

## **Du côté du soignant/de la soignante Traduire sa langue étrangère**

*Quand une personne vient consulter, c'est une rencontre. Elle a une demande, une plainte, un problème qu'elle nous confie. Nous allons en faire l'analyse, avec notre perception et notre savoir. Dans l'échange, nous prendrons des décisions, pour maintenant et pour plus tard. Mais pour cela, il nous faut traduire notre langue, qui peut paraître étrangère.*

Tout commence par **l'accueil**. Regarder la personne, l'inviter à s'asseoir, essayer de la mettre à l'aise : « Je vous écoute ». Créer l'ouverture : « Qu'est-ce qui vous amène ? » puis la laisser parler. Etre à la fois curieux.se et serein.e, sans oublier qu'une plainte peut cacher une toute autre demande. Lire les postures physiques, les mimiques, les silences, afin de débusquer ce qui tracasse le/la patient.e dont il/elle n'ose pas parler. Etre conscient.e que la rencontre est un véritable enjeu.

Les premières rencontres prennent du **temps**, pour se connaître. La confiance, elle, se construit dans le temps. La personne n'arrive pas toujours à formuler sa demande du premier coup, elle peut être bloquée, mettre du temps à dire. Dans le temps de la consultation, il faut tenter de cerner le problème, prioriser les demandes, transmettre l'essentiel. Cela demande un peu d'**organisation** : choisir le lieu où l'on se rencontre, à deux ou avec quelqu'un de l'entourage, programmer plusieurs consultations. Il faut que la personne trouve l'espace et le temps où dire ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle craint et ce qu'elle envisage.

Pour accueillir les émotions du/de la patiente, et tenter de les comprendre, essayer de ressentir ce qui nous est étranger, il faut du recul. A la fois reconnaître que l'on est touché, et ne pas se laisser envahir par les émotions. Ne pas juger, considérer son avis à part égale, **respecter** sa parole et son expérience, ses savoirs. C'est un pacte de confiance. Pour faciliter la compréhension de ce qui peut sembler totalement étranger.

A toutes les étapes de la consultation, la langue du soignant peut paraître étrangère. Ne pas parler « médecin » mais utiliser **des mots simples**, un langage courant mais le plus précis possible. Eviter les sigles, vérifier l'effet de ce que l'on dit sur la personne. Réfléchir avant de parler pour éviter les mots déplacés. Tout en restant naturel.le de façon à ne pas donner l'impression qu'on cache quelque chose.

Traduire sa langue étrangère de médecin c'est aussi **expliquer** ce qu'on fait, ce qu'on voit, ce qu'on ressent. « J'ai l'impression que vous avez des difficultés à comprendre ce que je dis, ce qui est écrit... » « Comment voulez-vous que l'on s'y prenne pour les explications : un dessin, une photo, une vidéo...? » Avec une variété de **supports** pour s'adapter à la personne qui consulte. Un support adapté peut permettre au/à la patient.e de réfléchir sur ce qui lui arrive et au/à la soignante de venir en appui, en aide à cette réflexion.

Que la personne sache qu'on la prend en **considération** : « Si j'ai bien compris ce que vous venez de dire c'est donc que... ». Demander si elle a des questions, ce qu'elle en pense. Lui laisser le temps de prendre conscience de la situation, être attentif.ve à ses réactions, accepter le silence. L'amener à s'exprimer pour repartir de ce qu'elle ressent pour discuter et prendre des décisions ensemble. Voir qui dans l'entourage peut comprendre et accompagner. Regarder la personne et ne pas hésiter à dire l'effet que nous font les nouvelles qu'on annonce.

Si on cherche des informations scientifiques, les exposer avec nuances, en parlant des controverses tout en étant clair.e sur ce qu'on pense et en essayant de donner à la personne les moyens d'avoir un avis. S'il y a d'autres intervenants, on peut servir d'interlocuteur.trice et traduire ce qu'il s'est passé ailleurs. Choisir ensemble ce qu'on écrit (à un spécialiste...), rapporter ce qu'on a compris et **décider ensemble**. Proposer plusieurs attitudes possibles, un choix et des décisions prenant en compte les bénéfices et les risques par rapport à la vie du patient. Orienter, si besoin, vers des associations de patients, un réseau, des partenaires, d'autres acteurs.

