

ANALYSES - NOVEMBRE 2017



**QUELLES PISTES POUR L'AMÉLIORATION
DE LA FORMATION DES SOIGNANTS
À L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS
QUI MAITRISENT PEU LE FRANÇAIS ?**



FUCID

FORUM UNIVERSITAIRE
POUR LA COOPÉRATION INTERNATIONALE AU DÉVELOPPEMENT

À travers ses analyses et études en éducation permanente, la FUCID ouvre un espace de réflexion collective entre les militant.e.s du monde associatif, les citoyen.ne.s du Nord et du Sud et des enseignant.e.s/chercheur.se.s. En multipliant les regards et les angles d'approche sur les questions de société liées à la solidarité mondiale, la FUCID propose de renforcer, au sein de l'enseignement supérieur, la valorisation d'alternatives aux systèmes de pensée dominants.

Analyses novembre 2017

FUCID asbl, Rue de Bruxelles 61, 5000 Namur

Tél. : +32 (0)81 72 50 88

Fax : +32 (0)81 72 50 90

fucid@unamur.be • www.fucid.be

QUELLES PISTES POUR L'AMÉLIORATION DE LA FORMATION DES SOIGNANTS À L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS QUI MAITRISENT PEU LE FRANÇAIS ?

Des professionnels de la santé, et plus largement de la prise en charge sociale des personnes maîtrisant peu le français, ainsi que des représentants de la Ligue des Usagers des Services de la Santé (LUSS), Lire et Ecrire Namur, du SeTIS wallon (Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social wallon), de Cultures & Santé, de la Croix-Rouge et du SASER (Service de Santé Affective, Sexuelle et de Réduction des Risques en Province de Namur) se sont penchés sur cette question au sortir de la pièce de théâtre, traitant de la place de l'interculturalité dans les soins de santé, « Oza wapi Docteur », le 26 octobre au centre d'accueil Croix-Rouge d'Yvoir.

Parmi les participants, ceux qui sont quotidiennement au contact de patients maîtrisant peu le français ont effectivement témoigné, par leurs expériences, de la difficulté à bien se comprendre au sein du tandem soignant-soigné. Or, l'enjeu est de taille : car ces difficultés de communication ont un impact réel sur le service de soins et, partant, sur la santé des patients.

La barrière de la langue...

Souvent quand la barrière de la langue ne parvient pas à être franchie, il en découle un évitement de la situation nécessaire d'échanges entre le soignant et le soigné. Cet évitement provient tant du patient que du dispensateur de soin. Le soigné ne vient pas à son rendez-vous ; le soignant prétexte d'autres priorités, s'échappe dans l'humour avec ses collègues, quand il évoque ce type de relation, plutôt que d'aborder réellement le problème.

Pourtant, si la volonté est là, avec des gestes, des dessins, on parvient parfois à faire passer des messages. On peut également faire appel à l'entourage, quand celui-ci maîtrise mieux le français que le patient. Des collègues peuvent aussi, par hasard, connaître la langue du patient en difficulté et jouer le rôle d'interprètes. Cependant, il s'agit d'interventions aléatoires, parfois peu souhaitées par les soignants, par crainte de l'absence de professionnalisme et donc de déontologie. En revanche, dans le cas de maladies bénignes¹, certains patients se sentiront mieux si un membre de leur famille joue le rôle d'interprète que si ce rôle est tenu par un interprète professionnel, mais qui ne leur est pas familier.

1 Comme le précise Aurore Blavier, assistante sociale chez Namur Entraide Sida : « Dans le cas de maladies chroniques, dont le VIH, le cancer, les maladies mentales, et/ou pour des sujets délicats tels que la contraception, il s'agit de vérifier que si la personne vient avec sa famille, c'est parce que c'est son choix et pas parce que cela lui aurait été imposé d'une manière ou d'une autre. Pour ces situations plus délicates, il est préférable de faire appel à un interprète par souci de secret professionnel, dès la prise de rendez-vous, et de demander à celui-ci qu'il prévienne le patient de sa présence. Cela permet à la fois une interprétation plus juste (la famille peut par exemple choisir de taire certains détails ou de résumer le discours pour protéger la personne) et une plus grande facilité, pour le patient, d'exprimer des choses intimes et de poser des questions qui ne sont peut-être pas permises dans le code culturel du pays ou de la famille ».

