

Barrière de la langue

Et

Qualité des soins

Travail de Fin d'Etudes – Diplôme d'Etat d'Infirmier

DE ALMEIDA ROCHA Elodie
Promotion 2008-2011
I.F.S.I de Versailles

Note aux lecteurs : *« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'I.F.S.I de Versailles et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'I.F.S.I ».*

Remerciements

Je tiens à remercier,

Lionel,

Qui m'a supporté et soutenu durant ces 3 années

*Mes parents, mon frère et ma sœur,
Qui ont toujours été là pour me soutenir*

*L'ensemble des personnes,
Sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé.*

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCTION..... | 1 |
| II. SITUATION D'APPEL | 2 |
| 2.1 PRESENTATION DE LA SITUATION..... | 2 |
| 2.2 EXPLORATION..... | 3 |
| III. INTERET PERSONNEL ET PROFESSIONNEL | 4 |
| 3.1 INTERET PERSONNEL..... | 4 |
| 3.2 INTERET PROFESSIONNEL | 4 |
| IV. QUESTION DE DEPART..... | 5 |
| V. CADRE CONCEPTUEL..... | 5 |
| 5.1 COMMUNICATION VERBALE..... | 5 |
| 5.1.1 Définition..... | 5 |
| 5.1.2 L'importance de la relation soignant-soigné..... | 5 |
| 5.1.3 Ce qui favorise la communication verbale..... | 6 |
| 5.1.4 Ce qui entrave la communication verbale..... | 7 |
| 5.2 L'INFLUENCE | 7 |
| 5.2.1 Définition..... | 7 |
| 5.2.2 Posture IDE face à l'influence de certaines valeurs..... | 8 |
| 5.3 QUALITE DES SOINS | 9 |
| 5.3.1 Définition..... | 9 |
| 5.3.2 Législation..... | 9 |
| 5.3.3 Ce qui influence la qualité des soins..... | 10 |
| 5.3.4 Aspect socioculturel : l'individualisation des soins en fonction des cultures..... | 11 |
| VI. HYPOTHESE..... | 12 |
| VII. ENQUETE | 12 |
| 7.1 CHOIX DE L'OUTIL D'ENQUETE | 12 |
| 7.2 POPULATION CIBLEE | 12 |
| 7.3 DIFFICULTES ET OBSTACLES RENCONTRES..... | 13 |

| | |
|--|-----------|
| VIII. ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE..... | 14 |
| IX. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE..... | 25 |
| X. CONCLUSION..... | 26 |
| XI. BIBLIOGRAPHIE..... | 28 |
| XII. ANNEXES..... | 30 |
| ANNEXE I : QUESTIONNAIRE..... | 31 |
| ANNEXE II : RÉPONSE DES INFIRMIÈRES À LA QUESTION 10 DU QUESTIONNAIRE..... | 35 |

I. Introduction

Cela fait trois ans maintenant, que j'ai intégré l'institut de formation en soins infirmier. Trois années intenses, rythmées par les cours, les stages, les évaluations et les MSP¹.

J'ai pu confirmer, tout au long de cette formation, que mon projet professionnel était bien de devenir infirmière. Cette dernière année est pour moi la plus difficile, et la plus importante. J'appréhende beaucoup la réalisation du travail de fin d'étude, car le travail de rédaction me paraît énorme et me fait un peu peur.

Dans le cadre de ce travail de fin d'étude, il est nécessaire de partir d'une situation vécue en stage. J'ai choisi d'explorer une situation qui m'a posé problème. Celle-ci s'est déroulée lors de mon premier stage de 3^{ème} année, dans une Unité de Soins Intensifs de Cardiologie. Elle concerne la prise en charge d'une patiente ne parlant et ne comprenant pas la langue française.

J'ai pu constater que tout comme moi, certaines infirmières avaient du mal à prendre en charge ce type de patient. C'est une prise en charge qui me paraît être différente et plus difficile que celle d'un patient parlant le français.

Je souhaite que ce travail me permette de développer une réflexion professionnelle et personnelle mais également de développer un esprit critique.

Je vais maintenant vous présenter le plan de ce travail de fin d'étude.

Dans un premier temps, je vais vous présenter la situation qui m'a posé problème, l'exploration que j'ai faite sur le terrain, suivi de mes intérêts personnels et professionnels et de la question de départ.

Ensuite, je vais vous présenter le cadre théorique et l'hypothèse de réponse à la question de départ. Puis je vais vous exposer l'enquête que j'ai effectuée ainsi que son analyse.

Enfin, pour terminer, vous trouverez la conclusion de ce travail de fin d'étude.

¹ MSP : Mise en Situation Professionnelle

II. Situation d'appel

2.1 Présentation de la situation

Actuellement étudiante en soins infirmiers de 3^{ème} année, j'effectue mon premier stage de l'année dans un service d'unité de soins intensifs de cardiologie. L'équipe travaille en 12h, et moi, en 7h (35h par semaine) avec un roulement du matin et de l'après midi.

Au cours de ma deuxième semaine de stage, je suis d'après-midi, j'arrive dans le service à 12h30. Je vais à la rencontre d'une IDE² avec qui j'avais déjà travaillé la semaine précédente afin de voir avec elle les patients que je pouvais prendre en charge. Je prends donc deux patients en charge dont Mme Y, entrée la veille pour Syndrome Coronarien Aigü. Cette dame est d'origine maghrébine et parle uniquement l'arabe. Elle est en France depuis seulement quelques mois. Elle ne parle pas le français et ne comprend quasiment pas la langue française.

Je regarde le dossier infirmier de Mme Y afin de me préparer à effectuer les soins de 14h avec l'IDE. Je frappe à la porte de la chambre, et avec l'IDE, nous entrons dans la chambre. Je me présente à Mme Y en lui disant que je suis étudiante infirmière et que c'est moi qui vais m'occuper d'elle avec l'IDE cet après midi. Mme Y me regarde fixement, et aucun son ne sort de sa bouche. Je pense à ce moment là qu'elle ne m'a pas comprise et j'essaie de lui réexpliquer sans aucun succès. Elle me regarde de nouveau et cette fois-ci me répond en arabe, je lui ai alors dit que je ne comprenais pas ce qu'elle voulait me dire. Elle m'a alors regardé avec un air interrogatif et à fait un haussement d'épaule. A cet instant j'ai ressenti comme un sentiment de frustration car j'ai compris qu'il était très difficile de communiquer avec Mme Y. Je lui ai ensuite fait un sourire qu'elle s'est empressée de me rendre.

Je tente alors de lui expliquer que je souhaite lui prendre la tension, sans succès, elle me regarde de nouveau en haussant les épaules. Je pense à cet instant qu'il serait judicieux d'utiliser le mime, je lui montre alors le brassard et elle me tend le bras. Je tente par la suite d'évaluer sa douleur notamment au niveau thoracique, sans aucune réponse. A ce moment là,

² IDE : Infirmière Diplômée D'état

je me sens impuissante face à cette situation et je demande un peu d'aide à l'IDE qui n'arrive pas non plus à évaluer la douleur.

Nous sortons de la chambre après avoir terminé l'ensemble de nos soins. Je ressens à ce moment là, un sentiment d'insatisfaction, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la douleur thoracique, qui est primordiale dans la prise en charge d'un syndrome coronarien aigu.

2.2 Exploration

Lors de la phase exploratoire, j'ai pu m'entretenir avec une infirmière afin de lui soumettre mon questionnement. Voici les réponses qu'elle a pu m'apporter.

Pouvons-nous effectuer des soins de qualité chez des personnes ne parlant et ne comprenant pas le français ?

« Lorsque je suis confrontée à des personnes ne parlant pas et ne comprenant pas le français, j'essaie d'effectuer les soins au mieux pour le patient, mais cela peut parfois être très difficile. Nous avons un grand rôle d'éducation dans notre service et il est vrai que nos soins de sont pas du tout les même face à une personne ne comprenant pas le français, mais je pense tout de même qu'ils sont d'une certaine qualité».

Comment évaluer la douleur lorsque nous ne nous comprenons pas ?

« Pour évaluer la douleur, lorsque la communication est très difficile, je m'appuie sur la clinique d'une part avec notamment les mimiques, les grimaces, les positions antalgiques, les larmes parfois ; et sur ce que le patient essaye de nous dire, avec ses gestes, ses explications qu'il veut nous donner en utilisant son langage, notamment grâce à l'intonation de sa voix et ses expressions du visage, mais parfois même avec tout cela il est très difficile d'évaluer la douleur ».

