ECOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

# Impact d'un outil de communication dans la prise en charge péri-opératoire d'un patient anglophone : Étude Pilote


Par

**Caroline TOURET**

Sous la direction de

**Dr KERFORNE THOMAS**

Praticien Hospitalier et Maître de Conférence Universitaire

CHU Poitiers

**Mme HAUET Valérie**

Cadre de santé IADE

CHU Poitiers


Septembre 2019

UE 7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANCAISE

PRÉFET DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

# Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine

La Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 : Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

***Je soussigné***……

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et de m'y être conformé.

et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte

***Fait à …….. Le*** ***Suivi de la signature.***

Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »[1].

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation.

En application du Code de l'éducation[2] et du Code pénal[3], il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

[1] Site Université de Genève http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf

[2] Article L. 331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

[3] Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

**REMERCIEMENTS**

**À Monsieur le professeur DEBAENE ;** merci de nous assurer un enseignement de qualité

**À Thomas ;** mon directeur de mémoire et ami, pour son aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail et pour toutes ces années en réanimation cardio-thoracique où j'ai tellement appris. D'interne à MCU, d'élève infirmière à IADE, le chemin a été long mais toujours agréable

**À Mme. HAUET ;** pour notre attrait commun pour la langue anglaise et pour son aide dans la mise en place de notre étude

**À l'équipe encadrante de l'école et aux IADE du CHU ;** pour leur aide au cours de ces deux années bien chargées et pour leur bienveillance. Un remerciement particulier à Philippe qui a su m'écouter et être prévenant durant ces deux années.

**À mes compagnons de galère ;** ma promo avec spéciale dédicace à Diane, Vic, Chacha, Steph, Axou et Pierre.... on l'a fait les gars. Merci pour les bons moments et votre soutien pendant ces années difficiles.

**À mon ancienne équipe de réa** que j'ai toujours plaisir à voir, mes petites visites en terrain connu depuis mon départ m'ont toujours rassurées.

**À Martin ;** mon petit craww chéri que j'aime plus que tout, dont la différence fait notre force et la joie de vivre notre bonheur.

**À Alex ;** mon coq, merci pour ton soutien et pour m'avoir permis de mener à bien mes études. Onze ans que nous nous soutenons tant dans la vie que dans les études, par contre après, on se pose un peu hein ? Je te coeur...

**À ma famille ;**

**À mes parents** ; avec une petite dédicace spéciale à Maman pour avoir fait autant de traversées de l'atlantique pour nous aider et à Papa pour son soutien de tous les jours, pour vous occuper si bien de Martin.

**À ma soeur Floflo ;** on a enfin terminé nos études ma Sis, je suis très fière de toi

**À mon frère Didi ;** loin des yeux mais toujours près du cœur, je suis contente de te savoir à nouveau heureux

**À Belle-Mounette ;** comment imaginer une belle-mère aussi gentille et à Lino et sa moto

**À mes Bofs ;** à ma Jolie Milou adorée, à Mash mon english préféré, aux deux jeunots que j'adore Léa et Mathieu

**<u>À mes amis,</u>**

les meilleurs du monde, qui m'ont tant soutenue dans mon projet et dans ma vie familiale, qui m'ont supportée dans mes grandes phases de stress, dont la porte a toujours été ouverte

**À La famille Forget ;** parce qu'être avec vous c'est un peu la maison du bonheur, à la vie à la mort...

**À la famille Schram ;** ami retrouvé et amie rencontrée, vous êtes toujours présents dans les bons comme dans les mauvais moments,

**À la famille Adeinat ;** même si j'aurai aimé profiter plus de vous trois vous sachant plus près, merci pour cette amitié de 10 ans

**Petite dédicace aux BFF :** Auré, Océane et Néné, parce qu'on se connait depuis toujours ou presque, que cette année a été très dure moralement et que vous n'avez jamais flanché et que ces petites pauses soirées resto m'ont fait beaucoup de bien.

**À la famille Rouard ;** certes on ne s'est pratiquement pas vus ces deux dernières années mais ce n'est que pour pouvoir mieux se rattraper. Et ma chère Sarah, merci d'être toujours présente quoiqu'il arrive.

**À la famille Goudin ;** qui va bientôt s'agrandir, pour nos soirées jeux de société et notre amitié qui s'est construite au fur et à mesure des années.

**À mes cousinettes d'amour ;** pour votre soutien inconditionnel, pour vos coups de boost, pour vos petites attentions, je vous aime fort fort. Et à mes chers beaux-cousins, Vilou et Quentinou. Les meilleurs Zincous : c'est vous...

**À mes Filleules :** ma grande Léa et ma petite grande Juliette, mes deux blondinettes chéries.

**À mes neveux et nièces :** Adèle, Inès, Raphy, Antoine et Manon, mes petits rayons de soleil.

**À Tata Nounou ;** cela fait 4 ans que tu prends soin de Martin et de nous. Pour le petit café qui remonte le moral après une journée de travail et pour l'amour que tu portes à Poppy

**À l'équipe enseignante du Breuil-Mingot ;** Cette première année de maternelle pour Martin a été mouvementée mais vous n'avez jamais cesser de chercher à mieux le comprendre. Merci pour cette belle entente entre parents et professeurs.

# Table des matières

*I) INTRODUCTION ..... 1*

*II) MATÉRIEL ET MÉTHODES ..... 4*

1. Type d'étude ..... 4
2. Objectifs de l'étude ..... 4
3. Critères de jugement ..... 4
4. Matériel et méthode ..... 4

*III) RÉSULTATS ..... 9*

1. Caractéristiques de la population étudiée ..... 9
2. Résultat principal ..... 9
3. Résultats secondaires ..... 10
4. Analyse en sous-groupe : ..... 12

*IV) DISCUSSION ..... 14*

1. Données démographiques ..... 14
2. Résultats principaux ..... 14
3. Limites de l'étude ..... 15
4. Propositions et perspectives ..... 17

*V) CONCLUSION ..... 23*

*VI) RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 24*

*VII) ANNEXES ..... I*

Annexe 1 : Échelle du Cadre Européen Commun de référence pour les langues (CECRL), conseil de l'Europe ; tableau simplifié ..... I

Annexe 2 : limites et risques de l'emploi d'un autre moyen que l'appel à un interprète officiel en santé ..... II

Annexe 3 : Outil de communication ..... III

Annexe 4 : Autorisation d'utiliser les pictogrammes de l'APHP dans le cadre de cette étude ..... VIII

Annexe 5 : Scenario d'évaluation de la réalisation de la check-list préopératoire auprès d'un patient anglophone ..... IX

# I) INTRODUCTION

Rares sont les études françaises qui se sont intéressées à la sécurité et à la qualité des soins en lien avec les barrières linguistiques. D'autres pays tels que les États-Unis ou encore le Canada qui de par la composition même de leur population, s'intéressent à ce sujet depuis plusieurs années. En effet, si aux États-Unis la langue officielle reste l'anglais, la population hispanophone ne cesse d'augmenter (18% de la population) [1] et au Canada, le français et l'anglais sont des langues officielles à la proportion de presque un quart de francophones.
Ces pays nord-américains ont par ce fait beaucoup étudiés l'impact de la barrière linguistique sur la sécurité des patients. Bowen S. a notamment publié une revue de la littérature sur ce sujet à la demande de la Société Santé en Français (SSF) [2]. Elle montre que 59% des événements indésirables signalés dans la base de données de la *joint-commission* américaine sont causés par un problème de communication [3].
En prenant le taux de réadmission comme indicateur de sécurité, les auteurs constatent que les patients ayant une barrière de la langue ont plus de risque de réadmission, indépendamment des variables socio-économiques et des comorbidités [4,5].
De plus, l'accès à un service d'interprétariat au moment de l'admission diminue sensiblement le taux de réadmission de cette population de patients [6]. Ensuite, les erreurs de médication associées aux barrières linguistiques sont bien documentées dans la littérature. On peut citer l'étude d'Andrulis et al. qui montre que 27% des patients qui jugeaient avoir besoin d'un interprète n'ont pas compris les instructions relatives à leurs médicaments, contre 2% des patients qui ont obtenu les services d'interprétariat ou qui n'en nécessitaient pas [7].
Meuter et al. montrent également que le risque de survenue d'incompréhensions augmente lorsque deux personnes communiquent dans une langue qui n'est pas la langue maternelle d'au moins l'un des deux communiquant [8].

Aujourd'hui, la prise en charge médicale du patient étranger européen en France est encadrée par deux textes de références.

-La chartre sociale européenne révisée de 1996, dans sa partie V-Article E-non-discrimination, précise que *« La jouissance des droits reconnus (...) doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue,(...) »* [9].

-La chartre de l'interprétariat de l'HAS, dans son article D. 1110-6 du CSP, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 [10], nous apporte une définition de l'interprétariat linguistique en santé :

*« L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit aux professionnels de santé les moyens d'assurer la prise en charge des personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française dans le respect de leurs droits prévus au présent titre, notamment du droit à l'information, du droit au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant.* » L'HAS précise

également que seuls les « *interprètes professionnels soumis à un cadre déontologique »* peuvent assurer au patient le respect de ses droits décrits par la chartre de la personne hospitalisée, à savoir : « *fidélité de la traduction, confidentialité, secret professionnel, impartialité et respect de l'autonomie »* et d'assurer le droit à l'information, le recueil du consentement libre et éclairé du patient [10].
Bowen S. dans sa revue de la littérature conclu d'ailleurs sur :

> *« le fait de s'en remettre au dévouement et au bon jugement des intervenants eux-mêmes pour prévenir les erreurs, sans s'attaquer aux risques systémiques, va à l'encontre des connaissances dont on dispose à l'heure actuelle sur la création et le maintien d'une culture axée sur la sécurité du patient»* [2].

Nous avons donc cherché à faire un état des lieux de l'interprétariat au CHU de Poitiers. Nous aurions souhaité connaître dans un premier temps le nombre de patients anglais hospitalisés et opérés à CHU de Poitiers. Cette donnée n'a pas pu être retrouvée car le pays d'origine est considéré comme une variable discriminatoire, aussi rien ne permettait aux services administratifs de nous éclairer sur ce point.

Une liste d'interprètes professionnels ou bénévoles est disponible au sein du CHU de Poitiers, gérée par le Service des Interprètes. Deux catégories d'interprètes sont joignables par les équipes soignantes : sous contrat ou bénévoles.

Les interprètes sous contrat sont appelés dans un contexte de mission et donc payés par l'hôpital sous la forme de note de frais. Leurs frais de déplacement leurs sont remboursés. Leurs délais d'intervention en fonction de la demande n'ont pas été étudié à ce jour, mais suite à nos échanges téléphoniques, il semblerait que leurs interventions doivent être programmées, ne peuvent être rapide et de plus, les interprètes ont fait remonter la perte de temps allouée à la recherche d'une place de parking.

Les interprètes bénévoles ont quant à eux un délai d'action plus rapide. Ils ne sont pas rémunérés et peuvent être appelés sur leur temps de travail ou de repos. Ils ne peuvent pas prétendre à un dédommagement des frais de déplacement.

Plusieurs points peuvent expliquer la difficulté d'un recours systématique à un interprète pour encadrer la prise en charge d'un patient anglophone dans notre institution.
Premièrement, l'équipe soignante a accès à une liste téléphonique d'interprètes. Or, cette liste est aujourd'hui obsolète car elle n'a pas pu être mise à jour et si elle propose des interprètes officiels dans plusieurs langue, les interprètes en anglais sont bénévoles et peu nombreux (au moment de l'enquête, seule une personne était proposée comme interprète bénévole). Nous aurions aimé pouvoir établir une proportionnalité entre le nombre de patients étrangers hospitalisés et d'interprète en regard des langues maternelles de ces derniers, mais cette donnée comme expliqué en amont, n'a pas pu être retrouvée. La cadre du service des interprètes travaille à une réécriture de la procédure de l'interprétariat au

sein du CHU de Poitiers et l'HAS précise dans sa chartre sa volonté d'homogénéiser les pratiques au niveau national.
Deuxièmement, la demande d'interprètes anglophones est très rare. Cela pourrait être expliqué par le fait que tout soignant se doit d'avoir un certain niveau de maîtrise de la langue anglaise. Ce niveau est effectivement décrit puisque le Cadre Européen Commun de Référence pour les langues (CECRL) nous informe que l'obtention du baccalauréat correspond à un niveau B2 d'expression en anglais selon leur échelle (**annexe 1**). Sauf exceptions, la majorité des soignants amenés à donner et à recueillir des informations auprès d'un patient anglais ont en commun l'obtention du baccalauréat. Or, l'échelle du CECRL nous précise également que la notion de capacités à s'exprimer avec des nuances correspond au niveau C2. Nous pouvons donc en déduire qu'aujourd'hui, le niveau attendu en anglais des soignants n'est pas censé leurs permettre de remplacer un interprète officiel.