... et l'ancrage culturel

La langue n'est toutefois qu'un des aspects du problème communicationnel. L'ancrage culturel parfois très différent du soignant et du soigné peut créer des incompréhensions, même si la barrière de la langue est résolue. La question des valeurs, des priorités véhiculées par la culture génère des interprétations différentes de la part du soignant et du soigné.

Parmi les facteurs susceptibles d'entraver les relations entre soignants et soignés issus de milieux socio-culturels différents, citons notamment :

- **La peur de l'autre**, de l'inconnu, tant de la part du soigné que de la part du soignant. Cette appréhension génère des comportements de fuite, d'évitement, d'un côté comme de l'autre.
- Le poids de **l'inertie sur la volonté de changement** empêche parfois d'agir sur ces situations d'incompréhension, qui sont, du coup, considérées comme inéluctables, voire banales. Il faut une certaine audace pour revoir sa manière de travailler, d'aborder le patient, pour réfléchir à une autre organisation de la distribution des soins, à un autre ciblage de la communication à faire passer lors du briefing infirmier, sur les aspects relationnels avec le patient notamment.
- La peur de perte de temps et donc de **rentabilité**. Le milieu des soins de santé (surtout hospitalier, c'est un peu moins marqué dans les maisons médicales ou dans des centres d'accueil comme la Croix-Rouge) est soumis à des règles semblables à celles des marchés commerciaux. Le temps, c'est de l'argent. Sauf qu'à vouloir trop en gagner (du temps ou de l'argent), on en perd. Si tel soignant avait pris le temps de contacter le médiateur interculturel, de planifier une consultation en présence d'un interprète, la rencontre soignant-soigné aurait sans doute été plus efficace.
- **La méconnaissance des ressources** existantes et ou de la manière de les mobiliser. Ces ressources sont, par exemple, les services offerts par les médiateurs interculturels, présents dans certains milieux hospitaliers, ainsi que par le SeTIS wallon, qui répond aux demandes de traduction et d'interprétariat social provenant des services associatifs et publics.
- **La rareté de certaines langues** pour lesquelles il n'existe qu'un traducteur ou un interprète en Wallonie. Il ne sera pas toujours disponible quand le personnel soignant en fera la demande.
- Les situations d'**urgence médicale** limitent le verbal, même entre personnes qui parlent la même langue. Le manque de verbalisation est alors encore plus intense si l'un des acteurs ne maîtrise pas la langue de l'autre.

Alors, quelles pistes d'action ?

Des solutions peuvent être mises en place à différents niveaux.

Ainsi, **sur le terrain du monde médical et paramédical**, il s'agirait d'augmenter la visibilité du médiateur interculturel et de son rôle, afin que les soignants en connaissent l'existence et fassent appel à lui. Les chemins d'accès aux réseaux tels que le SeTIS ou le CPAS devraient également être mieux connus – les équipes pourraient par exemple construire des outils qui schématisent ceux-ci. De façon générale, des supports visuels imagés mais non enfantins pourraient être davantage construits, utilisés et communiqués au sein des équipes. Concrètement, ces outils et supports visuels pourraient être co-construits par les soignants et soignés dans le cadre de formations continues.

Mais une solution durable passe aussi par une réorganisation du temps des soignants, c'est-à-dire une utilisation raisonnée du temps en fonction des besoins (en ce compris « de non-maitrise de la langue ») des différents patients, et la prise en compte de ces informations dans le briefing entre équipes... Des pistes certes pas toujours faciles à mettre en place dans un contexte de pressions à la rentabilité.