Existe-t-il un listing dans l'hôpital/le service, de personnes pouvant effectuer des traductions ?

« Oui, il existe dans l'hôpital une liste de traducteurs que l'on peut retrouver sur intranet, et dans notre service nous avons des membres du personnel qui parlent une deuxième langue, il nous arrive de faire appel à eux, mais malheureusement, ils ne sont pas toujours présents».

Quelles sont les réactions des soignants face à l'impossibilité d'établir une relation avec la personne soignée ? Quels ressentis ?

« Il est parfois difficile de ne pas pouvoir communiquer avec le patient, il m'arrive parfois de le ressentir comme une situation d'échec. Je peux avoir le sentiment de ne pas avoir fait mon travail correctement lorsque je ressors de la chambre ».

Est-ce fréquent de rencontrer des personnes étrangères dans les services de soins ?

« Oui c'est très fréquent de rencontrer des personnes étrangères dans les services de soins, nous sommes dans une région touristique, et il y a également beaucoup d'immigrés ».

Existe-t-il des outils afin de lutter contre ce problème ?

« Il me semble qu'il existe des guides où certains mots, voir certaines phrases sont traduites, mais je ne les ai jamais utilisés ».

III. Intérêt personnel et professionnel

3.1 Intérêt personnel

Lors de plusieurs stages, j'ai déjà rencontré à plusieurs reprises des patients ne parlant pas le français. Je souhaite parler de ce sujet car la prise en charge de ces personnes soignées, ne parlant et/ou ne comprenant pas le français est totalement différente, d'où l'importance pour moi de l'exploiter. De plus, lorsque j'ai été confrontée à ces situations, j'éprouvais un fort sentiment d'insatisfaction car j'estimai que la prise en charge que je réalisai ne correspondait pas à celle que j'imaginai. Je pense qu'il est important pour moi de comprendre quelles sont mes limites mais surtout mes possibilités, afin de me permettre d'améliorer la prise en charge auprès de ces personnes soignées.

3.2 Intérêt professionnel

La barrière linguistique reste un problème notoire dans les services hospitaliers. Le patient est parfois frustré de ne pas se faire comprendre et parfois effrayé de certains gestes professionnels qu'il ne comprend pas. Soulever ce problème me paraît essentiel, car les équipes sont souvent confrontées à ce type de situations et ont parfois du mal à y faire face. Ce travail de fin d'études pourrait également ouvrir un débat sur les différentes mesures à prendre pour pouvoir faire face à ce genre de problème rencontré couramment dans nos services de soins.

IV. Question de Départ

En quoi la barrière de la langue influe-t-elle sur la qualité des soins infirmiers ?

V. Cadre conceptuel

5.1 Communication verbale

5.1.1 Définition

La communication est, d'après le dictionnaire Larousse, une « *action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ».

La communication verbale peut donc se définir par le fait d'entrer en relation avec une personne en utilisant la parole, le langage verbal. Elle fait partie intégrante de notre quotidien, nous l'utilisons constamment pour interagir avec les autres, aussi bien dans notre vie professionnelle, que dans notre vie personnelle.

Après avoir défini brièvement ce qu'était la communication, je vais aborder l'importance de la relation soignant-soigné.

5.1.2 L'importance de la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est très importante au sein de notre profession. Le premier contact avec le patient est très important, il permet d'établir une relation privilégiée entre le soignant et le patient, basée sur un principe de confiance. Cela est primordial, aussi bien pour le patient, que pour le soignant. « *La relation de soins infirmiers met en présence deux systèmes culturels, celui du patient et celui de l'infirmière* ». ³

« *Dans la relation de soin, le lien relationnel va s'exprimer dans plusieurs dimensions : une dimension sociale, une dimension humaine, une dimension éducative* ». ⁴

La dimension sociale prend en compte le statut des personnes c'est-à-dire la fonction qu'elles exercent au sein de la société (chef d'entreprise, infirmière, une femme de ménage), mais aussi au sein de la famille (père, mère, enfant). Il est selon moi, important d'adapter

³ DEBOUT Christophe, Soins et culture, entre diversité et universalité, 2010

⁴ MERKLING Jacky, LANGENFELD Solange, Psychologie, sociologie, anthropologie, édition Masson, 2010

notre style de communication en fonction des différents profils de patients que nous rencontrons, afin d'assurer la bonne compréhension des messages que nous souhaitons transmettre.

La dimension humaine est, selon moi, nécessaire dans le sens où nous ne devons jamais oublié que nous sommes face à une personne, un être humain. Nous ne devons jamais considérer la personne soignée comme étant un objet, une chose.

La dimension éducative, quand à elle, « *constitue une part importante du rôle infirmier car elle vise à permettre au patient de comprendre et d'accepter la maladie et le traitement, de changer ses comportements de vie afin de bénéficier d'un meilleur état de santé et de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie* ». ⁵

D'après Thierry Amouroux, diplômé de l'Institut éthique et soins hospitaliers, « *on ne peut entrer en relation qu'avec quelqu'un envers qui l'on a confiance, mais la prestation infirmière est surtout présence et écoute authentique* ». ⁶

Certains éléments influencent la communication, que ce soit de manière positive ou de manière négative. J'ai choisi d'en illustrer quelques uns, qui m'ont parus importants.

5.1.3 Ce qui favorise la communication verbale

Tout d'abord, je pense qu'un langage commun permet de favoriser la communication verbale. En effet, l'utilisation d'une même langue permet une meilleure compréhension des messages lors des échanges entre différentes personnes. « *On s'entend généralement pour dire que la meilleure communication est obtenue lorsque les intervenants et les patients parlent la même langue* ». ⁷

L'environnement joue également un rôle important, car en effet, il est essentiel que les personnes s'entendent, afin qu'il y ait une bonne compréhension du message. Pour cela il est nécessaire qu'il y ait un environnement calme, avec peu de parasites.

⁵ MERKLING Jacky, LANGENFELD Solange, Psychologie, sociologie, anthropologie, édition Masson, 2010

⁶ AMOUROUX Thierry, Article paru dans : Espace éthique, La Lettre 15-16-17-18, hiver 2001-2002

⁷ Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, rapport Canadien, 2001.

5.1.4 Ce qui entrave la communication verbale

Certaines pathologies entravent la communication verbale du fait de l'impossibilité pour la personne soignée de s'exprimer. Elle peut être soit congénitale, comme par exemple, un enfant né sourd et muet, suite à une malformation pendant la grossesse, ou acquise, par exemple, une personne ayant eut un cancer des voies aéro-digestives et ayant subi une trachéotomie avec ablation des cordes vocales. Afin de communiquer avec ces personnes, nous utilisons la communication non verbale, notamment en signant nos gestes, des parties du corps, mais aussi en utilisant du matériel comme par exemple des ardoises, afin de permettre au patient d'exprimer ses envies, ses besoins, mais aussi les questions qu'il se pose par écrit. J'ai pu découvrir cela lors de plusieurs de mes stages, et je trouve que cela nous permet réellement d'entrée en relation avec le patient et d'établir une relation de confiance.

La barrière linguistique entrave la communication verbale, car il y a une incompréhension entre les différents interlocuteurs. En effet, ceux-ci ne parlent pas la même langue, et donc, ne se comprennent pas. « *Si l'infirmière et le malade ne parlent pas la même langue, ou si leur style et leur mode de communication diffèrent, ils peuvent se sentir tous deux étrangers et impuissants* ». ⁸

Je vais à présent aborder le thème de l'influence, et surtout la posture de l'infirmière face à ses propres valeurs.

5.2 L'influence

5.2.1 Définition

L'influence est selon le dictionnaire Larousse, une « *action, généralement continue, qu'exerce quelque chose sur quelque chose ou sur quelqu'un* ».

« *En psychologie sociale, influence se dit de toute personne ou événement passé qui joue un rôle dans la détermination du comportement actuel de quelqu'un. Les mécanismes de l'influence peuvent être d'ordre interindividuel, comme l'imitation, la comparaison ou la*

⁸ NEWMAN GIGER Joyce, Soins infirmiers interculturels, 1998.

contagion. Ils peuvent être institutionnalisés comme, par exemple, les normes de conduites. V.Katz & Lazarsfeld 1955 »⁹.