Notre travail découle d'un ressenti professionnel subjectif sur une différence de prise en charge entre un patient francophone et un patient non francophone, et non de la survenue d'un événement indésirable grave en lien avec la prise en charge d'un patient anglophone. En effet, le service juridique du CHU de Poitiers ne relève à ce jour aucun événement indésirable grave qui aurait découlé d'une telle situation, en précisant que seuls les événements indésirables graves menant à un procès sont rapportés au service juridique. Les soignants se sentant en difficultés face à la barrière de la langue sont par ailleurs dans le droit de le signaler mais à ce jour, aucune déclaration n'a été enregistrée.

Si l'HAS nous recommande comme gold standard l'intervention d'un interprète professionnel pour accompagner toute prise en charge d'un patient non francophone, elle « *reconnait néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible* » [10]. La liste des autres moyens de communication disponibles est vaste et a des limites (**annexe 2**). Il existe notamment des logiciels de traduction à télécharger sur un smartphone. Or, une étude de 2017 a démontré que malgré une décontamination des téléphones portables personnels, les appareils restaient encore porteurs de bactéries et pouvaient donc être source d'infections nosocomiales [11].

Nous avons donc voulu créer un outil de communication utilisable dans le parcours de soin péri-opératoire des patients anglophones au sein de notre institution.
L'hypothèse principale de notre étude est que la mise en place d'un outil de communication simple (**annexe 3**) permettrait d'améliorer la prise en charge globale et la sécurité péri-opératoire du patient anglophone lorsque l'appel à un interprète n'est pas possible.

# II) MATÉRIEL ET MÉTHODES

## 1. Type d'étude

Étude pilote monocentrique, prospective de type avant après.

## 2. Objectifs de l'étude

### 2/a : Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'amélioration de la prise en charge et de la sécurité péri-opératoire des patients anglophones par la mise en place d'un outil de communication.

### 2/b : Objectif(s) secondaire(s)

-Évaluer les ressources de communication trouvées par les soignants dans leur prise en charge d'un patient anglophone.

-Évaluer la qualité de la relation soignant-soigné lors de la prise en charge d'un patient anglophone

## 3. Critères de jugement

### 3/a : Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est d'être dans la capacité de poser toutes les questions nécessaires à la prise en charge péri-opératoire par auto-évaluation avant et après la mise en place d'un outil de communication.

### 3/b : Critères de jugement secondaires

La nécessité d'utilisation d'une ressource d'aide à la communication était définie par :

- l'utilisation du support de communication
- l'appel à un interprète
- l'appel à un collègue parlant anglais
- l'utilisation d'un logiciel de traduction

La qualité de la relation soignant-soigné était objectivée par auto-évaluation et comprenait :

- l'autosatisfaction de la prise en charge technique et relationnelle
- la difficulté pour comprendre le patient et se faire comprendre

## 4. Matériel et méthode

### 4/a : Population étudiée

Nous avons étudié les soignants qui participaient à la prise en charge péri-opératoire des patients anglophones dont l'anglais est la langue maternelle.

Les catégories socio-professionnelles éligibles étaient :

- Les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR)
- Les internes d'anesthésie réanimation (IAR)
- Les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE)
- Les étudiants infirmiers anesthésistes diplômés d'état (EIADE)
- Les infirmiers de blocs opératoires diplômés d'état (IBODE)
- Les infirmiers diplômés d'état (IDE)

Les services concernés étaient :

- Le service de chirurgie ambulatoire (UCA)
- Le service du Centre d'Explorations et Thérapeutiques fonctionnelles et Interventionnelles (CETI)
- La Salle de Surveillances Post Interventionnelle (SSPI)
- Les blocs opératoires toutes spécialités confondues

### 4/b : Méthodes

Notre étude s'est déroulée en trois phases :

- Une première phase de deux mois, consacrée à l'observation des soignants dans leurs services respectifs et à l'élaboration du prototype d'outil de communication.
- Une deuxième phase d'auto-évaluation des besoins et des ressources trouvées par les soignants lors de la prise en charge du patient anglophone
- Une troisième phase d'auto-évaluation de l'amélioration de la prise en charge du patient anglophone suite à la mise en place d'un outil de communication.

Le recueil de données a été réalisé grâce à un questionnaire.

#### ▪ Première phase : observation et création de l'outil de communication

Cette première phase s'est déroulée sur les mois d'octobre et novembre 2018.

Nous avons suivi plusieurs patients venant se faire opérer d'une chirurgie en ambulatoire, de leur accueil en UCA à leur sortie de ce service. Nous avons alors pu identifier le parcours de soin des patients, les intervenants et leurs rôles, afin de relever les différentes étapes susceptibles d'être source d'erreur ou de difficultés de communication en lien avec la barrière de la langue :

- Les questions qui lui étaient posées au patient à son arrivée
- les consignes de déshabillage/habillage en chemise d'opéré.
- le transfert au bloc opératoire par le service de brancardage
- l'arrivée au bloc opératoire et la prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire
- l'arrivée en SSPI
- le transfert en UCA par le service de brancardage
- le retour en UCA
- le Départ de l'UCA

Nous avons pu identifier et analyser les moments clés en matière de sécurité lors de la prise en charge du patient. Nous nous sommes alors posé la question du moment où la barrière de la langue pouvait dans un premier temps compromettre la sécurité du patient et dans un second temps altérer la qualité de sa prise en charge.
Nous avons sélectionné comme critères de sécurité : l'identitovigilence et la check-list préopératoire
Nous avons sélectionné comme critères de bonne prise en charge : les phrases usuelles le plus souvent citées, l'échelle d'évaluation de la douleur et les surveillances spécifiques post-opératoires.
Nous avons donc réuni ces éléments et construit un outil de communication (**annexe 3**). Cette création a fait suite à la recherche de supports de communication préexistants.
Nous avons exclu la possibilité d'utiliser comme support de communication une version numérique car d'une part, le téléphone portable est proscrit au sein des blocs opératoires, et d'autres part les téléphones et par extension, tout appareil personnel pouvant être amené à entrer et sortir des services de blocs opératoires, peuvent être source d'infection nosocomiales. Nous avons également choisi de ne pas retenir les ordinateurs fixes présents dans les différents services étudiés car nous l'avons jugé peu pratique dans ce contexte.
Nous souhaitions nous servir du « kit de communication de l'APHP » édité en 2010 qui reprenait en format plastifié plusieurs pictogrammes et phrases usuelles à destination des services d'urgence et de SMUR de toute la France. Cet outil n'étant plus disponible ni édité, et les nouveaux outils de communication proposés n'existant que sous format numérique, nous avons fait le choix de créer un outil de communication qui s'adaptait à nos objectifs d'étude, tout en utilisant les pictogrammes du service communication de l'APHP retrouvés dans leur application téléchargeable sur le site http://medipicto.aphp.fr/#/ et cité par la HAS comme méthode alternative à l'appel à un interprète. Nous avons eu l'autorisation écrite de la directrice de l'Organisation Médicale et des relations avec les universités Mission Handicap de l'APHP d'utiliser leurs pictogrammes dans le cadre de notre étude (**annexe 4**).

Notre outil de communication devait pouvoir prétendre à l'amélioration de la sécurité et de la communication dans la prise en charge du patient anglophone et répondre aux besoins retrouvés lors la phase d'observation des équipes soignantes. Nous donc avons souhaité regrouper dans un outil plusieurs critères :

- L'aspect pratique : il fallait que l'outil puisse être à portée de main du soignant. Nous avons donc choisi le format triptyque A4, qui peut être mis dans une poche de blouse. De plus le support papier plastifié permettait de répondre à une norme d'hygiène puisque désinfectable et ne dépendait ni de la nécessité d'avoir sur soi un téléphone portable personnel, ni de l'accès à un ordinateur du lieu d'exercice et donc par conséquent de la nécessité d'un accès au réseau internet. De plus, nous nous sommes affranchis de la nécessité de demander à l'ensemble du corps soignant de télécharger une application de support de communication.

- La clarté : il fallait que le soignant puisse accéder facilement aux données dont il avait besoin. Nous avons donc choisi d'utiliser des phrases usuelles traduites et des pictogrammes. L'étude se voulant centrée sur le péri-opératoire, les pictogrammes choisis illustraient le déroulé de la check-list opératoire, les symptômes les plus fréquemment retrouvés en post-opératoire et un ensemble des consignes post-opératoires.
- L'adaptabilité : les prototypes d'outils de communication ont tous une base commune afin que les soignants puissent facilement les reconnaître, mais le choix des phrases usuelles varie en fonction du lieu d'exercice du soignant et correspond aux données retrouvées lors la phase d'observation. Le modèle peut donc être adapté facilement à toute spécificité de service et évoluer en fonction de l'évolution des pratiques. Pour cette étude, nous avons décliné l'outil de communication sous deux formes : l'une pour le bloc opératoire, l'autre pour la SSPI de la tour Jean Bernard.
- La diffusion : plusieurs catégories professionnelles sont amenées à prendre en charge un patient anglophone non francophone. L'outil devait donc être utile aux différents corps de métier.
- La production : un coût moindre afin de pouvoir être édité en grand volume.

L'étape d'observation nous a également permis de construire un premier questionnaire. Il devait suivre le patient dans son parcours en chirurgie ambulatoire et au CETI : arrivée en UCA/CETI, prise en charge pré-interventionnelle, prise en charge opératoire, prise en charge en SSPI si indiquée, retour en UCA/CETI et sortie de l'UCA/CETI. Une information orale a été donnée aux infirmières du service de l'UCA et une pancarte informative a été mise en salle commune.
Nous avons ensuite choisi d'ouvrir le questionnaire à la prise en charge en SSPI de la tour Jean Bernard pour augmenter notre recrutement.

### Deuxième phase : auto-évaluation des besoins et des ressources trouvées par les soignants pendant la prise en charge d'un patient anglophone.

Cette seconde étape a été réalisée par la mise en place d'un questionnaire. Elle a débuté le 1er janvier 2018 et s'est terminée le 19 mars 2019.
Le questionnaire était sous format papier, non nominatif et reprenait les points suivants :

- La catégorie professionnelle du soignant remplissant le questionnaire
- Une auto-évaluation de son niveau d'anglais
- La capacité à poser les questions nécessaires à la prise en charge du patient
- Les ressources trouvées pour pallier aux problèmes rencontrés par un défaut de maîtrise de la langue anglaise
- La disponibilité ou non d'une consultation d'anesthésie.
- La disponibilité ou non d'un questionnaire d'anesthésie rempli par le patient
- Une auto-évaluation de sa difficulté à comprendre le patient
- Une auto-évaluation de sa difficulté à se faire comprendre

- Une auto-évaluation de son niveau de satisfaction sur le plan technique
- Une auto-évaluation de son niveau de satisfaction sur le plan relationnel
- La nécessité ou non d'un support de communication

- Troisième phase : auto-évaluation de l'amélioration de la prise en charge du patient anglophone suite à la mise en place d'un outil de communication.

Cette troisième étape constituait à la mise en place d'un second questionnaire associé à l'outil de communication. Elle s'est déroulée sur la période du 2 mai au 14 juin 2019.
Deux outils de communication ont été mis en place : le prototype bloc opératoire et le prototype SSPI (**annexe 3**).
Pour l'outil destiné au bloc opératoire, une information associée à une formation orale quant à la manière d'utiliser le prototype d'outil de communication « bloc opératoire » a été donnée aux soignants lors de plusieurs visites dans les différents blocs opératoires (MAR, IAR, IADE, EIADE et IBODE) et une pancarte explicative a été mise en salle commune des infirmiers anesthésistes.
Pour l'outil destiné à la SSPI, une information associée à une formation orale a été donnée aux IDE de SSPI de la tour Jean Bernard.
Ce second questionnaire d'auto-évaluation reprenait les points suivants :

- La catégorie professionnelle du soignant remplissant le questionnaire
- Une auto-évaluation de son niveau d'anglais
- Le lieu où exerçait le professionnel quand il a rempli le questionnaire
- L'utilisation du support de communication
- La non utilisation du support de communication
- Une auto-évaluation de sa difficulté à comprendre le patient
- Une auto-évaluation de sa difficulté à se faire comprendre
- Une auto-évaluation de son niveau de satisfaction sur le plan technique
- Une auto-évaluation de son niveau de satisfaction sur le plan relationnel
- Autres : la possibilité de nous faire part de remarques ou de pistes d'amélioration

### 4/c : Traitement et recueil des données

Les données ont été collectées prospectivement puis analysées par un logiciel de tableur (Excel®). Le format de l'étude n'a pas nécessité de déclaration à la CNIL.

