



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

„Mein Beruf ist nichts Anderes, als sich nützlich machen.“
Das Dolmetschen durch Pflegepersonal im Krankenhaus: die
Erfahrung der Doppelrolle am Beispiel des Centre Cardiologique
du Nord in Saint Denis, Frankreich

verfasst von | submitted by
Zina Hannah Bloch

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 070 345 331

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Translation Französisch Deutsch

Betreut von | Supervisor:

Dr. Magdalena Bartłomiejczyk

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
1. DOLMETSCHEN IM GESUNDHEITSBEREICH.....	7
1.1 Geschichte des Gesundheitsdolmetschens.....	7
1.1.1 Eine schrittweise Professionalisierung auf globaler Ebene.....	7
1.1.2 Der französische Kontext des Gesundheitsdolmetschens im internationalen Vergleich.....	8
1.1.3 Das Konzept der Übersetzungskultur	9
1.2 Juristischer Rahmen des französischen Gesundheitsdolmetschens.....	11
1.2.1 Das Gesetz und der Zugang zur Gesundheitsversorgung.....	11
1.2.2 Rahmen und Regulierung der Dolmetschpraxis.....	14
1.2.3 Aktivismus und ISM.....	14
2. HERAUSFORDERUNGEN DES GESUNDHEITSDOLMETSCHENS.....	16
2.1 Welche Ziele verfolgt das medizinische Dolmetschen?.....	16
2.1.1 Die Kommunikation als zentraler Aspekt in der Pflege.....	16
2.1.2 Gewährleistung der Partizipation	17
2.1.3 Gewährleistung der freien Einwilligung.....	18
2.1.4 Gewährleistung der Compliance.....	19
2.2 Rollenverständnisse von Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich	
Zwischen den institutionellen Anforderungen und dem Wohlbefinden der Patient*innen.....	20
2.3 Die Momente der Kommunikation im Krankenhaus	27
2.4 Das Dolmetschen sensibler Themen.....	30
3. WENN PFLEGER*INNEN DOLMETSCHEN MÜSSEN.....	32
3.1 Ad-hoc Dolmetscher*innen.....	32
3.2 Das zweisprachige Krankenhauspersonal.....	34
3.2.1 Welche Zweisprachigkeit?	35
3.2.2 Die Vorteile des Dolmetschens durch Pfleger*innen.....	36
3.2.3 Die Nachteile des Dolmetschens durch Pfleger*innen.....	37
3.3 Die zweisprachige Krankenpflegerin: eine besondere Position?.....	39
3.3.1 Die Krankenpflegerinfunktion – nach Anne Vega	39
3.3.2 Die Doppelfunktion: Krankenpflegerin-Dolmetscherin.....	41
3.3.3 Die Beziehung zum*zur Patienten*in	43
4. METHODISCHER RAHMEN	45
4.1 Forschungsfeld und Zielsetzung	45
4.2 Interviewteilnehmerinnen und Kontaktaufnahme	46
4.3 Methode der Interviews.....	47
4.4 Diskussion zum Interviewleitfaden	50
4.5 Nach dem Interview.....	53
4.5.1 Transkription.....	53
4.5.2 Kodierung und Auswertung.....	55
5. WAHRNEHMUNG DER SPRACHBARRIERE IM CCN.....	57
5.1 Problembewusstsein	58
5.2 Wissens- und Informationsmangel	59
5.3 Die Liste: ein sinnvolles Werkzeug?.....	59
5.4 Organisation der Aufnahme von fremdsprachigen Patient*innen.....	63
6. SPRACHBARRIERE KONZEQUENZEN UND LÖSUNGSSTRATEGIEN	65
6.1 Konsequenzen der Sprachbarrieren.....	65
6.2 Lösungsstrategien zur Sprachbarriere	70