L'influence sociale est *« l'ensemble des empreintes et des changements que la vie sociale ou les relations avec autrui produisent sur les individus ou les groupes, qu'ils en soient ou non conscients »¹⁰.*

Après avoir défini ce qu'était l'influence, je vais aborder dans le point suivant, la posture de l'infirmière face à l'influence de certaines valeurs.

5.2.2 Posture IDE face à l'influence de certaines valeurs

Chaque individu a ses propres valeurs personnelles, ses propres convictions. Elles nous ont été transmises par l'éducation que nous avons reçue de nos parents, par notre propre culture, mais également grâce aux rencontres et aux expériences que nous avons vécues.

« Croire qu'un soignant puisse exercer sans référence à des valeurs relèverait d'une hérésie ».¹¹

En tant qu'infirmières, nous sommes sous l'influence de nos valeurs personnelles mais aussi sous l'influence de certaines valeurs professionnelles. *« Agir en respect des valeurs communément admises par la profession, c'est acter son appartenance au groupe professionnel »¹².*

Lorsque nous prenons en charge une personne, nous nous devons de respecter ses valeurs, tout en travaillant avec nos valeurs. *« La prise en compte des spécificités du patient passe d'abord par une connaissance de soi, de ses propres appartenances et des valeurs qui sous-tendent ses pratiques professionnelles. Elle nécessite également une capacité à « se décentrer » qui rende possible l'ouverture à l'autre et aux différences de valeurs, de cultures, de priorités, de représentations, d'interprétation des difficultés ».¹³*

⁹ GRESLE François, PANOFF Michel, PERRIN Michel, TRIPIER Pierre, Dictionnaire des sciences humaines, 1990, p. 164.

¹⁰ BLOCH Henriette, CHEMAMA Roland, GALLO Romain, Grand dictionnaire de la psychologie, 1991, p.380.

¹¹ DURAND Charline, Le rôle des valeurs dans l'activité de soins, 2007

¹² DURAND Charline, Le rôle des valeurs dans l'activité de soins, 2007

¹³ KESSAR Zahia, éviter les stéréotypes de l'approche culturaliste des soins, 2010

Parfois, lorsque celle-ci sont très différentes, cela peut être difficile pour le professionnel mais aussi pour la personne soignée. *« La valeur est inextricablement associée aux sentiments pour une profession qui doit gérer à la fois ceux des personnes prise en charge tous les jours, mais tout autant les siens ».*¹⁴

En cas de réel conflit entre l'exercice de la profession et nos valeurs, certains professionnels peuvent décider d'arrêter d'exercer, de changer d'orientation professionnelle. Se heurter à ses propres valeurs peut parfois être difficile à vivre. Selon Charlaïne DURAND, *« pour certaines, quitter la profession parce qu'elles ne peuvent l'exercer conformément à ce qu'elles idéalisait, est une façon de la respecter ».*¹⁵

Après avoir évoqué la posture de l'infirmière face à ses valeurs, je vais à présent aborder le concept de qualité des soins.

5.3 Qualité des soins

5.3.1 Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, *«la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

Après avoir défini ce qu'était la qualité des soins, je vais à présent, parler des références réglementaires en matière de qualité.

5.3.2 Législation

La qualité est très importante dans notre profession. En effet, nous essayons chaque jour d'améliorer la qualité des soins que nous prodiguons. De plus, il est devenu obligatoire, depuis le Décret du 14 avril 2005 relatif à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), d'évaluer les pratiques de soins. Cela concerne les IDE mais également les autres professionnels.

¹⁴ DURAND Charlaïne, Le rôle des valeurs dans l'activité de soins, 2007

¹⁵ DURAND Charlaïne, Le rôle des valeurs dans l'activité de soins, 2007

La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante c'est-à-dire qu'elle n'est pas sous le contrôle du ministère de la santé. Elle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elle est chargée notamment « *d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ; de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé* ». ¹⁶

Plusieurs éléments influencent la qualité des soins. J'ai choisi d'en aborder quelques uns dans le paragraphe suivant.

5.3.3 Ce qui influence la qualité des soins

« De nombreux facteurs peuvent faire obstacle à la qualité des soins, dont de mauvaises communications, un refus d'accepter le traitement ou le régime, des traitements inadéquats ou inutiles et des problèmes éthiques. Tous ces facteurs s'additionnent pour créer des écarts de perception entre l'infirmière et le malade (Molzhan & Northcott, 1989) ». ¹⁷

La barrière linguistique peut être un obstacle à la qualité des soins. En effet, lorsque les personnes soignées ont des difficultés à s'exprimer et à se faire comprendre, il nous est parfois difficile de répondre à leurs demandes, leurs besoins. *« Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès initial aux services de santé et non seulement sur les soins dispensés par les médecins et les hôpitaux. Les patients sont confrontés à des barrières majeures pour accéder aux programmes de promotion et de prévention en matière de santé » ; « la qualité des soins pour les personnes qui ne maîtrisent pas une langue officielle est affectée dans les consultations avec des professionnels de la santé qui, en raison des barrières linguistiques, ne respectent pas les règles d'éthique de la prestation de soins. Les barrières linguistiques peuvent contribuer au non-respect de la confidentialité ou de l'obtention d'un consentement éclairé ».* ¹⁸ D'après cette citation, nous pouvons observer que les barrières linguistiques entravent d'une certaine manière la qualité des soins.

¹⁶ Issue du site internet www.has-santé.fr

¹⁷ Soins infirmiers interculturels, Recueils de données et actions de soins, par Joyce Newman Giger et Ruth Elaine Davidhizar, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 1991, 308 pages, p.35

¹⁸ Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, rapport de Sarah Bowen pour santé canada, 2001.

Après avoir défini la qualité des soins, abordé l'aspect législatif et les éléments qui influencent la qualité des soins, je vais à présent aborder le thème de l'individualisation des soins en fonction des cultures.

5.3.4 Aspect socioculturel : l'individualisation des soins en fonction des cultures

L'individualisation des soins est très importante, cela est, en soit, un gage de qualité dans la prise en charge des personnes soignées. Chaque patient est unique, et nous devons donc adapter notre prise en charge à celui-ci. Cela est parfois difficile lorsque les cultures sont différentes entre le patient et le soignant. Il nous faut alors s'adapter à sa culture, à ses valeurs, sans occulter les nôtres.

Lorsque nous effectuons des soins, il ne faut pas oublier de ce centrer sur la personne et non pas sur nous même. Cela est d'autant plus important lorsque nous sommes confronté aux personnes issues d'autres cultures, car je pense qu'il est nécessaire d'être encore plus attentif à eux.

*« En centrant l'objectif de soins ou le projet thérapeutique sur la personne et non sur la culture, le professionnel reste ainsi à part entière dans sa réponse à la demande du patient, qui n'est pas stigmatisé ».*¹⁹

Le cadre conceptuel étant terminé, je vais maintenant vous présenter l'hypothèse que j'ai choisie.

¹⁹ BOURDIN Marie-Jo, BENNEGADI Rachid, PARIS Christophe, La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants, 2010.

VI. Hypothèse

Rappel de la question de départ : En quoi la barrière de la langue influe-t-elle sur la qualité des soins infirmiers ?

Parce que nous sommes de plus en plus confrontés à une population migrante à l'hôpital et que nous n'avons pas forcément à notre disposition du personnel pouvant effectuer des traductions sur place. Lorsque nous faisons appel à un proche de la personne soignée, nous ne pouvons plus garantir le respect du secret professionnel et nous ne pouvons pas certifier l'exactitude des traductions effectuées. Nous avons la possibilité de faire appel à un traducteur extérieur mais cela est très contraignant et coûteux. Lorsque la barrière de la langue est présente, l'infirmière éprouve des difficultés à assurer une prise en charge personnalisée, de qualité et adaptée à la personne soignée.

VII. Enquête

7.1 Choix de l'outil d'enquête

J'ai choisi d'utiliser le questionnaire²⁰ pour la réalisation de mon enquête, car, je souhaite effectuer une étude quantitative avec quelques données qualitatives.

7.2 Population ciblée

J'ai choisi de réaliser mon enquête auprès d'infirmiers et infirmières d'âge différent et d'ancienneté différente. Je souhaite également que cette étude cible plusieurs services de soin, entre autre, un service d'urgence, un service de chirurgie et plusieurs services de médecine.

En ce qui concerne les services de médecine, je souhaite cibler un service de diabétologie et un service de cardiologie, car nous y rencontrons tout type de patient. De plus, l'éducation thérapeutique y est très présente et je pense que cela me permettra d'obtenir une grande richesse et une diversité de réponses à mes questionnaires.