### 4/d : Outils statistiques

Les variables qualitatives sont décrites en médiane et interquartile.
Les variables quantitatives ont été comparées par un test de Mann Whitney

# III) RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons pu étudier 38 questionnaires, soit 38 soignants, remplis par :

- 19 IDE de SSPI ou d'UCA
- 12 IADE et EIADE
- 5 MAR et IAR
- 2 IBODE

La répartition de la population entre les deux bras d'étude était la suivante :

- 25 soignants pour l'évaluation sans outil/premier bras de l'étude
- 13 soignants pour l'évaluation avec outil/second bras de l'étude

Sur le critère d'auto-évaluation du niveau de langue, la moyenne toutes catégories professionnelles confondues était de 5/10, avec une médiane à 5[4;6] (médiane à 4[4 ;5] avant et 6[4 ;7] après la mise en place de l'outil de communication).
Les IDE de SSPI et d'UCA s'étaient évalués à 4[2 ;6], les IADE et EIADE à 4,5[3,75 ;6], les IBODE à 7[7 ;7] et les MAR et IAR à 8[6 ;9] (**tableau I**)

*Tableau I : Niveau de langue par auto-évaluation et catégories socio-professionnelles*

| Population | Nombre | Médiane [interquartiles] |
|---|---|---|
| **Population totale** | 38 | 5[4 ;6] |
| **- Avant** | 25 | 4[4 ;5] |
| **- Après** | 13 | 6[4 ;7] |
| **IDE UCA et SSPI** | 19 | 4[2 ;6] |
| **IADE et EIADE** | 18 | 4,5[3,75 ;6] |
| **IBODE** | 2 | 7[7 ;7] |
| **MAR et IAR** | 5 | 8[6 ;9] |

## 2. Résultat principal

Le critère de jugement principal était la capacité d'avoir pu poser toutes les questions nécessaires à la prise en charge péri-opératoire.
Lors du premier bras d'étude sans outil de communication, 18 soignants sur 25 (72%) ont estimé avoir pu poser toutes les questions nécessaires à leur prise en charge.
Dans le second bras avec l'outil de communication proposé, tous les soignants ont pu poser les questions nécessaires à leur prise en charge.

## 3. Résultats secondaires

### 3/a : Évaluer les ressources trouvées par les soignants dans leur prise en charge d'un patient anglophone.

Premier bras d'étude : sans outil de communication proposé

Notre questionnaire permettait aux soignants de nous renseigner quant aux ressources trouvées pour répondre à leurs besoins (**Figure 1**).

La population totale du bras 1 était de 25 soignants. Sur les 7 soignants qui n'ont pas pu poser toutes les questions nécessaires à leur prise en charge, 3 ont fait appel à un collègue parlant anglais et 4 n'ont pas utilisés de ressources. Sur les 18 qui ont pu poser toutes les questions nécessaires, 2 ont utilisé un logiciel de traduction, 3 ont fait appel à un collègue parlant anglais, 4 étaient confrontés à patient anglais qui parlait français et 9 n'ont pas fait appel à une ressource.

Sur les 25 soignants, 18 auraient souhaiter un support, 7 ne souhaitaient pas de support et 2 ne se sont pas exprimés.

Au total, 13 soignants sur 21 (62%) n'ont pas utilisé de ressource quand le patient ne parlait pas français.

Aucun soignant n'a déclaré avoir fait appel à un interprète et aucun patient ne s'est présenté avec un interprète.

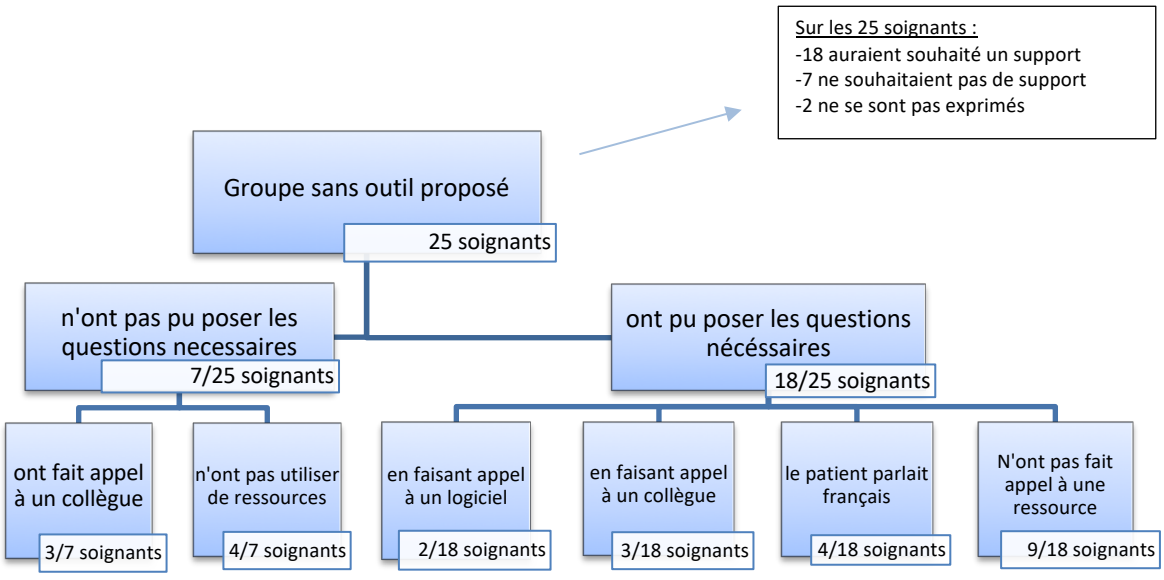



*Figure 1 : descriptif de la population sans outil de communication proposé tous niveaux d'anglais*

Second bras d'étude : avec outil de communication proposé :

Sur les 13 soignants, 8 ont choisi le support de communication : 4 pour la réalisation de la check-list, 4 pour la traduction des phrases usuelles et un pour l'utilisation des échelles d'évaluation traduites. Sur les 5 soignants qui n'ont pas utilisé le support, 3 n'en avaient pas le besoin soit parce qu'il était niveau C2 selon l'échelle du CECRL (**annexe 1**) pour l'un d'entre eux, soit parce que le patient parlait français pour 2 d'entre eux. Un soignant a fait appel à un collègue, un autre n'était pas au courant de l'étude en cours et donc de la possibilité d'utiliser l'outil (**Figure 2**).

Au total, 2 soignants sur 11 (18%) n'ont pas utilisé de ressource quand le patient ne parlait pas français. Aucun soignant n'a déclaré avoir fait appel à un interprète et aucun patient ne s'est présenté avec un interprète.

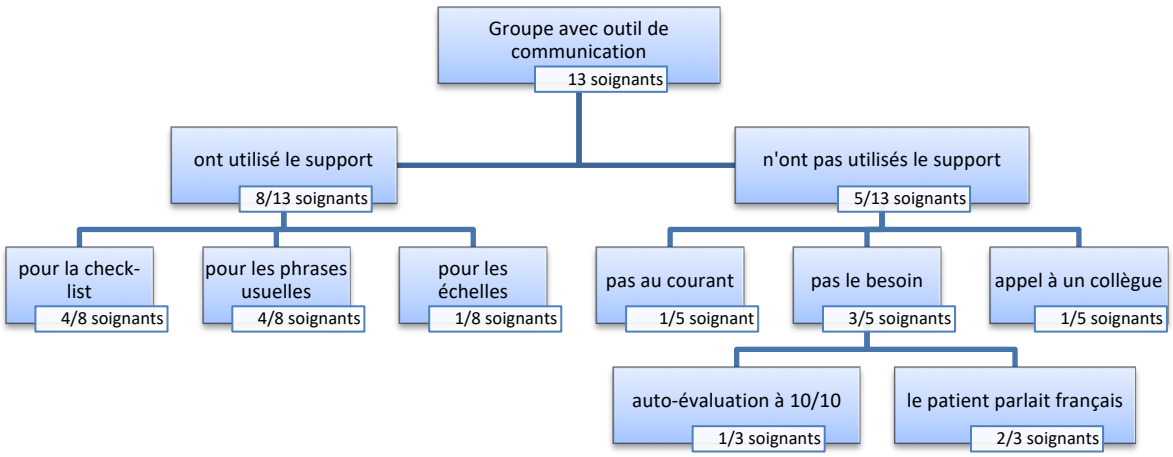



*Figure 2 : descriptif de la population étudiée avec l'outil de communication proposé tous niveaux d'anglais confondus*

## 3/b : Évaluer la qualité de la relation soignant-soigné lors de la prise en charge d'un patient anglophone

Les critères de jugement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge étaient les suivants :

- la satisfaction sur les plans techniques et relationnels : 0 pas satisfait, 10 très satisfait
- la difficulté à comprendre et à se faire comprendre : 0 pas difficile, 10 extrêmement difficile

*Tableau II : Évaluation de la prise en charge avec et sans outil de communication proposé*

| Auto-évaluation (de 0 à 10) | Sans outil n=25 | Avec outil n=13 | p |
|---|---|---|---|
| **Satisfaction technique** | 8[8;10] | 8[8;10] | 1 |
| **Satisfaction relationnelle** | 7[7;9] | 8[8;10] | 0,63 |
| **Difficulté pour comprendre** | 2[2;5] | 1[1;2] | 0,21 |
| **Difficulté à se faire comprendre** | 3[3;6] | 3[3;4] | 0,71 |

Nous avons étudié l'autosatisfaction de la prise en charge technique et relationnelle.
Il n'y a pas de différence significative concernant les aspects techniques ou relationnels avant et après la mise à disposition de l'outil de communication (médiane à 8 versus 8, p=1 et 7 versus 8 p=0,63 respectivement). Concernant les problèmes de communication, la difficulté pour comprendre les patients était faible (médiane à 2 versus 1, p=0,21) de même pour la difficulté à se faire comprendre (médiane à 3 versus 3, p=0,71) (**Tableau II**).

### 4. Analyse en sous-groupe :

Nous avons analysé *a posteriori* la sous-population de soignants qui se sont évalués à un niveau d'anglais en dessous de la moyenne globale afin d'évaluer s'ils étaient confrontés à plus de difficultés de communication.
Nous avons donc exclu tous les soignants qui s'auto-évaluaient à plus de 5/10 et ce, dans les 2 bras d'études. Ce sous-groupe était constitué de 19 soignants dans le premier bras et de 5 soignants dans le second.

#### 4/a : impact du niveau d'anglais sur la qualité de la relation soignant/soigné :

Nous remarquons que la mise en place de l'outil ne semble pas améliorer la qualité de la prise en charge en ce qui concerne l'autosatisfaction sur les plans technique et relationnel ainsi que sur la difficulté à comprendre ou se faire comprendre par le patient.
Les résultats sont superposables à ceux de la population générale (**tableau II et tableau III**).

*Tableau III: Évaluation de la prise en charge avec et sans outil proposé pour les soignants ayant un niveau d'anglais inférieur ou égal à 5*

| Auto-évaluation (de 0 à 10) | Sans outil n=19 | Avec outil n=5 | p |
|---|---|---|---|
| **Satisfaction technique** | 8[8;10] | 7[7;10] | 0,42 |
| **Satisfaction relationnelle** | 7[7;9] | 7[7;9] | 0,48 |
| **Difficulté pour comprendre** | 4[4,5] | 4[4,5] | 0,77 |
| **Difficulté à se faire comprendre** | 3[3;7] | 3[3;5] | 0,4 |

### 4/b: impact du niveau de langue sur les ressources trouvées :

Premier bras sans outil de communication :

Sur les 19 soignants, 6 n'ont pas pu poser toutes les questions nécessaires à leur prise en charge : 3 ont fait appel à un collègue et 3 n'ont pas précisé s'ils avaient fait appel à une ressource. Sur les 13 soignants ayant pu poser toutes les questions : 4 ont fait appel à un collègue parlant anglais, 3 étaient confrontés à un patient parlant français, un soignant a précisé avoir utiliser les gestes pour communiquer et 5 n'ont pas précisé s'ils avaient fait appel à une ressource. Au total, 9 soignants sur 16 (56%) n'ont pas utilisé de ressource quand le patient ne parlait pas français. Les résultats restent sensiblement identiques à la population générale (**Figure 1 et Figure 3**).