7. WENN KOLLEG*INNEN DOLMETSCHEN	74
7.1 Wann ruft man eine Kollegin zum Dolmetschen?	74
7.2 Die Dolmetschsituationen.....	79
7.2.1 Das Dolmetschen mit einer Pflegekraft.....	79
7.2.2 Das Dolmetschen mit einem*er Arzt*Ärztin	82
8. DIE DOPPELROLLE.....	84
8.1 Wann Pflegekraft? Wann Dolmetscherin?.....	84
8.2 „Ich bin keine Übersetzerin“	86
8.3 Dolmetschen ist ein Teil der Rolle.....	88
9. ABSCHLIEßENDE REFLEXIONEN	92
9.1 Vorteile und Nachteile des Dolmetschens für die Pflegenden am CCN.....	92
9.1.1 Vorteile.....	92
9.1.2 Nachteile.....	93
9.2. Vorteile und Nachteile des Dolmetschens für die Behandlung der Patient*innen am CCN..	96
9.2.1 Vorteile.....	96
9.2.2 Das Dolmetschen am CCN: eine gelungene Maßnahme?.....	98
10. FAZIT	100
11. LITERATURVERZEICHNIS	104
12. ANNEX.....	109
12.1 Annex 1 : Interviewleitfaden.....	109
12.2 Annex 2 : Fallvergleich zum Thema „Lösung zur Sprachbarriere“	111
12.3 Annex 3: Interviewtranskript IP1.....	112
12.4 Annex 4: Interviewtranskript IP2.....	147
12.5 Annex 5: Interviewtranskript IP3.....	175
12.6 Annex 6: Interviewtranskript IP4.....	198
12.7 Annex 7: Interviewtranskript IP5.....	215
12.8 Annex 8: Interviewtranskript IP6.....	240
Abstract Deutsch	258
Abstract Englisch	258

Einleitung

Aufgrund der Bevölkerungsbewegungen der letzten Jahre stellt die gelungene Aufnahme fremdsprachiger Patient*innen im Krankenhaus eine zentrale Verantwortung der europäischen Gesellschaften dar. Der Umgang mit Sprachbarrieren hat große Auswirkungen auf die Behandlung. In diesem Kontext hat sich das Kommunaldolmetschen seit den 2000er-Jahren allmählich professionalisiert und seither als vielversprechende Lösung für Kommunikationsprobleme aufgrund von Sprachbarrieren etabliert. In der dolmetschwissenschaftlichen Literatur wird die Bedeutung des Dolmetschens für die Kommunikation mit Patient*innen im Krankenhaus weitgehend hervorgehoben (vgl. Angelelli 2004; Tebble 2003; Leanza 2005). Trotzdem wird das zwischensprachliche Kommunikationsbedürfnis im medizinischen Bereich bei weitem nicht ausschließlich vom professionellen Dolmetschen abgedeckt. Sowohl in Österreich als auch in Frankreich werden oft Ad-hoc-Lösungen herangezogen, um zwischensprachliche Kommunikationsnotfälle im Pflegealltag zu bewältigen. Dazu zählt unter anderem der Einsatz bilingualer Pflegekräfte als Dolmetschende. Pflegekräfte spielen eine zentrale Rolle in der Beziehung zwischen Pflegeteam und Patient*innen. Doch was geschieht, wenn diese Rolle um die des*der Dolmetschenden erweitert wird?

Studien, die sich zweisprachigem Pflegepersonal widmen, legen ihren Fokus meist auf die Qualität der Dolmetschleistung (vgl. Bischoff 2007; Elderkin-Thompson et al. 2001). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es dahingegen, den Kontext zu beschreiben, in dem die Doppelfunktion des*der dolmetschenden Pflegekraft entsteht. Darüber hinaus soll untersucht werden, wie diese Doppelfunktion von den Betroffenen ausgelebt wird. Dabei soll einerseits den Gründen nachgegangen werden, die Pflegekräfte zum Dolmetschen bewegen, sowie den Auswirkungen auf ihren Arbeitsalltag und auf die Pflege selbst. Berücksichtigt werden sowohl die Selbstwahrnehmung der dolmetschenden Pflegekräfte als auch die Außenwahrnehmung vom Dolmetschen der Nutzer*innen dieser Leistung. Es soll untersucht werden, welchen Stellenwert diese Form der Überbrückung von Sprachbarrieren im Vergleich zu anderen Lösungsstrategien einnimmt. Dabei geht es nicht darum, die Effizienz des Dolmetschens zu bewerten, sondern vielmehr darum, die Realität des Arbeitsalltags durch eine Analyse der Wahrnehmung der Akteur*innen zu schildern. Schließlich stellt sich auch die Frage nach der Verantwortung der Institution. Am Beispiel des *Centre Cardiologique du Nord*¹ (kurz CCN) soll versucht werden, Antworten zu finden, die über den Einzelfall hinausgehen und Rückschlüsse auf die allgemeine Situation in Europa zulassen, wo professionelles Dolmetschen nach wie vor eine wenig angewandte Lösung darstellt.