²⁰ Annexe I : Questionnaire

7.3 Difficultés et obstacles rencontrés

J'ai été surprise, lorsque j'ai pris contact avec une clinique privée, de devoir passer un entretien avec la directrice des soins, afin de pouvoir déposer mes questionnaires dans les différents services de soins que j'avais choisis. Cela a été une difficulté dans le sens où je ne m'y étais pas préparée. J'ai trouvé cet entretien très intéressant car j'ai dû exposer mon sujet et présenter mon questionnaire à une personne ayant un œil professionnel et extérieur à ma situation.

Je n'ai pas réussi à récupérer l'ensemble des questionnaires distribués dans les services à la date que j'avais fixée. Cela a engendré une contrainte dans mon organisation car j'ai dû repousser mon dépouillement d'une semaine.

Après avoir présenté l'outil d'enquête, la population étudiée et les difficultés rencontrées, je vais analyser les résultats de l'enquête que j'ai menée.

VIII. Analyse descriptive et interprétative

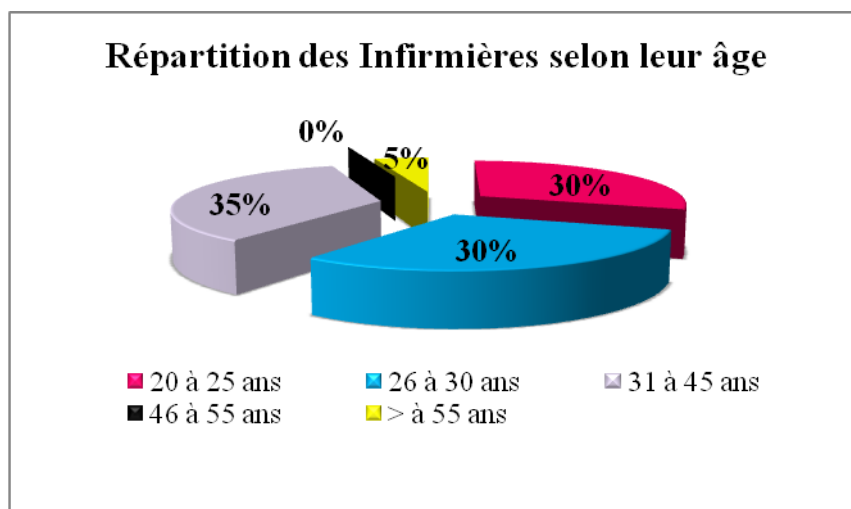
Sur quarante questionnaires déposés, vingt questionnaires ont été dûment remplis par les infirmières et sont donc exploitables. Seulement trois questionnaires sont inexploitables, car, seule la première page du questionnaire à été complétée. Les questionnaires ont été déposés dans deux établissements, un centre hospitalier public et un hôpital privé.

Question 1 : Quel est votre sexe ?

Les 20 questionnaires ont été complétés par des femmes.

Question 2 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Six infirmières étaient âgées de 20 à 25 ans, six autres de 26 à 30 ans, sept étaient âgées de 31 à 45 ans, aucune infirmière n'était âgée de 46 à 55 ans et une seule infirmière avait plus de 55ans.



Sur ce graphique je constate que la majorité des infirmières interrogées sont âgées de moins de 31 ans (60%) et que seulement 5% d'entre elles sont âgées de plus de 55 ans.

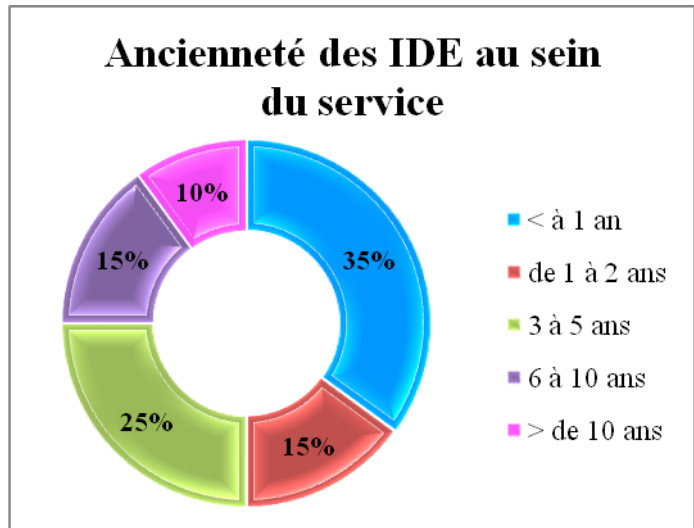
Question 3 : Dans quel service travaillez-vous ?

Parmi les vingt infirmières interrogées, six d'entre elles travaillent dans un service de Cardiologie, 2 travaillent dans un service d'urgence, quatre travaillent dans une Unité de Soins Intensif de Cardiologie (USIC), cinq travaillent dans un service de chirurgie et trois travaillent dans un service de diabétologie.

Question 4 : Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

Parmi les infirmières interrogées, 7 d'entre elles travaillent depuis moins d'un an dans le service, 3 d'entre elles y travaillent depuis 1 à 2 ans, 5 d'entre elles depuis 3 à 5 ans, 3 travaillent dans leur service depuis 6 à 10 ans et seulement 2 d'entre elle travaillent dans leur service depuis plus de 10 ans.

Je constate que plus d'un tiers (35%) d'entre elles ont une ancienneté inférieure à 1 an dans le service; 40% ont une ancienneté comprise entre 1 et 5 ans et seulement 25 % d'entre elles ont une ancienneté supérieure à 6 ans dans le service.



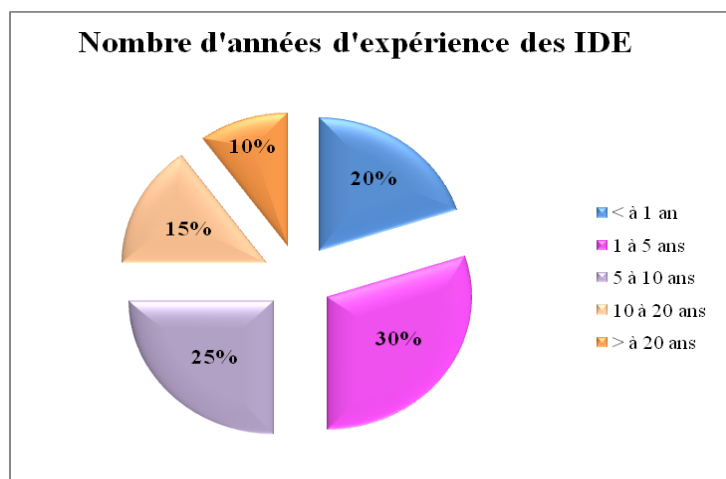
Question 5 : Dans quel secteur travaillez-vous ?

Parmi les 20 infirmières interrogées, 11 travaillent dans un centre hospitalier public et 9 travaillent dans un hôpital privé.

Question 6 : Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmière ?

Au niveau de l'expérience professionnelle en tant qu'infirmière, 4 infirmières exercent depuis moins d'un an, 6 infirmières exercent depuis 1 à 5 ans, 5 exercent depuis 6 à 10 ans, 3 infirmières exercent depuis 11 à 20 ans et enfin, 2 infirmières ont une expérience de plus de 20 ans.

En regardant ce graphique, je peux constater que 50% d'entre elles ont moins de 5 ans d'expérience, 25 % ont une expérience de 5 à 10 ans et 25 % ont plus de 10 ans d'expérience.



En résumé, le « profil type » de l’infirmière interrogée est une femme, âgée de 20 à 45 ans, travaillant dans un service de médecine ou de chirurgie depuis moins de 5 ans. Elle possède moins de 10 années d’expérience professionnelle en tant qu’infirmière.

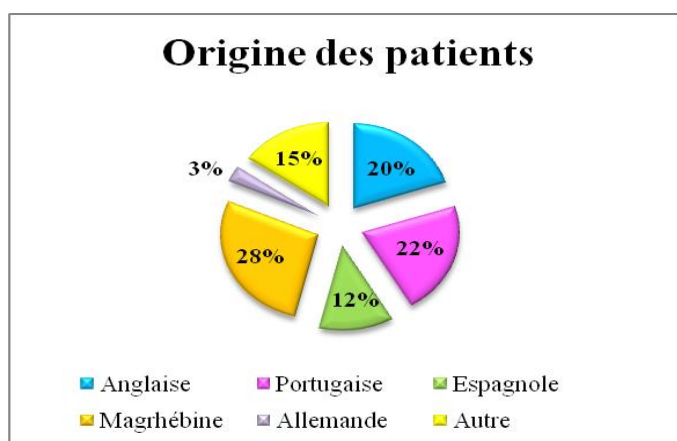
Question 7 a) : Vous arrive-t-il de prendre en charge des personnes soignées ne parlant et/ou ne comprenant pas la langue française ?