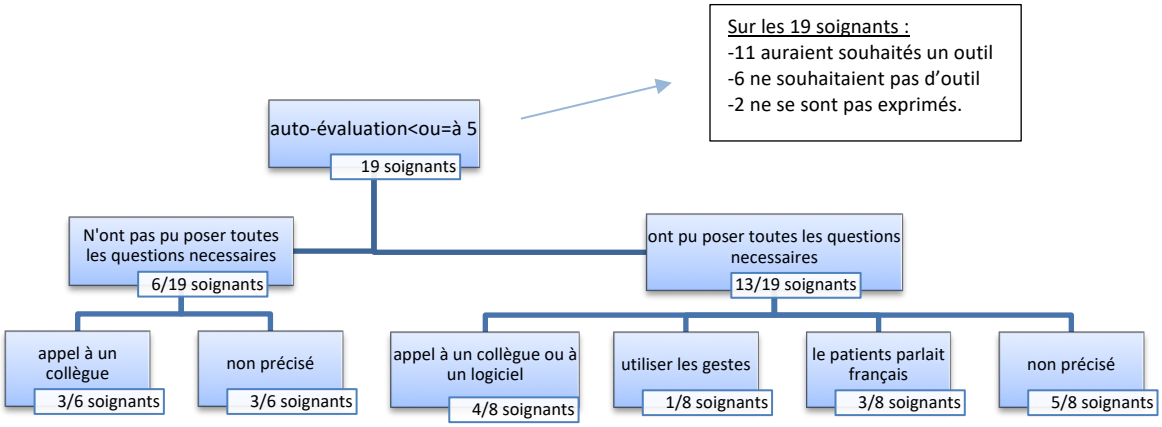



*Figure 3: descriptif de la population étudiée sans outil de communication proposé niveau d'anglais inférieur ou égal à 5*

Second bras avec outil de communication :

Sur les 5 soignants, 4 ont utilisé l'outil comme ressource : 2 pour la check-list et 2 pour les phrases usuelles. Un soignant n'a pas utilisé l'outil mais a choisi de faire appel à un collègue parlant anglais (**Figure 4**). Au total, tous les soignants de cette sous-population ont utilisé une ressource pour communiquer.

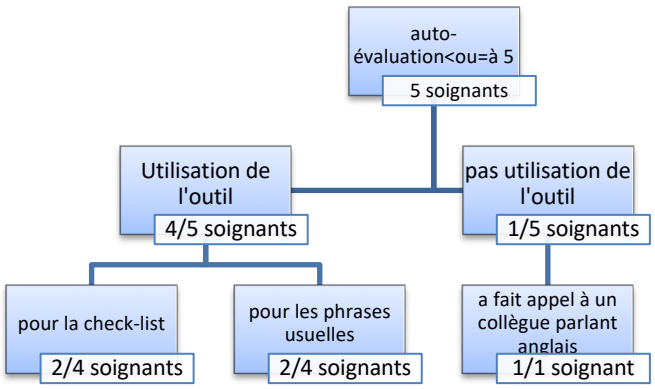



*Figure 4: descriptif de la population étudiée avec outil de communication proposé, niveau d'anglais inférieur ou égal à 5*

# IV) DISCUSSION

Notre travail portait sur la communication entre les soignants et les patients anglophones nécessitant une intervention chirurgicale. Il s'agit d'une étude pilote. L'objectif était donc d'évaluer la faisabilité d'une étude par questionnaire d'auto-évaluation pour objectiver une amélioration de prise en charge des patients anglophones après la mise à disposition d'un outil de communication.

## 1. Données démographiques

Dans notre étude, la médiane des auto-évaluations en niveau d'anglais augmente avec le niveau de formation des soignants.
Cela était attendu puisque l'anglais est une matière enseignée dans les études supérieures. Les IDE ont un grade licence, les IADE un grade Master II et les MAR un niveau doctorat. La maîtrise de la langue augmente donc avec le niveau d'étude.
Une IADE s'est autoévaluée à 10/10, elle a précisé que c'était lié à son histoire personnelle puisqu'elle a vécu en Angleterre.

## 2. Résultats principaux

Le niveau d'anglais autoévalué des soignants était de 5/10. Lorsqu'ils étaient confrontés à un patient anglophone non francophone, les soignants ont majoritairement fait appel à une ressource pour pallier un défaut de communication.
En effet, les trois quarts des soignants (18 sur 25) ont jugé être en capacité de poser toutes les questions nécessaires à la prise en charge du patient avant la mise en place de l'outil de communication. Mais la moitié (13 sur 21) ont nécessité une ressource comme l'appel à un collègue ou l'utilisation d'un logiciel de traduction.
Après la mise à disposition de l'outil, la totalité des soignants étudiés ont estimé pouvoir poser toutes les questions nécessaires à la prise en charge du patient. On note que ceux qui n'ont pas utilisé le support proposé ont appelé un collègue, était bilingue ou le patient parlait français. Seulement un soignant n'a pas utilisé le support par défaut d'information.
Si dans le premier bras d'étude, 38% des soignants ont utilisés une ressource quand le patient ne parlait pas français, dans le second bras, 81% ont utilisés une ressource pour communiquer avec un patient anglophone non francophone. Notre outil a été la ressource majoritaire puisqu'utilisé dans 9 cas sur 10. Les soignants se sont donc majoritairement saisis de notre outil comme ressource de communication. Cependant, nous gardons à l'esprit que l'outil étant à l'essai, l'utilisation comme ressource principale peut-être un biais de recrutement. Une question portant sur le choix de la ressource utilisée aurait permis de s'en affranchir. Nous pouvons tout de même prétendre que la mise à disposition de l'outil de communication a augmenté de manière importante l'accès à une ressource de communication.

On constate une importante satisfaction de la prise en charge sur les plans technique et relationnelle indépendamment du niveau d'anglais. En effet, les soignants se sont évalués entre 7 et 8 sur 10 pour ces deux critères, avant et après la mise en place de l'outil. La sous-population de soignants s'évaluant à un niveau d'anglais en dessous de la moyenne générale avait des résultats similaires.

Par ailleurs, notre étude corrobore notre enquête préliminaire auprès du service d'interprétariat du CHU de Poitiers : aucun soignant n'a fait appel à un interprète dans le cadre de notre étude. Les soignants confrontés à une barrière de la langue anglaise ont donc cherché d'autres ressources que celle proposée comme gold-standard par l'HAS [10].

Le postulat de départ, à savoir que les soignants n'ont pas un niveau d'anglais suffisant pour remplacer un interprète est donc confirmé puisqu'indépendamment du niveau d'anglais, les soignants ne sont majoritairement pas dans la capacité de prendre en charge un patient anglophone sans faire appel à une ressource.

## 3. Limites de l'étude

### 3/a. Le recrutement

L'étude proposée étant une étude pilote, nous n'avions pas d'objectif en termes de recrutement, mais au vu du nombre de questionnaires récupérés, nous supposons ne pas avoir eu le recrutement maximum attendu.
Notre population étudiée était les soignants prenant en charge un patient anglophone en péri-opératoire. Comme précisé auparavant, il n'était pas possible de faire une pré-sélection des patients anglophones puisque cette donnée n'était pas renseignée dans le dossier patient. Le seul moyen de pouvoir définir *a priori* si un patient était anglophone aurait été de faire une supposition de lien entre le nom de famille, le prénom et une consonance anglaise. Cette donnée n'étant pas fiable ni réalisable, nous n'avons pas pu établir à l'avance la liste des patients opérés anglophones ce qui a diminué notre recrutement.

La structure et l'organisation des blocs opératoires du CHU de Poitiers a en elle-même été un frein au recrutement. En effet, les blocs opératoires sont répartis en plusieurs secteurs, sur plusieurs étages. Les possibilités de parcours de soins d'un patient sont multiples et donc augmentent la population de soignants impliqués dans la prise en charge.
Lors du second bras d'étude et après formation sur l'utilisation du prototype d'outil de communication, la majorité des soignants a semblé se saisir du concept et il nous a été rapporté que certains soignants se sont servis de l'outil en dehors du cadre de l'étude, diminuant encore le recrutement.
De plus, l'étude se déroulant sur les années 2018-2019, nous pouvons supposer que la conjoncture socio-politique due au Brexit a entraîné une baisse du nombre de patients anglais opérés sur cette période au sein du CHU de Poitiers.

### 3/b. Information et formation

Nous avons choisi de faire une information orale, de déposer des affiches dans les salles communes et de revenir plusieurs fois dans les différents secteurs pour s'assurer du bon déroulé de l'étude. Étaient concernés les IDE des services d'accueil du CETI, de l'UCA, les IADE tous blocs confondus, les IBODE tous blocs confondus, les infirmiers de salle de réveil du CETI et de la tour Jean Bernard, les IAR tous semestres tous blocs confondus et SSPI, et les MAR de la consultation d'anesthésie, tous blocs confondus et SSPI. Nous aurions pu améliorer notre information par la diffusion d'une note de service ou d'une mailing-list.

Lors du second bras s'est également posé la question de la formation à l'utilisation de l'outil de communication. Nous avons choisi également une formation orale par passages répétés dans les blocs opératoires et salles de réveil et la pose d'une affiche informative dans la salle commune des IADE.

Dans un questionnaire du second bras de l'étude, un infirmier de bloc opératoire a déclaré ne pas avoir utilisé l'outil de communication car il ne savait pas qu'il y avait une étude en cours sur le sujet, démontrant que l'information et la formation n'ont pas pu être données à l'ensemble du corps soignant.

### 3/c- l'auto-évaluation comme critère de jugement principal

Suite à notre état des lieux sur l'interprétariat au CHU de Poitiers, nous avons supposé que la faible demande d'interprètes était expliquée par un niveau d'anglais jugé suffisamment maîtrisé par les soignants. Or, l'auto-évaluation nous a montré que le niveau moyen était de 5/10. Pour rappel, nous avions demandé aux soignants de s'attribuer une note allant de 0 à 10 considérant 0 : pas un mot ; 10 : fluide avec vocabulaire adapté. Un interprète officiel devrait s'auto-évaluer à 10/10

Une hétéro-évaluation aurait permis de mieux décrire les capacités de maîtrise de la langue anglaise mais il était difficile d'organiser cette évaluation en situation réelle. Nous pensons que réaliser une étude par le biais de la simulation en santé permettrait une hétéro-évaluation afin d'objectiver le niveau d'anglais et d'évaluer si le vocabulaire est adapté. L'utilisation d'une grille d'évaluation permettrait de s'affranchir de ce biais [12].

Une autre donnée manquante était le niveau de maîtrise de langue française par le patient anglophone. En effet, si la personne est d'origine anglaise mais à une maîtrise parfaite du français, le soignant ne se retrouvera pas confronté à la barrière de la langue. Nous avions pensé demander au patient d'évaluer son niveau de la maîtrise de la langue française à son entrée à l'hôpital, mais cette évaluation était compliquée en pratique et peu standardisable. De plus, dans un souci d'augmenter notre recrutement, nous avons ouvert les questionnaires à du post-opératoire immédiat. Or, il a été démontré qu'un patient ayant subi une anesthésie générale n'est pas en pleine possession de ses capacités cognitives. En effet, dans une étude parue en 2010 portant sur la récupération en post-opératoire de 701 patients, seulement 33,5% d'entre eux ont récupéré l'intégralité de leur fonction cognitive au bout du troisième jour [13], nous pensons qu'en réalisant une étude en simulation, en

proposant un patient standardisé non francophone, les soignants se retrouveraient tous face à la même capacité d'interaction avec le patient et donc aux mêmes difficultés.
Nous souhaitions également pouvoir définir si la barrière de la langue pouvait poser un problème pour la sécurité. Nous avons choisi la réalisation de la check-list préopératoire comme critère d'évaluation de la sécurité puisque c'est une obligation légale, que les questions à poser sont reproductibles et systématiques, et que la check-list est un très bon indicateur de la sécurité [14]. Nous avons donc dans nos questionnaires, demandés aux soignants si la check-list avait été réalisée et par qui. Dans la majorité des cas, les soignants ont rapporté que la check-list avait été réalisée par une personne présente dans le bloc opératoire. Or, l'auto-évaluation de la réalisation de la check-list ne nous permet pas de nous assurer de son exhaustivité. La simulation nous paraît une fois encore, la meilleure façon d'évaluer la réalisation de la check-list et son exhaustivité grâce à une grille d'évaluation réalisée par une hétéro-évaluation.
Un de nos objectifs secondaires était d'évaluer la qualité de la relation soignant-soigné. Nous avons donc demandé aux soignants d'autoévaluer leur satisfaction sur le plan relationnel, considérant comme seule différence par rapport aux autres patients la barrière de la langue. Or, suite à la phase d'observation, nous avons pu observer une modification du comportement verbal et non verbal non étudié à ce jour : par exemple parler plus fort. La simulation nous permettrait par des critères objectivables de vérifier cette hypothèse et de pouvoir en faire part lors du débriefing de simulation. De plus le patient anglophone acteur pourrait faire part de son ressenti pour une évaluation plus précise de la relation soignant soigné.