Als Grundlage dieser Forschung werden im Theorieteil zunächst die wichtigsten Themen

¹ Zentrum für Kardiologie von Saint-Denis, in der Vorstadt von Paris, Frankreich

des Gesundheitsdolmetschens aufgegriffen. Das erste Kapitel dient dazu, den sozialen Kontext zu verstehen, in dem das Dolmetschen im Krankenhaus verortet ist. Zuerst soll die Situation des Dolmetschens in Frankreich beschrieben werden, wobei seine Entwicklung hin zum Status eines anerkannten Berufs nachgezeichnet wird. Um den Umgang französischer Krankenhäuser mit Sprachbarrieren zu verstehen, wird im Anschluß auf die gesetzliche Regelung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung eingegangen.

Das zweite Kapitel geht der Frage nach, welche Ziele das Dolmetschen im medizinischen Umfeld verfolgt. Darauf folgt eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Rollenverständnissen von Dolmetschenden in der Dolmetschwissenschaft. Die in diesem Kapitel vorgestellten Rollen dienen als Bezugspunkte für die verschiedenen Erscheinungsformen des Dolmetschens, die im Laufe der Analyse im zweiten Teil der Arbeit sichtbar werden. Abschließend ermöglicht ein kurzer Exkurs zu den unterschiedlichen Situationen der Patientenbetreuung und zum Umgang mit sensiblen Themen in der Pflege eine präzisere Erfassung des konkreten Dolmetschbedarfs im Krankenhausalltag.

Im dritten Kapitel wird zuerst auf die Gründe für die Allgegenwärtigkeit des Ad-hoc-Dolmetschens eingegangen. Es werden die Vor- und Nachteile seines Einsatzes dargestellt. Dabei wird auch das Konzept der Zweisprachigkeit vom Ad-hoc-Dolmetschenden kritisch hinterfragt. Auf der Grundlage der ethnologischen Studie von Anne Vega (2000) über den Pflegealltag wird anschließend versucht, die Komplexität zu beschreiben, die das Ausüben zweier verschiedenen Funktionen im Krankenhaussystem mit sich bringt.

Der zweite Teil der Arbeit präsentiert die Ergebnisse einer Interviewstudie von dolmetschenden und nicht-dolmetschenden Pflegekräften im CCN. Bevor die Ergebnisse der kategoriebasierten Analyse vorgestellt werden, erfolgt eine theoretische Reflexion über die Methode des Interviews, gestützt auf die Arbeiten der Soziologen Beaud (1996) und Demazière (2007). Dies ermöglicht es, die Rolle der Interviewerin sowie den Kontext der Datenerhebung zu hinterfragen. Die anschließende Präsentation der Analyse greift die im theoretischen Teil behandelten Themen kategorienweise wieder auf und basiert auf der Interpretation von Interviewausschnitten. Das Fazit liefert zusammenfassend einen Überblick über die Situation des Dolmetschens im CCN und geht dabei auf die in der Einleitung formulierten Fragestellungen ein, wobei eine kritische Position gegenüber der untersuchten Institution eingenommen wird. Diese Schlussfolgerung zielt darauf ab, eine weiterführende Reflexion über mögliche ergänzende Forschungsprojekte anzuregen – und vielleicht auch das CCN dazu zu ermutigen, die eigene Praxis zu reflektieren.

Zur sprachlichen Unterstützung und Übersetzung der Zitate wurden in dieser Arbeit KI-Tools

(ChatGPT, DeepL) sorgfältig und verantwortungsvoll eingesetzt. Die inhaltlichen Analysen und Schlussfolgerungen stammen vollständig von der Verfasserin.