Partager les responsabilités, ne pas dire seulement « C'est comme vous voulez » mais **s'engager**. Travailler ensemble sur les conditions de la routine de la vie avec la maladie : comment faire attention à soi, rester vigilant, quels risques dans sa vie, quand s'alerter...Convenir des arrangements dans les traitements, les habitudes, les décisions. Se mettre d'accord sur la façon de cheminer ensemble (rythme des rencontres, lieu : au cabinet ou à domicile, autres personnes impliquées, façon d'alerter, ressources quand on n'est pas là...). Comment être à la fois dans la distance juste et dans la proximité ?

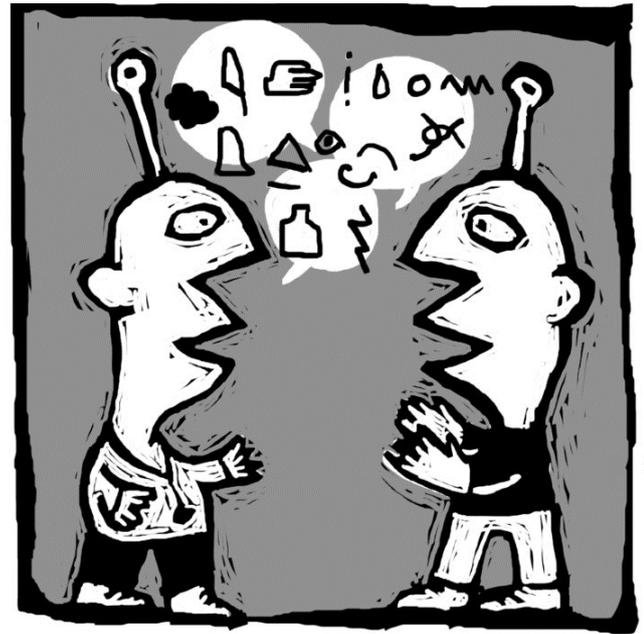
## Ce qu'on sait :

Les médecins ont tendance à interrompre très rapidement les patients. Cela a été mesuré : ils/elles reprennent la parole au bout de 20 à 30 secondes. S'ils/elles laissent les patient.es s'exprimer, la plainte initiale d'une consultation est annoncée en 1minute 30 à 2 minutes dans 80% des cas. Et la satisfaction du patient et celle du médecin augmentent, l'un pour avoir pu dire, l'autre pour avoir su écouter et donc avoir laissé la place à l'expression des informations. Donner un peu d'espace d'expression spontanée est nettement utile et rentable (Wolf Langewitz et al BMJ 2002)

On oublie trop souvent que l'inquiétude des patients n'est pas "et maintenant" mais "et plus tard", comment anticiper ce qui pourrait arriver. Cette attention du moment est celle qui permet d'envisager ensemble l'avenir. L'annonce est un acte fondateur d'une suite à envisager.

Ce qui est grave pour le médecin ( pronostic, conséquences médicales) n'a pas obligatoirement la même gravité pour le patient. Les représentations peuvent être très différentes, les croyances aussi. Et aussi pour la société (le travail...) et vice et versa...

Cordel écrit par le collectif Outils du soin et le Pôle de ressources -Ile de France -en éducation thérapeutique (liste exhaustive des auteurs sur le site), mai 2017



# Soignant.es, patient.es se comprendre

cordel : petit fascicule brésilien de poèmes ou écrits subversifs accrochés à une corde à linge et vendus dans les marchés



le Healthy People 2010 (objectif d'amélioration de l'état de santé de la population sur 10 ans) définissait la Healthy Literacy comme étant la mesure par laquelle l'individu a la capacité d'obtenir, traiter et comprendre les informations de base en matière de santé ainsi que le fonctionnement des services nécessaires lui permettant de prendre une décision appropriée pour sa santé. Cette définition est en lien avec les compétences en santé, qui sont, selon l'OMS, « les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé ».

## Citations :

## La littératie

"Vous savez que le mot curieux vient du latin "cura": le soin ? Soyons fiers de notre défaut : être curieux, c'est prendre soin."  
**Erik Orsenna** *Les Chevaliers du Subjonctif*

"Les airs charmants et qui font la beauté des choses sont : l'air blasé, l'air ennuyé, l'air évaporé, l'air impudent, l'air froid, l'air de regarder en dedans, l'air de domination, l'air de volonté, l'air méchant, l'air malade, l'air chat, enfantillages, nonchalance et malices mêlées"  
**Charles Baudelaire** *Journaux intimes*

"L'on a entre soi et chaque personne le mur d'une langue étrangère"  
**Marcel Proust** *Le côté de Guermantes*  
*A la Recherche du Temps Perdu*

"Celui qui ne connaît pas les langues étrangères ne sait rien de sa propre langue"  
**Johan Wolfgang Von Goethe**