L’ensemble des infirmières ayant participé à cette enquête ont déjà pris en charge des personnes soignées ne parlant et/ou ne comprenant pas la langue française. Les 20 infirmières ont répondu « oui » à la question. Donc il n’est pas rare de rencontrer des personnes soignées ne parlant et/ou ne comprenant pas la langue française dans les services de soins.

Question 7 b) : Si oui, de quelles origines étaient-elles issues ? (plusieurs réponses possibles)

L’origine maghrébine a été citée 18 fois, vient ensuite l’origine portugaise qui a été citée 14 fois, puis l’origine anglaise a été citée 13 fois, l’origine espagnole a été citée 8 fois et l’origine allemande a été citée seulement 2 fois.

En ce qui concerne l’item « autre », il a été cité 10 fois par les infirmières. L’origine indienne a été citée 3 fois, l’origine africaine a été citée 2 fois, l’origine chinoise a été citée 2 fois, puis ont été cités une fois l’origine polonaise, russe et sri lankaise.



Nous rencontrons dans nos services, des patients d’origines différentes, nous observons par ce graphique que certaines origines ressortent et sont très présente au sein des services de soins. Les patients les plus rencontrés dans les services sont d’origine maghrébine pour 28%, d’origine portugaise pour 22%, et d’origine anglaise pour 20%.

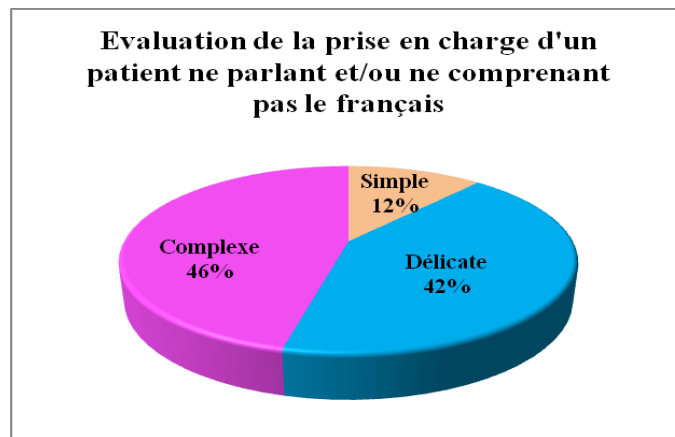
Question 8 a) : Estimez-vous que la prise en charge de ce type de patient est plutôt ? (simple, délicate, complexe).

Trois infirmières ont répondu que la prise en charge de ce type de patient était simple, onze ont répondu qu'elle était délicate et enfin douze infirmières ont répondu qu'elle était complexe.

Une infirmière a coché les trois items, car pour elle, la prise en charge est plus ou moins difficile selon la langue, l'état du patient et l'entourage du patient.

Pour une autre infirmière, la prise en charge est simple lorsqu'elle est confrontée à des personnes d'origines magrébine car elle parle l'arabe, par contre elle dit que cela est délicat lorsqu'il s'agit d'une autre langue.

Pour trois infirmières, la prise en charge est délicate et complexe qu'elles justifient par les difficultés de communications et de compréhension.



Seulement 12% des infirmières estiment que la prise en charge d'un patient ne parlant et/ou ne comprenant pas le français est simple. La justification était liée au fait que certaines IDE parlent plusieurs langues et ne se sentent pas forcément en difficultés.

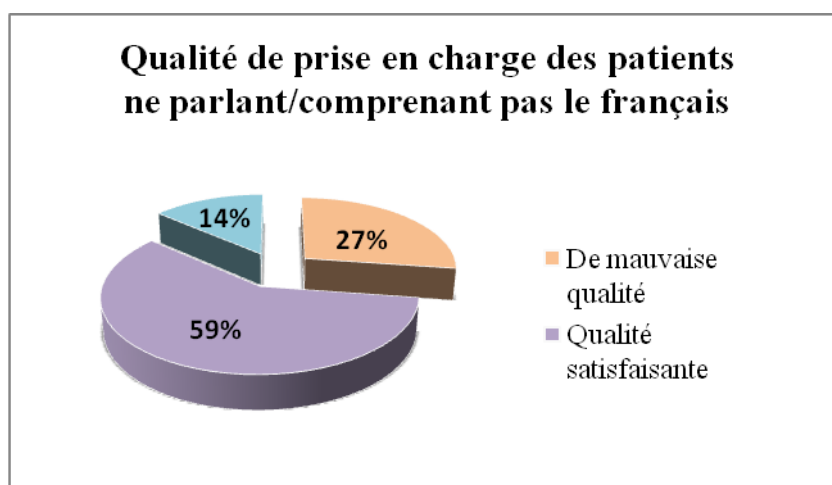
Pour 42% des infirmières, cette prise en charge est délicate et pour 46% elle est complexe. Les infirmières soulignent leurs difficultés à communiquer avec la personne soignée, leurs difficultés à expliquer et à faire comprendre aux patients les soins qu'elles doivent effectuer, à expliquer l'évolution de la pathologie ainsi que l'intérêt des traitements. Plusieurs infirmières ont également évoqué une difficulté à détecter les problèmes et les

besoins des patients. Elles évoquent par exemple, une difficulté dans la prise en charge de la douleur.

Question 8 b) : Estimez-vous que la prise en charge de ce type de patient est plutôt ? (De mauvaise qualité, qualité satisfaisante, bonne qualité).

Pour 6 infirmières, elle est de mauvaise qualité, pour 13 infirmières elle est de qualité satisfaisante et pour 3 infirmières, elle est de bonne qualité.

Deux infirmières ont coché plusieurs items. Pour une infirmière, cette prise en charge est de mauvaise qualité et/ou de qualité satisfaisante. Elle le justifie par la présence de la famille qui parfois peut palier à la barrière de la langue de façon efficace. Pour l'autre infirmière, la prise en charge est de qualité satisfaisante et/ou de bonne qualité car elle arrive toujours à se faire comprendre. (Par des schémas, des mimes, ou des supports écrits).



Plus de la majorité des infirmières (59%) estiment que la qualité de prise en charge des patients ne parlant et/ou ne comprenant pas la langue française est plutôt satisfaisante. Elles justifient cela par le fait qu'elles arrivent toujours à se faire comprendre un minimum. Elles évoquent également qu'un relais avec la famille permet de pallier à la barrière de la langue.

Seulement 14% d'entre elles estiment qu'elle est de bonne qualité. Elles ont justifié cela par le fait que, la réalisation des soins et le respect des règles d'hygiène et d'asepsie restent les mêmes pour tous les patients. De plus, l'utilisation de gestes simples permet de se faire comprendre.

Selon 27% des infirmières, la qualité de prise en charge est mauvaise. Les difficultés relationnelles liées à la barrière de la langue sont un frein la qualité de la prise en charge. Plusieurs infirmières ont exprimé un sentiment d'insatisfaction quand à l'éducation auprès de la personne diabétique, car celle-ci reste superficielle lorsque la barrière de la langue est présente.

D'après BOWEN Sarah, « *On s'entend généralement pour dire que la meilleure communication est obtenue lorsque les intervenants et les patients parlent la même langue* ». J'observe donc, que lorsque nous sommes confrontés à une barrière de la langue, la communication est très difficile pour beaucoup d'infirmières. Il est donc préférable, lorsque cela est possible, que les soignants et les patients parlent la même langue.

En résumé, d'après les réponses que j'ai pu obtenir, je peux dire que la qualité de prise en charge d'un patient ne parlant et/ou ne comprenant pas le français est satisfaisante, mais elle demeure complexe et/ou délicate lorsque la barrière de la langue est présente.

Question 9 : Quels seraient selon vous, les principaux obstacles que vous pourriez rencontrer lorsque vous prenez en charge un patient ne parlant et ne comprenant pas le français ?