## 4. Propositions et perspectives

### 4/a. La simulation

Nous avons pu établir qu'au sein du CHU de Poitiers, il existe un besoin d'utilisation de ressources pour faciliter la communication des soignants qui prennent en charge un patient anglophone. L'amélioration de cette communication permettrait probablement l'efficience de la prise en charge et de la sécurité de ces patients.
Or notre étude pilote ne permet pas d'évaluer notre outil de communication de manière suffisamment objective. Il aurait fallu pour prouver l'efficience de cet outil de communication, utiliser un critère de jugement plus solide, comme la mortalité ou la survenue d'événements indésirables graves, dans l'idéal grâce à une étude prospective randomisée ou une étude avant/après utilisation de cet outil.
Cependant, ce type d'étude est très difficilement réalisable, voire impossible car la proportion de patients anglais est minime et il s'agit d'un événement extrêmement rare en chirurgie programmée. Cela demanderait donc un nombre de sujets nécessaires extrêmement important sur une durée très longue.
Dans une telle situation, la simulation a toute sa place. En effet cela permettrait d'étudier un événement rare chez une population cible très sélectionnée.

C'est pourquoi nous proposons une nouvelle possibilité d'évaluation de cet outil de communication par la mise en place de séances de simulation par un scénario sur patient standardisé en laboratoire [15].

Les bénéfices de la simulation en santé permettent de répondre à cette problématique en : (**tableau III**)

-s'affranchissant de l'événement rare qu'est la prise en charge d'un patient anglophone
-s'affranchissant du niveau de maîtrise de la langue française du patient anglophone
-utilisant des grilles d'hétéro-évaluations standardisées reproductibles
-choisissant un scénario qui aboutirait à un événement indésirable grave évitable
-définissant un nombre de séances à réaliser pour démontrer une différence significative avant/après la mise en place d'un outil de communication.
-réunissant en un lieu tous les services où l'on peut être amené à prendre en charge un anglophone en péri opératoire.

*Tableau III : bénéfices de la simulation versus étude clinique en situation réelle*

| | ETUDE CLINIQUE | SIMULATION |
|---|---|---|
| **Évènement rare** | Recrutement difficile | Un acteur à un moment choisi |
| **Patient qui parle français** | Niveau qui varie, barrière de la langue qui va varier | Scénario : le patient standardisé ne parlera pas français |
| **Critère de jugement** | Auto-évaluation | Hétéro-évaluation |
| **Exhaustivité de la check-list** | Ne peut pas être sûr de l'exhaustivité de la check-list | Grille d'évaluation par hétéro-évaluation |
| **Lieu** | Parcours de soin long avec plusieurs interlocuteurs | Plusieurs scénarios en une seule salle |
| **Démontrer une amélioration de la sécurité par la mise en place de l'outil de communication** | -étude considérée comme impossible à réaliser en prospectif<br>-un temps très long nécessaire | -nombre de séances nécessaires calculables<br>-scénario conduisant à un évènement indésirable grave évitable |
| **Qualité de la relation** | Sur l'évaluation d'un ressenti personnel | Hétéro-observation et possibilité d'avoir un retour de l'acteur patient standardisé |

Nous avons pu étudier ce sujet lors d'un stage de recherche au laboratoire ABS-Lab sous la direction des Professeurs RICHER Jean-Pierre et ORIOT Denis.
Nous sommes dans la capacité de proposer un scénario sur une situation bien définie et encadrée tant sur le plan législatif que sur le terrain : la réalisation de la check-list selon le décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 pour la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
Nous proposons de réaliser les séances de simulation en testant deux situations : la consultation d'anesthésie et la check-list préopératoire (**annexe 5**)

Par exemple, pour le « scénario check-list », voici la méthode que nous proposons :

- Identification du problème :

« La check-list préopératoire du patient anglophone est difficilement réalisée dans son intégralité ».

- Identification des objectifs généraux et secondaires :

L'objectif principal sera d'évaluer la réalisation de la check-list préopératoire selon la grille d'évaluation proposée avec ou sans l'outil de communication à tester.
Les objectifs secondaires seraient d'évaluer :

-l'outil de communication proposé permet-il d'améliorer la sécurité de la prise en charge du patient anglophone avec pour critère de jugement principal l'exhaustivité de la réalisation de la check-list.

-les ressources trouvées par les professionnels de santé, le comportement des soignants vis à vis du patient ainsi que le ressenti du patient standardisé dans sa prise en charge.

- Détermination des objectifs d'apprentissage :

La formation n'aurait pas pour but une remise à niveau des connaissances en matière d'apprentissage d'une langue étrangère mais d'un rappel sur les dispositifs préexistants (interprète, logiciel de traduction...) et l'évaluation d'un nouveau support d'aide à la communication entre soignants et patients anglophones.

- Choix et descriptif des approches :

La simulation serait réalisée sur patient standardisé dans le cadre d'une formation démarche qualité.

- Identification des apprenants :

Les apprenants doivent représenter le personnel nécessaire à cette prise en charge à savoir, un médecin anesthésiste, un infirmier anesthésiste, un infirmier de bloc opératoire, un chirurgien

- Le patient standardisé :

Selon l'HAS, *« Le patient standardisé est un patient volontaire ou un acteur qui est sollicité sur la base d'un scénario préétabli et d'une description détaillée de son « rôle ». Il permet de développer des compétences en matière de communication (avec le patient lorsqu'il existe un enjeu fort (...) lorsqu'il convient de donner une information complexe. (...) Il autorise ainsi la réalisation par exemple de consultations simulées* » [15]. Dans le cadre de notre scénario, le choix du patient standardisé est tout à fait indiqué.

- Détermination du nombre de séances nécessaires à la validation de l'hypothèse :

Pour pouvoir valider cette hypothèse, il fallait calculer le nombre de simulations nécessaires à l'objectivation de l'efficience de l'outil.
La formule ci-dessous nous a permis de calculer ce nombre de sujets nécessaires.

$$N = n1 + n2 \ = 4\left\lfloor \frac{\left(Z \propto + Z\beta\right)^{2} \times \sigma}{\delta} \right\rfloor$$

N- nombre de simulations nécessaires
N1- nombre de simulation sans l'outil
N2- nombre de simulations avec l'outil
Z$\alpha$- erreur de premier type 1,65
Z$\beta$- erreur de second type ; 1,28 pour une puissance à 90%, 0,84 pour une puissance à 80%
$\sigma$- dérivation standard source
$\delta$- = une dérivation standard

Pour une puissance statistique à 90% il faudrait que le scénario soit réalisé 18 fois sans l'outil et 18 fois avec. Pour montrer une puissance à 80%, il faudrait que le scénario soit réalisé 13 fois avec et 13 fois sans.
Le CHU de Poitiers dispose d'un laboratoire de simulation au sein du laboratoire ABS-Lab, en accord avec le laboratoire, les séances de simulation pourraient y être réalisées et faire l'objet d'un nouveau mémoire IADE.

### 4/b. L'amélioration du prototype d'outil de communication.

A la suite de l'analyse des questionnaires du second bras de notre étude, le soignant pouvait s'il le souhaitait, nous faire part de ses remarques et proposer des pistes d'amélioration. L'outil est perfectible puisque certaines informations importantes n'ont pas été répertoriées dans l'outil.

Par exemple, alors que l'outil propose une traduction de l'évaluation de l'installation des blocs moteurs et sensitifs, l'outil ne permet pas d'expliquer la position adaptée à la réalisation d'une rachianesthésie ou de la pose d'une péridurale. Il nous a également été suggéré de rajouter les conversions pour la taille et le poids (**annexe 3**).

De plus, nous avons pu utiliser les pictogrammes créés par le service communication de l'APHP. Nous avons eu l'autorisation de les publier dans le cadre de notre étude et à des fins de publication au sein du CHU de Poitiers. Si à la suite des séances de simulation, une publication est envisagée, nous ne pourrions pas en revendiquer la propriété intellectuelle.

### 4/c. Ouverture aux autres langues étrangères.

Dans le cadre de cette étude pilote, seuls les soignants prenant en charge un patient dont la langue maternelle était l'anglais ont pu être recrutés.

Or, l'outil pourrait être, grâce aux pictogrammes, utilisés pour faciliter la communication avec les patients d'autres origines quand l'appel à un interprète n'est pas possible (situation d'urgence par exemple). A ce jour, les interprètes en langue des signes font l'objet d'un encadrement spécifique par la circulaire DHOS/E1/2007/163 [10], et ne sont donc pas concernés par la chartre de l'interprétariat de l'HAS. Cependant, l'outil proposé ici pourrait permettre, grâce aux pictogrammes ou au simple fait de pouvoir faire lire les phrases usuelles en français, une amélioration de leur prise en charge.

D'autres scénarii de simulation pourraient être écrits en ce sens afin d'évaluer cette potentielle plus-value.

### 4/d. Besoins présents dans d'autres services, d'autres centres hospitaliers publics et privés

Au sein même de notre hôpital, les supports de communications résultent souvent de l'initiative personnelle de quelques agents ou font suite à la formation continue proposée par le CHU de Poitiers.

Dans le cadre de mes recherches sur les moyens préexistants au sein de l'hôpital, j'ai pu rencontrer plusieurs soignants référents anglais dans leurs services respectifs. A la fin de la présentation de notre projet, les soignants avaient l'air très intéressés, et l'outil étant modifiable et adaptable, un travail futur pourrait être mené au sein de notre hôpital pour adapter l'outil aux différentes spécialités.

Nous avons joint plusieurs centres-hospitaliers afin de nous renseigner sur la manière qu'ils avaient retenue pour améliorer la prise en charge des patients étrangers.

Comme c'est le cas à Poitiers, les hôpitaux contactés disposent d'un service d'interprétariat et les mêmes difficultés d'accès à un interprète y sont relevées. Notre étude étant monocentrique, nous n'avons pas diffusé de questionnaires aux soignants afin de pouvoir comparer nos résultats. A l'énoncé du projet de notre étude, la totalité des cadres des services de communications nous a demandé de leur faire parvenir le résultat de notre travail. Ce qui prouve l'intérêt et le besoin d'évaluer scientifiquement ce type de d'outil.

# V) CONCLUSION

Nous avons pu mettre en évidence un besoin réel quant aux difficultés que rencontraient les professionnels confrontés à la barrière de la langue anglaise. En effet, tous les soignants sont censés parler anglais mais leur niveau ne leur permet pas de s'affranchir d'un interprète en santé.

La mise en place d'un outil de communication pourrait palier à un défaut d'accès à un service d'interprétariat et s'adapterait plus aisément à notre pratique quotidienne. Il s'ajouterait aux ressources déjà trouvées par les soignants.

Cependant une étude de grande échelle basée sur l'auto-évaluation par un questionnaire ne permet pas d'objectiver l'amélioration de la prise en charge et la sécurité péri-opératoire du patient anglophone non francophone.

Le sujet mérite donc d'être évalué d'une manière différente. La simulation permettrait de nous affranchir des difficultés rencontrées lors de la réalisation de notre étude pilote tout en améliorant le niveau de preuve.