Enfin, de manière plus large, les soignants auraient à gagner à s'ouvrir à une communication égalitaire avec le patient, en laissant à celui-ci le choix sur sa santé, sur ses attentes en matière de santé, et en respectant ses choix.

Dans les filières d'enseignement des futurs acteurs de ce terrain, des mesures pourraient également être prises, avec la création d'un cours (théorique) sur le système de soins de santé en Belgique, en ce compris le droit du patient, ou encore le recours à des modules de cours sur l'interculturalité dans le cadre de la formation initiale. Des méthodes pédagogiques actives seraient alors privilégiées, comme des travaux de création de supports visuels (tels que des pictogrammes, objets en 3D, imagiers informatiques...), partageables avec

d'autres acteurs du système de soins de santé. Ces supports visuels décriraient par exemple comment mettre un suppositoire.

Un cours « organisation socio-sanitaire » pourrait être mis sur pied. Il serait basé sur des témoignages et interventions de différentes organisations (ONG, SeTIS, CPAS, médiation interculturelle, LUSS, FLE, alpha...), ainsi que sur des travaux de recherche à propos de ces réseaux, sur des séminaires, des jeux de rôle, ou encore des résolutions de cas cliniques complexes (telles que les expériences menées dans la filière médecine en fin de deuxième cycle à l'Ulg et l'UCL).

De façon transversale, il s'agirait aussi d'aborder, dans la filière, la limite du soignant par rapport au patient, qui est acteur dans cette relation égalitaire soignant-soigné. Les activités d'apprentissage interculturel, qui devraient exister dès le début de la formation, pourraient en outre être valorisées en termes de points, d'unités d'apprentissage, d'ECTS...

Le groupe propose également d'instaurer un stage **interculturel obligatoire** d'une semaine en début de formation des soignants. Il devrait être précédé d'une préparation comprenant un temps d'expression libre de ses préjugés, de ses peurs, afin de pouvoir ensuite les analyser, les travailler.

Conclusions

Lorsqu'un patient maîtrise mal le français, des volontés du côté soignant et du côté soigné sont déjà mobilisées pour améliorer la communication de ce tandem. Les partages d'expériences nous ont permis de les repérer, mais aussi de lister des pistes d'actions à mener du côté des équipes soignantes comme du côté des filières d'études en soins de santé. Ces propositions d'actions visent à améliorer la communication soignant-soigné, lorsqu'ils ne parlent pas la même langue.

Il est à noter que cette sous-thématique « **maitrise de la langue** » reste **indissociable** d'un concept plus large qui est celui de **l'interculturalité**, lui-même dépendant de la **communication** - « Parler la même langue ne suffit pas à se comprendre » - et de **l'accueil, condition obligatoire à une relation vécue par la soignant et par le soigné comme égalitaire**.

Forts de ces convictions, la FUCID et ses partenaires poursuivront dès lors le travail de plaidoyer à destination de la faculté de médecine de l'UNamur², entamé le 20 février 2018 dans le cadre de la semaine d'actions Tout Autre Enseignement Supérieur. La FUCID insiste sur la recommandation, selon elle prioritaire, qui consiste à proposer des stages en milieux multiculturels et/ou marqués par les inégalités sociales en Belgique.

Caroline Canon

Maitre en didactique à la faculté de médecine de l'UNamur et membre de l'AG de la FUCID

2 Comme mentionné dans la note de recommandation sur laquelle s'est basé le plaidoyer, la réflexion a été concrétisée par rapport au cursus de l'UNamur, mais toute transposition aux autres universités de la FWB serait la bienvenue. Toutes les informations relatives à la note et au moment de rencontre avec le doyen de la faculté de médecine sont disponibles sur le site de la FUCID : <http://www.fucid.be/plaidoyer/>.