Lors du dépouillement de cette question, j'ai choisi de relever les similitudes entre les réponses afin de les classer. Les principaux obstacles qui ont été cités par les infirmières sont les suivants :

- Echange difficile voire impossible, difficulté à donner des explications : cité 13 fois
- Difficulté d'établir une relation de confiance : cité 6 fois
- Le refus de soin / non observance du traitement : cité 6 fois
- Difficulté à prendre en charge la douleur : cité 4 fois
- Description des symptômes / passer à côté des symptômes que décrit le patient dans sa langue : cité 3 fois
- Ne pas comprendre les besoins du patient : cité 3 fois
- Différence culturelle : cité 2 fois

- Difficulté à faire les soins : cité 2 fois
- Le stress du patient : cité 2 fois
- Soins sans explications engendrant de l'angoisse chez le patient : cité 1 fois
- Interprète non présent : cité 1 fois
- Impossibilité de vérifier l'identité du patient : cité 1 fois
- Difficulté à réaliser le recueil de donné : cité 1 fois
- Aucune difficulté, il y a toujours des solutions (famille, interprète) : cité 1 fois

Les principaux obstacles qui ressortent le plus, concernent les difficultés de communication entre les soignants et les patients. D'après BOWEN Sarah, « *On s'entend généralement pour dire que la meilleure communication est obtenue lorsque les intervenants et les patients parlent la même langue* ». Je pense en effet qu'il est préférable de parler la même langue car il est parfois très difficile d'entrer en relation avec une personne qui ne parle ou ne comprend pas du tout notre langue.

Le refus de soin ou la non observance du traitement, les difficultés à prendre en charge la douleur apparaissent aussi comme un obstacle à la prise en charge d'un patient ne comprenant ou ne parlant pas le français.

La difficulté à établir une relation de confiance ressort également plusieurs fois. D'après Thierry Amouroux, « *on ne peut entrer en relation qu'avec quelqu'un envers qui l'on a confiance, mais la prestation infirmière est surtout présence et écoute authentique* ».²¹ L'absence de confiance peut être un obstacle dans la prise en charge de personnes ne parlant et /ou ne comprenant pas le français.

En résumé, il est préférable que les soignants et patients parlent la même langue. Une relation de confiance est nécessaire pour entrer en relation avec la personne soignée. Le refus de soin ou la non observance du traitement, ainsi que la difficulté à évaluer la douleur apparaissent comme étant de réels obstacles à la prise en charge des patients ne parlant et/ou ne comprenant pas le français. Cela était apparu lors de mes lectures, « *De nombreux facteurs*

²¹ AMOUROUX Thierry, Article paru dans : Espace éthique, La Lettre 15-16-17-18, hiver 2001-2002

*peuvent faire obstacle à la qualité des soins, dont de mauvaises communications, un refus d'accepter le traitement ou le régime, des traitements inadéquats ou inutiles et des problèmes éthiques. Tous ces facteurs s'additionnent pour créer des écarts de perception entre l'infirmière et le malade (Molzhan & Northcott, 1989) ».*²² En revanche les traitements inadéquats ou inutiles ainsi que les problèmes éthiques ne sont pas apparus lors du dépouillement des questionnaires.

Question 10 : qu'est ce que pour vous la qualité des soins ?

Vous trouverez le détail des réponses données par les infirmières dans la partie annexe²³.

Pour 10 infirmières, la qualité des soins est de permettre au patient de bénéficier de soins techniques et relationnels. Pour 7 infirmières, le respect des règles d'hygiène, d'asepsie, de confort, sont gage de qualité des soins. Pour 4 infirmières, il est nécessaire d'obtenir l'accord préalable du patient avant tout soins, toute prise en charge. Trois infirmières ont parlé de la relation de confiance, et 3 infirmières ont insisté sur le fait qu'il était nécessaire que le patient reçoive des explications claires.

D'après l'OMS²⁴, *«la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

Je remarque que les définitions données par les infirmières sont nettement différentes à celle donnée par l'OMS. Afin de résumer l'ensemble des définitions données par les infirmières, je dirais que la qualité des soins est l'ensemble des soins techniques et relationnels prodigués à un patient avec son accord. Une relation de confiance entre le soignant et le patient doit être instaurée car celle-ci semble être un élément important dans la relation soignant-soigné.

²² Soins infirmiers interculturels, Recueils de données et actions de soins, par Joyce Newman Giger et Ruth Elaine Davidhizar, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 1991, 308 pages, p.35

²³ ANNEXE II : réponse des infirmières à la question 10 du questionnaire.

²⁴ OMS = Organisation Mondiale de la Santé

Question 11 : Pensez-vous que la mise en place d'un projet individualisé de soin auprès de ces patients est plutôt : (simple, difficile, complexe).

Sur les 20 infirmières interrogées, 3 ont répondu que cela était plutôt simple. 2 infirmières l'ont justifié par le fait que dans leur service, chaque patient bénéficie d'un projet individualisé, pour l'autre infirmière, cela est simple « dans le sens qu'il suffit de faire un effort et de chercher les collègues qui parlent des langues étrangères ».

Huit infirmières ont répondu que c'était difficile. Dans la justification de leur choix, il en ressort que la mise en place d'un projet individualisé de soins n'est pas toujours faisable, qu'elles ne disposent pas toujours de moyens afin de les mettre en place et qu'elles n'ont pas forcément le temps d'individualiser les soins.

Huit infirmières ont répondu que c'était complexe et l'ont justifié par le fait que la barrière de la langue peut être un frein à la mise en place d'un projet individualisé de soin. De plus il y a une contrainte de temps que plusieurs infirmières relient au manque de moyens et de personnels.

Une infirmière a répondu qu'elle était simple « pour certains » et difficile « pour d'autres car ils prennent beaucoup plus de temps ».

En résumé, la mise en place d'un projet de soins individualisé est quelque chose de complexe, de difficile d'autant plus quand la barrière de la langue est présente. Le manque de temps, le manque de moyens, de personnels sont cités par les infirmières comme étant des freins à la mise en place des projets de soins individualisés.

Question 12 : Comment évaluez-vous votre qualité de prise en charge lorsque la barrière du langage est présente ? (mauvaise, médiocre, satisfaisante, bonne, très bonne, excellente)

Sur les 20 infirmières interrogés, deux n'ont pas répondu à cette question car pour elles, il est difficile d'évaluer une prise en charge lorsque le patient ne parle notre langue, il y a peu ou pas de retour du patient.

Deux infirmières considèrent leur qualité de prise en charge est mauvaise car les objectifs fixés ne sont pas remplis.

Cinq infirmières estiment que leur qualité de prise en charge est médiocre, qui serait lié à un manque de communication, un manque de relation avec le patient.

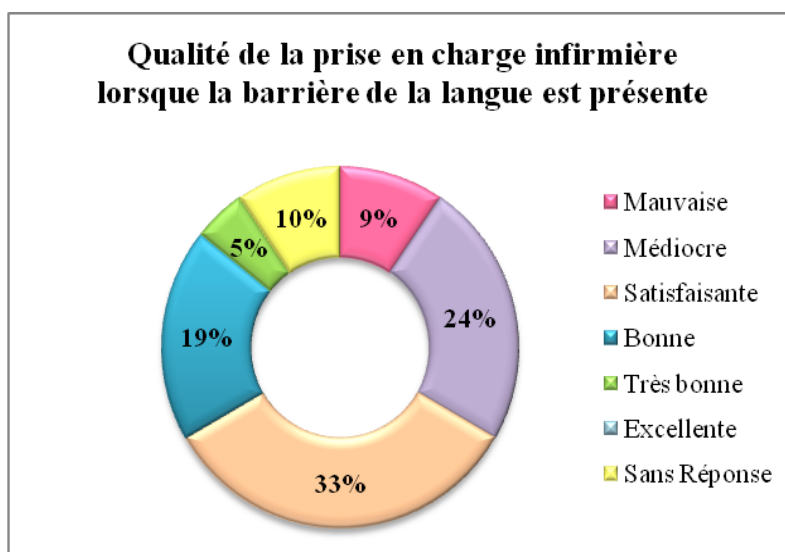
Une infirmière dit qu'elle se sent impuissante et que le manque de compréhension lui provoque un sentiment de frustration. Dans mon cadre théorique j'ai évoqué ce sentiment d'impuissance du soignant qui existe lorsque l'infirmière et le malade ne parlent pas la même langue. En effet, selon NEWMAN GIGER Joyce « *Si l'infirmière et le malade ne parlent pas la même langue, ou si leur style et leur mode de communication diffèrent, ils peuvent se sentir tous deux étrangers et impuissants* ». ²⁵

Sept infirmières pensent que leur qualité de prise en charge est satisfaisante. Trois infirmières disent faire du mieux que possible pour le patient.