# VI) RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES


[1] National Geographic ; par la rédaction de National Geographic ; Comment les Latino-Américains redéfinissent les États-Unis, 28/06/2018 consultable sur https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2018/06/comment-les-latino-americains-redefinissent-les-etats-unis (consulté le 28/06/2019)

[2] « Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins » BOWEN Sarah pour la SSF (société santé en français) aout 2015, consultable sur : http://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-Étude-Barrières-linguistiques.pdf (consulté le 05/10/18)

[3] The Joint Commission (2012). Sentinel event data: Root causes by type. Retrieved May 3, 2012, from http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/ (consulté le 05/05/18)

[4] Karliner LS, Kim SE, Meltzer DO, Auerbach AD. Influence of language barriers on outcomes of hospital care for general medicine inpatients. J Hosp Med. 2010;5(5):276-82

[5] Regalbuto R, Maurer MS, Chapel D, Mendez J, Shaffer JA. Joint commission requirements for discharge instructions in patients with heart failure: Is understanding important for preventing readmissions? J Card Fail. 2014;20(9):641-49

[6] Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, Reed G. Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. J Gen Intern Med 2014;27(10):1294-99

[7] Andrulis D, Goodman N, Pryor C. (2002). What a difference an interpreter can make: Health care experiences of uninsured with limited English proficiency. Brandeis University, The Access Project.

[8] Meuter RF, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. BMC Health Serv Res. 2015;15:371

[9] Conseil de l'Europe, charte sociale européenne (révisée). Strasbourg, 3.V.1996 (14), Partie V – Article E – non-discrimination consultable sur : https://rm.coe.int/168007cf94 (consulté le 25/10/18)

[10] HAS : Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé d'octobre 2017 » consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf (consulté le 25/10/18)

[11] Shakir IA, Patel NH, Chamberland RR, Kaar SG. Investigation of cell phones as a potential source of bacterial contamination in the operating room. J Bone Joint Surg Am. 2015;97(3):225-31

[12] Kirkpatrick D. Revisiting Kirkpatrick's four-level model. Train Dev. 1996:50-4

[13] Royse CF, Newman S, Chung F, Wilkinson DJ. Development and faisability of a scale to assess postopérative recovery: the post-operative quality recovery scale. Anesthesiology. 2010;113(4):892-905

[14] Haynes AB, Wayser TG, Berry WR, Gawande AA. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9

[15] HAS : Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, 2012. consultable sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_format2clics.pdf (consulté le 05/10/18)

## VII) ANNEXES

Annexe 1 : Échelle du Cadre Européen Commun de référence pour les langues (CECRL), conseil de l'Europe ; tableau simplifié

| Le Cadre Européen Commun de Références pour les Langues (CECRL) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **A**<br>**Niveau élémentaire** | | **B**<br>**Niveau indépendant** | | **C**<br>**Niveau expérimenté** | |
| **A1** | **A2** | **B1** | **B2** | **C1** | **C2** |
| **Niveau introductif ou découverte** | **Intermédiaire ou usuel** | **Niveau seuil** | **Niveau avancé ou indépendant** | **Autonome** | **Maîtrise** |
| **Oral : phrases simples** | **Séries de phrases simples ou expressions** | **Raconter des expériences, buts** | **Je peux développer mon point de vue sur l'actualité** | **Je peux m'exprimer spontanément sans chercher mes mots** | **Expression fine avec nuances de sens, argumentation claire** |
| **Ecrit : je peux écrire une carte postale** | **Je peux écrire une lettre simple** | **Je peux écrire un texte simple et cohérent** | **Je peux écrire un rapport avec opinion** | **Je peux développer mon point de vue, un essai ou rapport** | **Je peux critiquer par écrit un ouvrage professionnel ou une œuvre littéraire** |
| *école élémentaire* | *début du collège* | *fin du collège* | ***Niveau baccalauréat*** | | ***Niveau interprète*** |

Cadre européen commun de référence pour les langues : apprendre, enseigner, évaluer (CECRL) consultable sur : https://rm.coe.int/16802fc3a8 consulté le 02/05/19

## Annexe 2 : limites et risques de l'emploi d'un autre moyen que l'appel à un interprète officiel en santé

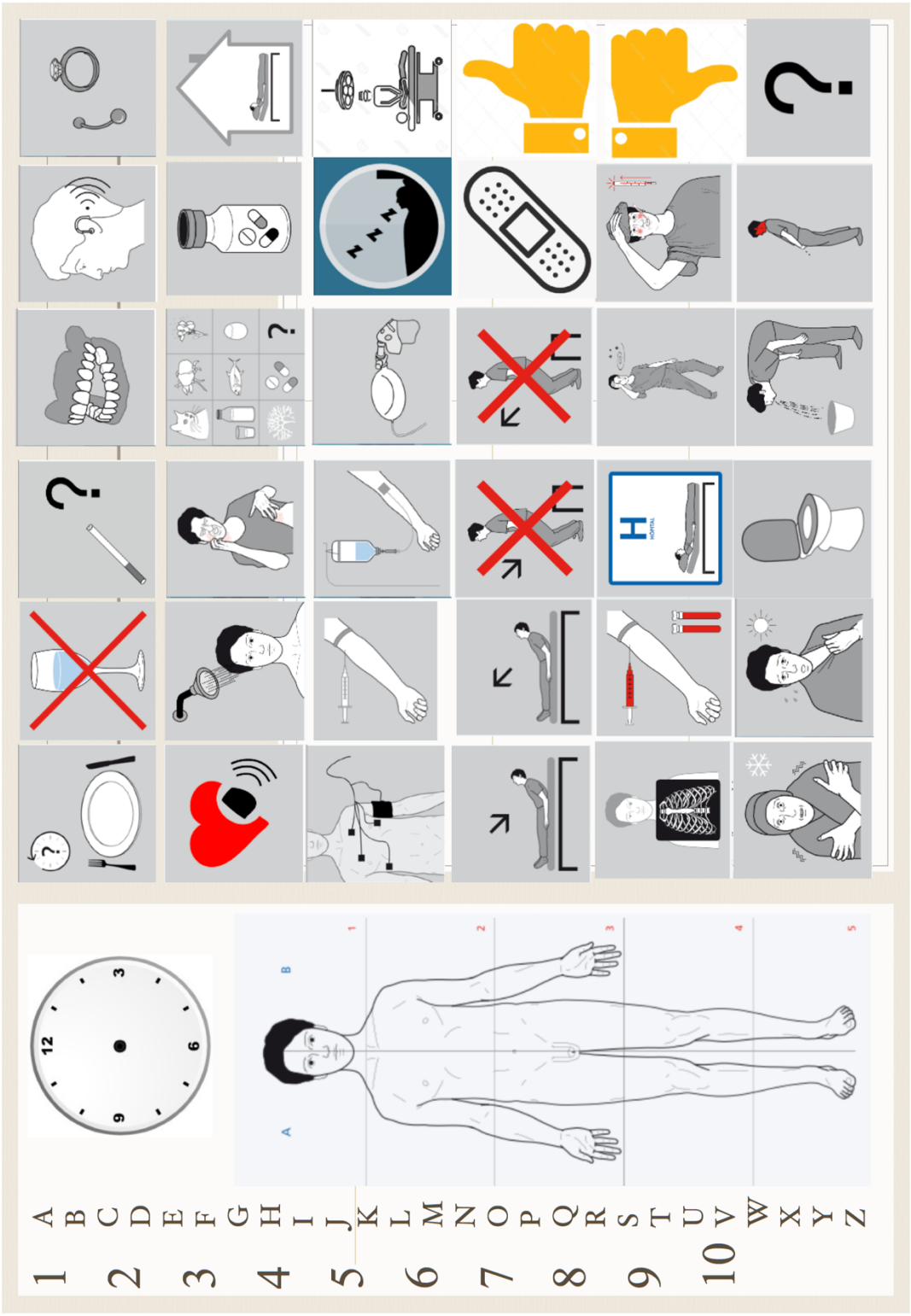
**Tableau 2. Autres moyens de communication - Limites et risques (non-exhaustifs)**

| Moyens de communication | Limites et risques |
|---|---|
| Recours à un tiers non formé à l'interprétariat | • le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes) ;<br>• non maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par le tiers non formé à l'interprétariat :<br>◗ non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat,<br>◗ non maîtrise de la posture d'un tiers en retrait ;<br>• un transfert de responsabilités et une perte d'autonomie du patient /usager vers son entourage sur-sollicité. Le rôle d'accompagnant est ainsi mis à mal. |
| Recours à une langue tierce (par exemple, l'anglais) | • souvent une maîtrise partielle de la langue commune et non une pleine maîtrise et donc une difficulté à employer le vocabulaire adéquat et les nuances nécessaires aux propos, amenant à une communication très appauvrie et restreinte, inadaptée à des situations médicales. |
| Pictogrammes | • communication unilatérale ;<br>• les pictogrammes ne sont pas universels ;<br>• les pictogrammes ne permettent pas de vérifier la compréhension par la reformulation, et comportent donc des risques d'incompréhension non maitrisés ;<br>• difficiles à utiliser par des personnes non habituées à ce mode de communication. |
| Sites de traduction en ligne | • communication unilatérale, dans la plupart des cas ;<br>• ne sont pas adaptés pour toutes les langues et plus particulièrement les langues rares. Ils comportent des risques des traductions erronées, sources de malentendus et de mauvaises compréhensions ;<br>• ce sont des « dictionnaires », ayant de capacités très limitées en création de phrases. Il n'est pas possible d'y avoir recours avec l'objectif de communiquer ;<br>• réponses binaires sans possibilité d'apporter des nuances ou précisions, par exemple sur des antécédents ;<br>• les logiciels de traduction effacent la dimension humaine des fonctions de l'interprète et ne permettent pas à l'intervenant médical ou social d'être pleinement disponible dans la consultation. |

HAS : Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé d'octobre 2017 »

## Annexe 3 : Outil de communication

| Feuillet pictogrammes commun outil de communication utilisé pour l'étude |
|---|



Feuillet phrases et échelles pour la SSPI utilisé pour l'étude

## OUTIL DE COMMUNICATION

## SSPI

### ACCUEIL

- Vous êtes en salle de réveil — *you are in recovery room*
- Je mets les éléments de surveillances — *I am going to place electrodes, cuff and device*
- Je vais vérifier vos pansements, vos drains, votre sonde urinaire, votre perfusion — *I am going to check your bandage / redon drain / your IV drip*
- Je reviendrai régulièrement, n'hésitez pas à nous appeler si besoin — *I will come to see you regularly, don't hesitate to call us*
- Avez vous froid/chaud — *Are you cold? Are you warm?*
- Nous allons vous réinstaller — *We are going to reinstall you in your bed.*

### RESPIRATION

- Vous devez garder le masque à oxygène, je le retirerai quand vous n'en aurez plus besoin — *You must keep the oxygen mask, I will remove it when you won't need it anymore.*
- Je vous mets un aérosol pour vous aider à mieux respirer — *I give you an aerosol to help you breathing*
- Vous ne pouvez pas boire pour le moment mais je peux vous donner un coton humidifié au citron — *You can't drink for the moment but I can give you wet cotton swab, lemon flavour*

### MOBILISATION

- Vous ne devez pas vous lever — *You can't get up for the moment*
- Asseyez vous au bord du lit — *Please sit down on the edge of the bed*

### ELIMINATION

- Je vais devoir vous poser une sonde urinaire — *I have to put a urinary catheter*
- Je vous apporte le bassin — *I bring you a bedpan*

## ECHELLES D'EVALUATION

**Can you evaluate your pain** by giving me a number between 0 et 10

(0- no pain / 10- Terrible pain/ 3-tolerable pain)




**Loco-regional anaesthesia**

Fourmillements - vous sentez toujours - vous pouvez bouger (normal de sentir, anormal d'avoir mal)

*Tingling sensation - you still feel - you still move (It's normal to feel but not normal to feel pain)*

**Nausea and vomiting:**

pas de nausées - être nauséeux - avoir envie de vomir - besoin d'un médicament?

