fr/institution/actualites/la-dimension-culturelle-religieuse-et-sociale-au-coeur-de-la-prise-en-charge-au-centre-leon-berard>. [↑](#footnote-ref-31)
32. PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème édition. 2023. pages 448-449 [↑](#footnote-ref-32)
33. MANOUKIAN, A., DARDÉ M.C., MASSEBEUF, A. La relation soignant-soigné. 2014. Édition Lamarre.page.5 [↑](#footnote-ref-33)
34. PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Gournay-sur-Marne. 6ème édition. 2023. Page-12 [↑](#footnote-ref-34)
35. KOHN, Laurence. WENDY, Christiaens. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. nᵒ 4.2014. pages.67‑82. [Consulté le 08 janvier 2025]. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67?lang=fr#s1n2 [↑](#footnote-ref-35)
36. RODRIGUEZ, Pr Amélia. Qu’est-ce que l’échantillonnage de convenance ? Et quand est-il utilisé ? *Statorials* (blog), 5 août 2023. Disponible sur : <https://statorials.org/echantillonnage-de-commodite/>. [↑](#footnote-ref-36)