Trois infirmières considèrent leur qualité de prise en charge comme étant bonne. Une infirmière pense que cela dépend de la langue (plus facile pour l'anglais par exemple), mais qu'elles essaient de faire au mieux pour le patient et sa famille. Une autre infirmière dit utiliser des moyens différents pour se faire comprendre (signes, dessins).

Une infirmière a coché deux items. Elle évalue sa qualité de prise en charge comme étant bonne et/ou très bonne en le justifiant par l'utilisation d'un film et d'un support en langue étrangère, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique d'un patient diabétique.

Comme nous pouvons le voir sur le graphique, 33% des infirmières (soit un tiers) estiment que leur qualité de prise en charge est satisfaisante, 24% estiment qu'elle est médiocre, 9% estiment qu'elle est de mauvaise qualité, 19%



estiment qu'elle est de bonne qualité et seulement 5% estiment qu'elle est de très bonne qualité. Aucune infirmière n'a qualifié sa qualité de prise en charge comme étant excellente.

²⁵ NEWMAN GIGER Joyce, Soins infirmiers interculturels, 1998.

Question 13 a) : avez-vous à votre disposition, des outils, des ressources, afin de faire face à ce type de situation ? (oui - non)

Sur les 20 infirmières interrogées, 17 infirmières ont répondu oui et 3 infirmières ont répondu non.

Question 13 b) : si oui, lesquels ? Les utilisez-vous ? Pourquoi ?

Sur les 17 infirmières ayant répondu oui, 14 ont répondu qu'elles disposaient d'une liste d'interprètes au sein de leur hôpital (ce sont des membres du personnel). 8 d'entre elles disent l'utiliser afin d'établir une relation avec le patient, favoriser une relation de confiance. 6 infirmières disent ne pas l'utiliser car cela demande du temps et des démarches, la liste n'est pas forcément à jour et que le personnel n'est pas toujours présent sur l'hôpital

Plusieurs infirmières ont répondu qu'elles sollicitaient leur collègues car certains ou certaines parlent une deuxième langue. Cela est pratique et rapide mais ne peut être utilisé que lorsque les collègues sont présents dans le service.

Trois infirmières utilisent le langage non verbal, cela est simple et rapide selon elles.

Trois infirmières disent solliciter l'aide de la famille, des proches, pour que le patient puisse comprendre ce qui le concerne, pour optimiser la prise en charge du patient.

Des supports papiers et films ont été cités par deux infirmières travaillant dans un service de diabétologie. Ces supports sont plutôt utilisés par l'infirmière d'éducation car elle dispose de plus de temps. Ils permettent aux patients de mieux comprendre leur pathologie.

En résumé, la majorité des infirmières disposent d'outils et de ressources au sein de leur service et les utilisent. Seuls les outils chronophages (faire appel à des interprètes) ne sont pas toujours utilisés.

Question 14 : enfin, avez-vous des remarques ou suggestions ?

Seulement deux infirmières ont répondu à cette question. Une infirmière a insisté sur le fait qu'il faut « faire des efforts et rechercher à aider ces patients, qui n'ont pas la chance de parler la même langue que celle dans le pays où ils tombent malade ». La deuxième infirmière

ayant répondu à cette question suggère que les livrets d'accueil des patients soient également disponibles en anglais, arabe, et portugais.

Je pense en effet qu'il serait judicieux de proposer des livrets d'accueils en plusieurs langues. Cela pourrait améliorer en soit la qualité de prise en charge des patients. L'accueil est souvent le moment le plus important dans l'hospitalisation d'une personne. C'est à ce moment là qu'elle se fait une idée du service, de l'établissement.

IX. Synthèse de l'analyse

Au vue de l'analyse de l'enquête que j'ai effectuée, je peux dire qu'il est courant de rencontrer, dans les services de soins, des patients ne parlant et/ou comprenant pas la langue française. Les patients d'origine maghrébine, portugaise et anglaise sont souvent rencontrés dans les services de soins. La prise en charge d'un patient ne parlant et/ou ne comprenant pas la langue française reste complexe, mais, est de qualité satisfaisante. Le projet de soin individualisé est perçu comme complexe par les infirmières interrogées, surtout, lorsque la barrière de la langue est présente. Plusieurs facteurs (le manque de temps, le manque de moyens, le manque de personnel) sont un frein à la mise en place des projets de soins individualisés. Enfin, les infirmières disposent d'outils et de ressources au sein de leur service qu'elles utilisent pour la majorité d'entre elles, lorsque cela est possible.

Avec l'ensemble de ces éléments, je peux dire que je confirme en partie, l'hypothèse que j'avais émise. Je peux confirmer le fait que nous sommes de plus en plus confrontés à une population migrante, que nous n'avons pas toujours du personnel à disposition pouvant effectuer des traductions, et que l'infirmière éprouve des difficultés à assurer une prise en charge personnalisée, de qualité et adaptée à la personne soignée.

En revanche, je ne peux pas confirmer que lorsque l'on fait appel à un proche de la personne soignée, nous ne pouvons plus garantir le respect du secret professionnel et ne pouvons pas certifier l'exactitude des traductions effectuées, car cela n'est pas ressorti dans l'enquête que j'ai effectué.

X. Conclusion

J'arrive au terme de ce long Travail de Fin d'Etude que j'appréhendai beaucoup. Je pense que ce travail est une belle expérience, qui m'a permis d'acquérir une maturité au niveau professionnel. Ce travail de fin d'étude m'a procuré beaucoup de stress car je pensais que je n'y arriverais pas. Mais plus mon travail avançait, plus je me sentais en confiance, d'autant plus que les guidances nous permettent de faire le point et de nous remotiver. Je suis donc très contente d'être arrivée au bout de ce Travail de Fin d'Etude.

J'ai éprouvé quelques difficultés tout au long de ce travail. Je pense tout d'abord au choix de la situation d'appel, qui d'après moi, est le plus important, puisque tout notre travail en découle. La question de départ que j'ai choisie est la suivante : en quoi la barrière de la langue influe-t-elle sur la qualité des soins infirmiers ?

Le cadre conceptuel a été, pour moi, la partie la plus compliquée car j'ai éprouvé quelques difficultés à trouver de la documentation sur le thème de la barrière de la langue puisqu'il y a très peu de publications sur ce sujet. J'ai essayé toutefois grâce à l'ensemble des lectures que j'ai effectué, d'établir un cadre théorique me permettant d'établir une hypothèse.

L'enquête a été pour ma part, la partie que j'ai préféré. J'ai beaucoup aimé réaliser le questionnaire et le dépouillement que j'ai trouvé très intéressant et très enrichissant. J'ai obtenue une grande diversité de réponses, parfois des réponses inattendues auxquelles je n'avais pas songé.

En ce qui concerne l'analyse de l'enquête, j'ai trouvé qu'il était difficile de confronter les résultats obtenus avec le cadre conceptuel. En effet, je pense que si j'aurais eut plus de documentations, concernant ce thème, cela aurait été plus facile pour moi.

Après avoir effectué l'analyse de mon enquête, j'ai pu confirmer en partie l'hypothèse que j'avais émise. Certains éléments que j'avais explorés dans mon hypothèse n'ont pas pu être confirmés car ils n'ont pas été cités par les professionnels que j'ai interrogés.

La barrière de la langue est présente dans les services de soins. Nous sommes régulièrement confrontés à des personnes d'origines différentes (maghrébine, portugaise, anglaise, chinoise, espagnole, ...). La prise en charge de ces patients reste complexe et est de

qualité satisfaisante. Les infirmières utilisent des outils ou des ressources afin de palier un minimum à la barrière de la langue.

Il me paraît judicieux, pour compléter ce travail de recherche, d'établir une enquête auprès des personnes soignées ne parlant et/ou ne comprenant pas le français afin d'obtenir des renseignements sur leur vécu, leur ressenti, leurs besoins. Estiment-ils avoir une bonne qualité de soins ? Comment évaluent-ils leur prise en charge médicale et paramédicale ?

XI. Bibliographie

Livres :

BLOCH Henriette, CHEMAMA Roland, GALLO Romain, *Grand dictionnaire de la psychologie* – édition Larousse, 1991, 862 pages.