*No nausea - feel nauseous - want to vomit - Do you need medication?*

## Surveillances spécifiques

### NEUROLOGIQUE

- Savez vous où vous êtes? — *Do you know where you are?*
- Ouvrez les yeux et suivez mon doigt — *Open your eyes and follow my finger*
- Tendez les bras, fermez les yeux et maintenez la position — *Stretch out your arms, close your eyes and hold the position*
- Serrez moi la main. — *Shake my hand*
- Poussez fort sur ma main avec votre pied à droite à gauche — *Push hard on my hand with your feet, first right, then left*

### ORL

- Gonflez les joues, souriez. — *Pull your cheeks out, smile*
- Avalez votre salive — *Swallow your saliva*
- Parlez: votre voix est-elle modifiée — *Talk, does your voice seem altered?*
- Tousser — *Cough*

### RACHIS

- Est ce que vous sentez quand je vous touche, ici et ici — *Do you feel that I am touching you: there and there?*
- Bougez vos orteils. — *Move your toes*
- Plié les genoux — *Bend your knees*
- Décollez les talons du lit, jambes tendues — *Lift your heels, legs straight*
- Asseyez vous en bord de lit, regardez droit devant vous est ce que la tête vous tourne? — *Sit down on the edge of the bed, look straight ahead, do you feel dizzy?*

### NEUROTIE

- Je vais contrôler: votre température, votre glycémie — *I am going to check: your temperature, your blood sugar*
- Je vais vous faire un ECG, — *You will have an electrocardiogram*
- Vous allez avoir une radiographie, une échographie — *You are getting an X-ray, an ultrasound*

Feuillet phrases et échelles pour le bloc opératoire utilisé pour l'étude

OUTIL DE COMMUNICATION

**Check-list**

- Pouvez vous me donner votre nom, prénom et date de naissance
  *Can you give me your name, first name and your date of birth*
- De quoi vous opère t'on aujourd'hui?
  *What are you operated on today?*
- Etes-vous bien à jeun: pas fumé, bu ou mangé? Depuis quelle heure?
  *Have you been fasting: since when? No food, no liquid, no smoking?*
- Avez-vous pris un traitement ce matin?
  *Have you taken any medicine this morning?*
- Avez vous pris une une douche si oui quand et avec quel produit?
  *Did you take a shower? When? With which product?*
- Présentez vous des allergies?
  *Have you got any allergies?*
- Avez-vous des prothèses auditives, oculaires?
  *Are you wearing contact lenses? Hearing aids?*
- Avez-vous du matériel: prothèse de hanche, genoux, épaule?
  *Do you have prosthetics? Hips, knees, shoulders?*
- Avez-vous des dents qui bougent, implants?
  *Have you got any loose teeth or implants?*

Conditions d'ambulatoire

- Est-ce que quelqu'un sera là pour vous récupérer?
  *Is someone coming to pick you up?*
- Vous ne dormirez pas seul cette nuit?
  *Is someone going to stay with you overnight?*
- A combien de min. est le centre hospitalier le plus proche?
  *How far is the closest hospital from your home? How long does it take to travel there from your home?*
- Avez-vous le téléphone chez vous?
  *Do you have a phone at home?*

ECHELLES D'EVALUATION

**Can you evaluate your pain** by giving me a number between 0 et 10

(0- no pain / 10- Terrible pain/ 3-tolerable pain)




**Loco-regional anaesthesia**

Fourmillements - vous sentez toujours - vous pouvez bouger (normal de sentir, anormal d'avoir mal)

*Tingling sensation - you still feel - you still move (It's normal to feel but not normal to feel pain)*

**Nausea and vomiting:**

pas de nausées - être nauséeux - avoir envie de vomir - besoin d'un médicament?

*No nausea - feel nauseous - want to vomit - Do you need medication?*

**Induction**

- On vous emmène en salle d'opération.
  *You're going to the operating theatre*
- Je vous mets les éléments de surveillance: scope, brassard et saturomètre
  *I am going to place electrodes, a cuff and a device on your finger to monitor your heart, your blood pressure and your breathing.*
- Je vous pose une perfusion
  *I am going to put an IV drip*
- Je vous mets un masque sur le visage, c'est de l'oxygène
  *I going to put on your face a oxygen mask*
- Inspirer profondément et expirer
  *Breath deeply, in and out*
- Détendez-vous
  *Relax*
- Vous allez vous endormir
  *You're going to fall asleep*
- Le médicament risque de chauffer dans le bras
  *Medication could cause a heating sensation*
- Nous restons avec vous tout au long de l'intervention
  *We will stay with during all the surgery*
- On se revoit tout à l'heure
  *See you in a little while*

**Réveil**

- Vous êtes en train de vous réveiller.
  *You are waking up.*
- La chirurgie est finie, tout s'est bien passé.
  *Surgery is over, everything went fine*
- Vous avez un tuyau dans la gorge.
  *You have got a tube down your throat.*
- Vous m'entendez?
  *Can you hear me?*
- Ouvrez les yeux
  *Open your eyes.*
- Serrez moi la main à droite, à gauche.
  *Shake my hand, on the right side, left side*
- J'ai besoin que vous restiez calme
  *I need you to stay calm.*
- Ouvrez la bouche, je vais enlever la sonde d'intubation
  *Open your mouth so I can remove the tube.*
- Avalez votre salive
  *Swallow your saliva*
- Vous devez rester allongé
  *You need to remain lying down*
- Je vous mets un masque avec de l'oxygène
  *I am going to put on your face a mask with oxygen*
- Je vous transfère en SSPI, vous allez y rester .... heures
  *Your are going to recovery room, you will stay there around.... hour*
- Vous avez un drain, une sonde urinaire, une sonde nasogastrique
  *You have a redon drain, urethral catheter, nasogastric tube.*

Feuillet phrases et échelles pour le bloc opératoire nouvelle version adaptée en fonction des remarques faites par les soignants

## OUTIL DE COMMUNICATION

### Check-list

- Pouvez-vous me donner votre nom, prénom et date de naissance
  *Can you give me your name, first name and your date of birth*
- De quoi vous opère-t-on aujourd'hui ?
  *What are you operated on today?*
- Êtes-vous bien à jeun : pas fumé, bu ou mangé ? Depuis quelle heure ?
  *Have you been fasting: since when? No food, no liquid, no smoking?*
- Avez-vous pris un traitement ce matin ?
  *Have you taken any medicine this morning?*
- Avez-vous pris une douche si oui quand et avec quel produit ?
  *Did you take a shower? When? With which product?*
- Présentez-vous des allergies ?
  *Have you got any allergies?*
- Avez-vous des prothèses auditives, oculaires ?
  *Are you wearing contact lenses? Hearing aids?*
- Avez-vous du matériel : prothèse de hanche, genoux, épaule ?
  *Do you have prosthetics? Hips, knees, shoulders?*
- Avez-vous des dents qui bougent, implants ?
  *Have you got any loose teeth or implants?*

Conditions d'ambulatoire

- Est-ce que quelqu'un sera là pour vous récupérer ?
  *Is someone coming to pick you up?*
- Vous ne dormirez pas seul cette nuit ?
  *Is someone going to stay with you overnight?*
- A combien de min. est le centre hospitalier le plus proche ?
  *How far is the closest hospital from your home? How long does it take to travel there from your home?*
- Avez-vous le téléphone chez vous ?
  *Do you have a phone at home?*

## ÉCHELLES D'ÉVALUATION

**Can you evaluate your pain** by giving me a number between 0 et 10

(0- no pain / 10- Terrible pain/ 3-tolerable pain)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Loco-regional anaesthesia**

Fourmillements - vous sentez toujours - vous pouvez bouger (normal de sentir, anormal d'avoir mal)

*Tingling sensation - you still feel - you still move (It's normal to feel but not normal to feel pain)*

**Nausea and vomiting:**

Pas de nausées - être nauséeux - avoir envie de vomir - besoin d'un médicament?

*No nausea - feel nauseous - want to vomit - Do you need medication?*

## RÉVEIL

- Vous êtes en train de vous réveiller.
  *You are waking up.*
- La chirurgie est finie, tout s'est bien passé.
  *Surgery is over, everything went fine*
- Vous avez un tuyau dans la gorge.
  *You have got a tube down your throat.*
- Vous m'entendez ?
  *Can you hear me?*
- Ouvrez les yeux
  *Open your eyes.*
- Serrez-moi la main à droite, à gauche.
  *Shake my hand, on the right side, left side*
- J'ai besoin que vous restiez calme
  *I need you to stay calm.*
- Ouvrez la bouche, je vais enlever la sonde d'intubation
  *Open your mouth so I can remove the tube.*
- Avalez votre salive
  *Swallow your saliva*
- Vous devez rester allongé
  *You need to remain lying down*
- Je vous mets un masque avec de l'oxygène
  *I am going to put on your face a mask with oxygen*
- Je vous transfère en SSPI, vous allez y rester .... heures
  *You are going to recovery room, you will stay there around.... hours*
- Vous avez un drain, une sonde urinaire, une sonde nasogastrique
  *You have a redon drain, urethral catheter, nasogastric tube.*

## INDUCTION

- On vous emmène en salle d'opération.
  *You're going to the operating theatre*
- Je vous mets les éléments de surveillance: scope, brassard et saturomètre
  *I am going to place electrodes, a cuff and a device on your finger to monitor your heart, your blood pressure and your breathing.*
- Je vous pose une perfusion
  *I am going to put an IV drip*
- Je vous mets un masque sur le visage, c'est de l'oxygène
  *I am going to put on your face an oxygen mask*
- Inspirer profondément et expirer
  *Breath deeply, in and out*
- Détendez-vous
  *Relax*
- Vous allez vous endormir
  *You're going to fall asleep*
- Le médicament risque de chauffer dans le bras
  *Medication could cause a heating sensation*
- Nous restons avec vous tout au long de l'intervention
  *We will stay with during all the surgery*
- On se revoit tout à l'heure
  *See you in a little while*

Feuillet pictogrammes commun nouvelle version adaptée en fonction des remarques faites par les soignants

## Annexe 4 : Autorisation d'utiliser les pictogrammes de l'APHP dans le cadre de cette étude

RN

**De:** **RENAUX Nadege** nadege.renaux@aphp.fr
**Objet:** AutorisationutilisationdespictogrammesMédipictoAP-HP

**Date:** 13 juin 2019 à 17:07
**A:** Caroline Touret caroline.touret@googlemail.com

Madame Caroline Touret,
Comme suite à votre demande, je vous confirme que je vous autorise à utiliser les pictogrammes édités sur le site médipicto de l'AP-HP dans le cadre de votre mémoire de fin d'études pour la réalisation de votre outil de communication.

**Nadège RENAUX**

Direction de l'Organisation Médicale
et des relations avec les Universités Mission Handicap – Service Autonomie Assistance Publique-Hôpitaux de Paris 3 avenue Victoria – 75004 Paris

01 40 27 31 87

www.aphp.fr/handicap

http://medipicto.aphp.fr/

Une application web gratuite pour améliorer le dialogue entre les patients et les équipes soignantes

## Annexe 5 : Scenario d'évaluation de la réalisation de la check-list préopératoire auprès d'un patient anglophone

Date : Superviseur : Formation : simulation n : .....

Outils de communication OUI NON

Type de scenario : démarche qualité

-Personnel nécessaire :

Un infirmier de bloc opératoire ou faisant fonction (facultatif)
Un chirurgien ou interne de chirurgie (facultatif)
Un infirmier anesthésiste ou élève infirmier anesthésiste
Un médecin anesthésiste ou interne d'anesthésie
Un patient standardisé

-Histoire :

Il est 11 h du matin au bloc opératoire d'urgence du CHU de Poitiers.
Une patiente a été adressée par les urgences pour une fracture des os de l'avant-bras droit. Les chirurgiens ont posé l'indication d'une intervention chirurgicale.
La patiente s'appelle Sophie WISEMAN et doit être opérée ce jour, l'intervention est prévue en ambulatoire sur bed-manager. Elle est accueillie au bloc d'urgence par l'équipe pluridisciplinaire.
Aux urgences, le médecin n'a pas pu retrouver tous les antécédents de la patiente car il ne parlait pas anglais.
La consultation d'anesthésie doit être faite par le médecin anesthésiste du Bloc opératoire d'Urgence.

-Déroulement du scénario :

Premier temps : le médecin anesthésiste voit seul la patiente pour réaliser sa consultation d'anesthésie.
La patiente est amenée en salle, le médecin est alors appelé pour une induction dans une autre salle.

Second temps : l'équipe pluridisciplinaire réalise la check List pré-induction.

-Patient standardisé :

WISEMAN Sophie née le 16/01/1957 (61 ans), 1,76m pour 95kg, a été admise aux urgences dans la nuit pour une fracture des os de l'avant-bras droit. Elle n'a pas pu prendre son ordonnance de traitement avec elle.
Anglophone, elle est accompagnée par son mari anglophone également.

Elle a pour antécédents :

-une prothèse totale de hanche droite réalisée en 2008

-une hypertension artérielle traitée par Bisoprolol 2,5mg un comprimé le matin

-une allergie à la Pénicilline

-un cancer du sein gauche traité par mastectomie et curage ganglionnaire en 2011

Elle est porteuse d'un dentier complet en haut qu'elle n'a pas retiré.
Elle a effectué une douche à la Bétadine le matin de l'intervention au lit porte.
Elle est à jeun depuis minuit, a pris son traitement ce matin avec un peu d'eau.
Son mari ne pourra pas être présent à son domicile cette nuit car il est en déplacement professionnel mais elle a demandé à sa voisine de venir la chercher à l'hôpital.
Elle refuse l'anesthésie locorégionale et souhaite une anesthésie générale. Elle est anxieuse à l'idée de se faire endormir.