DESMET Huguette, POURTOIS Jean-Pierre. *Culture et bienveillance* – édition de Boeck université, 2005, 316 pages.

GRESLE François, PANOFF Michel, PERRIN Michel, TRIPIER Pierre, *Dictionnaire des sciences humaines* – édition Nathan, 1990, 381 pages.

FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières* – édition Mallet conseil, 2^{ème} Trimestre 2009, 290 pages.

MERKLING Jacky, LANGENFELD Solange, *Psychologie, Sociologie, Anthropologie Unité d'Enseignement 1.1* – édition Masson, 2010, 237 pages.

NEWMAN GIGER Joyce, *Soins infirmiers interculturels* – édition Lamarre Poinat, 1998, 308 pages.

TISON Brigitte, HERVE-DESIRAT Ellen. *Soins et culture, formation des soignants à l'approche interculturelle* – édition Masson, Issy-les-Moulineaux cedex, 2007, 247 pages.

Revue et articles :

AMOUREUX Thierry, Relation soignant-soigné : respecter la personne malade, article paru dans La Lettre de l'espace Ethique N°15-16-17-18, hiver 2001-2002.

BOURDIN Marie-Jo, BENNEGADI Rachid, PARIS Christophe, La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants, *Revue Soins*, juillet/août 2010, n°747. Page 24 à 25.

BOWEN Sarah, Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, Santé Canada, 2001.

DAUVRIN Marie, GEERTS Charlotte, Professeur LORANT Vincent, Santé des migrants et bonnes pratiques, *Revue santé conjugulée*, janvier 2010, N°51. Page 19 à 25.

DEBOUT Christophe, Soins et culture, entre diversité et universalité, *Revue Soins*, juillet/août 2010, n°747. Page 21 à 23.

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* N°3, 2001, Page 27 à 34.

KESSAR Zahia, Eviter les stéréotypes de l'approche culturaliste des soins, *Revue Soins*, juillet/août 2010, n°747. Page 33 à 34.

Internet :

DURAND Charlaine, *Le rôle des valeurs dans l'activité de soins*, 30 septembre 2007, www.cadredesante.com.

RENAUX Nadège, DAUCHY Florence, *Grâce au kit, on se comprend !*, 2 février 2010, www.webzine.aphp.fr.

Dictionnaire Larousse en ligne, www.larousse.fr.

Textes législatifs et réglementaires :

Décret n°2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Loi n°2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie.

Décret n°2005-346 du 14 avril 2005, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

XII. ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire

Actuellement, étudiante infirmière en 3^{ème} année à l'IFSI de Versailles, je réalise, dans le cadre de mon travail de fin d'étude, un questionnaire sur le thème de la barrière de la langue. Je vous remercie par avance de m'accorder de votre temps pour le remplir. Ce questionnaire restera anonyme. Merci de cocher les réponses qui vous correspondent.

Merci de le compléter avant le 14 avril 2011

Questions d'ordre général permettant de classer les résultats :

- 1) Sexe ? Féminin Masculin

- 2) Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?
 20 à 25 ans 26 à 30 ans 31 à 45 ans 46 à 55 ans > à 55 ans

- 3) Dans quel service travaillez-vous actuellement ?

- 4) Depuis combien de temps ?

- 5) Dans quel secteur travaillez-vous ? Public Privé

- 6) Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmière ?
 < à 1 an 1 à 5 ans 6 à 10 ans 11 à 20 ans > à 20 ans

Questions spécifiques :

- 7) a) Vous arrive-t-il de prendre en charge des personnes soignées ne parlant et/ou ne comprenant pas la langue française ?
 Oui Non => allez à la question n°9

b) Si oui, de quelles origines étaient-elles issues ? (plusieurs réponses possibles)

- Anglaise Espagnole Maghrébine
 Portugaise Allemande Autre :

8) Estimez-vous que la prise en charge de ce type de patient est plutôt :

- 8)a) Simple Délicate Complexe

Merci d'argumenter votre réponse

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 8)b) De mauvaise qualité Qualité satisfaisante Bonne qualité

Merci d'argumenter votre réponse

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9) Quels seraient, selon vous, les principaux obstacles que vous pourriez rencontrer, lorsque vous prenez en charge un patient ne parlant et ne comprenant pas le français ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10) Qu'est-ce que pour vous la qualité des soins ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11) Pensez vous que la mise en place d'un projet individualisé de soin auprès de ces patients est plutôt :

- Simple Difficile Complexe

Merci d'argumenter votre réponse

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12) a) Comment évaluez-vous votre qualité de prise en charge lorsque la barrière du langage est présente ?

- Mauvaise Médiocre Satisfaisante
 Bonne Très bonne Excellente

b) Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

13) a) Avez-vous à votre disposition, des outils, des ressources, afin de faire face à ce type de situation ?

Oui

Non

b) Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

c) Les utilisez-vous ?

.....
.....
.....
.....

d) Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

14) Enfin, avez-vous des remarques ou suggestions ?

.....
.....
.....
.....

Je vous remercie d'avoir consacré de votre temps pour répondre à ce questionnaire.

ANNEXE II : réponse des infirmières à la question 10 du questionnaire

Question 10 : qu'est ce que pour vous la qualité des soins ?

IDE 1 : « Le plus important ».

IDE 2 : « Explication claire donnée au patient avant un soin, acceptation de l'acte par le patient, respect des règles d'hygiène et de sécurité, relation de confiance, rapidité du geste et dextérité, confiance en soi, expérience ».

IDE 3 : « La qualité de soin est un soin fait avec l'accord du patient (préalablement) en respectant les règles d'hygiène, de confort, selon une prescription médicale ou venant du rôle propre ».

IDE 4 : « Information, communication, relation de confiance ».

IDE 5 : « L'accord préalable du patient, un échange verbal et non verbal avec le patient. Les soins faits avec dextérité en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie ».

IDE 6 : « Une bonne prise en charge, un bon accueil, une bonne explication des soins, écoute, prise en charge de la douleur ».

IDE 7 : « Un soin de qualité doit être un échange avec le patient, une dextérité d'application. Pas de possibilité de l'un sans l'autre ».

IDE 8 : « Soins adaptés aux patients et à son état de santé, son vécu. Prise en charge globale : pas seulement le problème pour lequel le patient est hospitalisé. Avec un relationnel et des informations auprès du patient et de sa famille ».

IDE 9 : « Respect de l'intimité, respect de l'hygiène, respect de la technique des soins, satisfaction du patient ».

IDE 10 : « Une dextérité d'application en respectant les règles d'hygiène, de confort selon les prescriptions médicalisés ».

IDE 11 : « Prise en charge du patient dans sa globalité : sur le plan des soins techniques mais aussi relationnel. Respect des règles d'hygiène, d'asepsie, lors de tous soins ».

IDE 12 : « C'est une bonne prise en charge du patient dans les soins et dans le relationnel. Le patient doit rester acteur de sa maladie, surtout quand il y a beaucoup d'éducation autour ».

IDE 13 : « Prise en charge qui permet de remplir les objectifs de soins fixés, c'est-à-dire que le patient puisse être autonome vis-à-vis de son diabète, qui soit observant volontairement ».

IDE 14 : « Permettre au patient de bénéficier de soins de qualités tant sur le plan technique que relationnel ».

IDE 15 : « Effectuer une prise en charge de qualité en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie lors des soins et en établissant une relation de confiance avec la personne, qui permet une bonne prise en charge ».

IDE 16 : « Des explications claires, de l'écoute, et ne pas laisser un patient sortir sans avoir répondu à ses questions et avoir vu avec lui s'il se sent prêt à se prendre en charge à domicile. L'éducation et la compréhension de la pathologie sont primordiales dans les soins afin d'observer une observance du traitement et des surveillances spécifiques (glycémies, transmissions sur carnet, insuline, examens, alimentation) de la part du patient ».

IDE 17 : « C'est un soin efficace qui est compris et accepté pleinement par le patient, et sa réalisation entraîne une satisfaction pour le soignant ».

IDE 18 : « Répondre au mieux aux besoins du patient ».

IDE 19 : « Pour moi, la qualité des soins est d'avoir une prise en charge cohérente qui tient compte des souhaits de la personne. De permettre à chaque personne hospitalisé de bénéficier des mêmes prestations, de la même écoute, des mêmes soins et de répondre au mieux à ses besoins ».

IDE 20 : « idem ».