-Informations supplémentaires données aux participants :

Considérer que la check List d'ouverture de salle est faite, que le matériel nécessaire a la réalisation de la chirurgie est en salle et opérationnel.

Vous pouvez vous servir du téléphone comme vous le feriez en situation réelle.

-OBJECTFS DE L'ETUDE :

<u>Objectif principal :</u>

Évaluer et quantifier la réalisation de la check List préopératoire selon la grille d'évaluation proposée

<u>Objectifs secondaires :</u>

Évaluer et quantifier la réalisation de la consultation d'anesthésie selon la grille d'évaluation proposée

Évaluer les ressources trouvées par les professionnels de sante

Évaluer le comportement des soignants vis à vis de la patiente

Objectif primaire : Check-List

| Items | Réalisé |
|---|---|
| **Les différents professionnels ont su se présenter** | /2 |
| Prénom (first name) | |
| Profession (occupation) | |
| **Identitovigilence** | /4 |
| Nom (surname) | |
| Prénom (fisrt name) | |
| Date de naissance (date of birth) | |
| Vérification du bracelet d'identification (identity wristband) | |
| **La chirurgie, l'anesthésie** | /5 |
| Nom de la chirurgie (type of surgery) | |
| Côté opéré verifié (operated side) | |
| Nom du chirurgien (name of surgeon) | |
| Type d'anesthésie choisie (type of anesthesia) | |
| Douche préopératoire (pre-operative shower) | |
| **Le jeûne est verifié** | /3 |
| Boisson (liquids) | |
| Aliment (food) | |
| Cigarette (cigarettes) | |
| **Antécédents retrouvés** | /6 |
| HTA et traitement (high blood pressure and treatment) | |
| Cancer du sein et curage ganglionnaire (breast cancer and ganglionic clean-out) | |
| Brassard à tension pas à gauche (left side blood pressure cuff) | |
| Allergie a la pénicilline (penicillin allergy) | |
| Appareil dentaire haut retiré (upper dental appliances removed) | |
| Prothèse totale de hanche (hip prothesis) | |
| **Conditions de retour à domicile** | /4 |
| Sera raccompagnée chez elle (being picked up) | |
| Ne dormira pas seule la première nuit (overnight presence) | |
| Habite à moins d'une heure d'un centre hospitalier (less than one hour away) | |
| À un téléphone (got a phone) | |
| Total | /24 |
| | |

Objectifs secondaires : Consultation d'anesthésie

| Items | Retrouvés |
|---|---|
| **Identitovigilence** | /4 |
| Nom (surname) | |
| Prénom (first name) | |
| Date de naissance (date of birth) | |
| Bracelet d'indentification verifié (Identity wristband) | |
| **Chirurgie** | /2 |
| Type de chirurgie (type of surgery) | |
| Côté à opérer (operated side) | |
| **Consultation d'anesthésie, a su éliminer** | /5 |
| Un diabète (diabetes mellitus) | |
| Trouble du rythme (heart rhythm disorder) | |
| Apnée du sommeil (sleeping apnea syndrome) | |
| Trouble de l'hémostase (hematological disorders) | |
| Un reflux gastro œsophagien (gastro-esophageal reflux disease) | |
| **Choix du type d'anesthésie** | /3 |
| Explication sur l'ALR (loco-regional anesthesia) | |
| A pu comprendre le refus de l'ALR (refusal) | |
| Opte pour une AG (general anesthesia) | |
| **Conditions d'ambulatoire** | /4 |
| Sera raccompagnée à son domicile (being picked up) | |
| Ne sera pas seule la première nuit (overnight presence) | |
| Habite à moins d'une heure d'un CH (less than one hour away) | |
| Hospitalisation de la patiente (hospitalization) | |
| Total | /18 |

Évaluation des ressources trouvées par les professionnels

## Sans outil de communication

| Ressources | |
|---|---|
| Appel à un interprète | |
| Utilise le téléphone portable | |
| Un des professionnels maîtrise l'anglais | |
| Mime ses gestes | |
| Parle plus fort | |

## Avec outil de communication

| Ressources | |
|---|---|
| Appel à un interprète | |
| Utilise le téléphone portable | |
| Un des professionnel maitrise l'anglais | |
| Mime ses gestes | |
| Parle plus fort | |
| Utilise le questionnaire traduit | |
| Lit l'outil de communication | |
| Fait lire l'outil de communication | |
| Se sert des pictogrammes | |

# Réponses aux objectifs

-SANS L'OUTIL DE COMMUNICATION et ni LE QUESTIONNAIRE TRADUIT :

- <u>La check-list a pu être réalisée dans son intégralité</u>

| | OUI | NON |
|---|---|---|
| Présentation des professionnels : .....**/2** | | |
| Identitovigilence : ...../4 | | |
| Chirurgie, anesthésie : ...../5 | | |
| Jeûne : ...../3 | | |
| Antécédents : ...../6 | | |
| Ambulatoire : ...../4 | | |

- <u>La consultation d'anesthésie a permis de retrouver les antécédents de la patiente :</u>

| | OUI | NON |
|---|---|---|
| Identitovigilence : ...../4 | | |
| Chirurgie : ...../2 | | |
| Éliminer antécédents : ...../5 | | |
| Type d'anesthésie : ...../3 | | |
| Ambulatoire : ...../4 | | |

-AVEC L'OUTIL DE COMMUNICATION et LE QUESTIONNAIRE TRADUIT :

- <u>La check-list a pu être réalisée dans son intégralité</u>

| | OUI | NON |
|---|---|---|
| Présentation des professionnels : .....**/2** | | |
| Identitovigilence : ...../4 | | |
| Chirurgie, anesthésie : ...../5 | | |
| Jeûne : ...../3 | | |
| Antécédents : ...../6 | | |
| Ambulatoire : ...../4 | | |

- <u>La consultation d'anesthésie a permis de retrouver les antécédents de la patiente :</u>

| | OUI | NON |
|---|---|---|
| Identitovigilence : ...../4 | | |
| Chirurgie : ...../2 | | |
| Éliminer antécédents : ...../5 | | |
| Type d'anesthésie : ...../3 | | |
| Ambulatoire : ...../4 | | |

Évaluation de la Formation

Profession :
Niveau d'étude :

1) Comment évalueriez-vous vote niveau d'anglais : .....
   0 : impossible de communiquer
   10 : communication fluide, vocabulaire adapté

2) Comment vous êtes-vous senti(e) sur cette situation : .....
   0 : très mal à l'aise
   10 : tout à fait à l'aise

3) Avez-vous déjà été confronté(e) à cette situation dans votre vie professionnelle ?

   OUI NON

   A quelle fréquence :

   1x par an 1x par semestre 1x par mois 1x par semaine Plus

4) Avez-vous déjà fait appel à un interprète ? OUI NON

   Si oui, avez-vous trouvé la démarche facile ? OUI NON

5) Êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge lorsque vous êtes confronté(e) à un patient anglophone ?
   0 : pas du tout satisfait
   10 : Très satisfait

   Sur le plan technique : .....
   Sur le plan relationnel : .....

6) Pensez-vous que la barrière de langue peut être une source d'erreur ?

   OUI NON

7) Pensez-vous prendre en charge de la même manière un patient francophone et un patient non francophone ? .....
   0 : pas du tout
   10 : prise en charge similaire

8) Outils de communication : (à compléter si votre simulation s'est déroulée avec l'outil de communication sinon reportez-vous à la question 9)

Est-ce que le support de communication proposé vous semblé adapté ? OUI NON

L'utiliseriez-vous dans votre pratique quotidienne ? OUI NON

Comment pourrait-on l'améliorer ?

Pensez-vous qu'une version numérique dans les logiciels Diane ou Hôpital-Manager vous permettrait d'y avoir accès plus facilement ?

9) Besoin d'un outil de communication ? (à compléter si votre simulation s'est déroulée sans outil de communication.

Pensez-vous qu'un support de communication vous aiderait dans votre pratique quotidienne ?

OUI NON

Sous quelle forme cela vous semblerait-il le plus adapté ?

Papier dans le dossier Numérique Dépliant individuelles

-Êtes-vous satisfait de cette formation ?

0 : pas de tout satisfait 10 : extrêmement satisfait

Note : ...../10

Recommanderiez-vous cette formation à vos collègues du bloc-opératoire ?

OUI. NON

Remarques supplémentaires :

Merci de votre participation

**École d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'État**

**UE 7 - MEMOIRE PROFESSIONNEL**
En vue de l'obtention du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste
2017-2019

# Impact d'un outil de communication dans la prise en charge péri opératoire d'un patient anglophone : Étude Pilote


**INTRODUCTION :** Il a été démontré qu'il existe un lien entre l'augmentation de la survenue d'événements indésirables graves et la barrière de la langue. Dans notre institution, il est difficile de faire appel à un interprète anglais bien que l'appel systématique soit recommandé par l'HAS. Nous avons donc créé un outil de communication utilisable dans le parcours de soins péri-opératoire des patients anglophones, à l'aide de phrases traduites et de pictogrammes.

**METHODES :** Il s'agit d'une étude pilote, monocentrique de type avant après. L'objectif principal était d'évaluer l'amélioration de la prise en charge et de la sécurité péri-opératoire des patients anglophones par la mise en place d'un outil de communication. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les ressources de communication trouvées par les soignants et d'évaluer la qualité de la relation soignant-soigné lors de leur prise en charge. Notre critère de jugement principal était d'être dans la capacité de poser toutes les questions nécessaires à la prise en charge péri-opératoire par un questionnaire d'auto-évaluation avant et après la mise en place de l'outil.

**RÉSULTATS :** Nous avons analysé 38 questionnaires. Le niveau d'anglais médian était de 5[4;6]. Sur les 25 questionnaires sans outil, 72% des soignants ont estimé avoir pu poser toutes les questions nécessaires à leur prise en charge mais la moitié d'entre eux ont eu recours à une ressource (collègue parlant anglais, logiciel de traduction). Après la mise à disposition de l'outil, la totalité des 13 soignants ont estimé avoir pu poser toutes les questions nécessaires en utilisant notre ressource dans 9 cas sur 10.

**CONCLUSION :** Une étude de grande échelle basées sur un questionnaire d'auto-évaluation ne permettra pas d'objectiver l'amélioration de la sécurité péri-opératoire du patient anglophone. Nous proposons donc de vérifier l'efficience de cet outil par la mise en place de séances de simulations en santé.



**Mots clés :**
Interprétariat, barrière linguistique, outil de communication, sécurité péri-opératoire, check-list, simulation en santé



**Auteur :** TOURET Caroline
**Directeur de mémoire :** KERFORNE Thomas

**École d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'État**

**UE 7 - PROFESSIONAL DISSERTATION**
To obtain the National Diploma in Anesthetic Nursing
2017-2019

# Impact of a communication tool during English patients perioperative care: Pilot study


**INTRODUCTION:** There is a demonstrated link between the increase in the occurrence of serious adverse events and language barriers. In our institution, it is difficult to use English interpreters even if a systematic call is recommended by the HAS. Therefore, we created a communication tool that can be used during perioperative care of English-speaking patients, using translated sentences and pictograms.

**METHODS:** This is an pre and post monocentric pilot study at Poitiers University Hospital. The main objective was to evaluate the improvement of the satisfaction and perioperative safety of English-speaking patients through the implementation of a communication tool. Secondary objectives were to assess communication resources used by caregivers and to assess the quality of the caregiver-patient relationship at the time of their care. Our main judgement criterion was to be able to ask all the questions necessary for perioperative management through a self-assessment questionnaire before and after the implementation of the tool.

**RESULTS:** We analyzed 38 questionnaires. The median level of English speaking was 5[4;6]. Of the 25 questionnaires without tools, 72% of the caregivers estimated that they were able to ask all the necessary questions for their care, but half of them used an alternative resource (English-speaking colleague, translation software). After the tool was made available, all of the 13 caregivers felt that they were able to ask all the necessary questions using our resource in 9 of 10 cases.

**CONCLUSION:** A large-scale study based on a self-evaluation questionnaire will not demonstrate the improvement of perioperative safety of the English-speaking patient. We therefore propose to verify the efficiency of this tool by setting up health simulation sessions.



**Keywords :**
Interpreter, language barrier, communication tool, perioperative security, check-list, health simulation



**Author :** TOURET Caroline
**Supervisor :** KERFORNE Thomas