1. DOLMETSCHEN IM GESUNDHEITSBEREICH

1.1 Geschichte des Gesundheitsdolmetschens

1.1.1 Eine schrittweise Professionalisierung auf globaler Ebene

Das Dolmetschen im Gesundheitsbereich ist ein Teilbereich des Kommunaldolmetschens. Je nach Region der Welt und Kontext der Verwendung sind verschiedene Bezeichnungen möglich: „Dialogdolmetschen“ oder „Public Service Interpreting“ sind u. a. gängige Begrifflichkeiten (Pöchhacker 2016: 15). Im Vergleich zu anderen Formen des Kommunaldolmetschens hat das Gesundheitsdolmetschen eine eigene berufsbezogene Entwicklung durchlaufen, was auf ihre politische und gesellschaftliche Verwobenheit zurückzuführen ist.

In Österreich ist das Dolmetschen ein freier Beruf ohne Berufsschutz, was zu fehlender Regulierung und einem Mangel an ausgebildeten Dolmetscher*innen führt, insbesondere im Kommunalbereich. Hinzu kommt, dass vor allem Minderheitensprachen benötigt werden, für die es oft keine ausreichende Zahl qualifizierter Fachkräfte gibt. Während Konferenzdolmetschen gesellschaftlich hohes Ansehen genießt, gilt Kommunaldolmetschen als weniger prestigeträchtig – ein Umstand, der mit der fehlenden Professionalisierung und der häufigen Tätigkeit von Laiendolmetscher*innen zusammenhängt (Pöchhacker 2016). Ähnlich wie das Gerichtsdolmetschen durchlief auch das Gesundheitsdolmetschen mehrere Etappen der Professionalisierung: Konferenzen, Ausbildungswege, Zertifizierungen, Akkreditierungen, Etablierung öffentlicher Dolmetschdienste, wissenschaftliche Publikationen und Berufsorganisationen. Dies verlief jedoch nicht mit demselben Geschwindigkeitsgrad und demselben Ergebnis wie beim Gerichtsdolmetschen. Fehlende Professionalität birgt Risiken, etwa unzureichende Sprach- oder Fachkenntnisse sowie Interessenskonflikte, die insbesondere in Gerichts- und medizinischen Settings gravierende Folgen haben können. Daher gewinnt die Diskussion um eine stärkere Professionalisierung im Zuge wachsender sprachlicher Vielfalt und Migration zunehmend an Bedeutung.

An erster Stelle sind in diesem Zusammenhang die *Critical-Link-Konferenzen* zu nennen, die als erste internationale Fachkonferenzen zum Kommunaldolmetschen gelten. Die erste Konferenz fand 1995 in Toronto statt und hatte das Ziel, einen internationalen Austausch und eine Kooperation zur Institutionalisierung der Praxis zu fördern. Diese Konferenz markierte den Auftakt einer Reihe dieser Art in verschiedenen Ländern, deren jeweilige Ergebnisse in Sammelbänden

veröffentlicht wurden und so maßgeblich zur akademischen Weiterentwicklung des Gemeindedolmetschens beitrugen (Carr, S. E., & International Conference on Interpreting in Legal, Health, Social Service Settings: 1997). Im Zuge dieser akademischen Fortschritte sind auch die Beiträge der Forscherinnen Cecilia Wadensjö und Holly Mikkelsen in den 1990er-Jahren hervorzuheben. Ihre Arbeiten förderten die Professionalisierung durch wissenschaftliche Forschung (Pöchhacker 2016: 57). Im Rahmen dieses internationalen Austauschs wurde 2013 das *European Network for Public Service Interpreting* gegründet – ein europaweit agierendes Netzwerk mit Sitz in Brüssel, das sich für die Förderung von Qualität, Professionalisierung und politische Anerkennung des öffentlichen Dolmetschens und Übersetzens einsetzt.

Australien und Schweden gehörten zu den ersten Ländern, die etwa um 1970 institutionelle öffentliche Dolmetschdienste für sämtliche Verwaltungsbereiche – einschließlich Krankenhäuser – einrichteten und gelten damit als Vorbilder (2016: 44). Dies geschah im Kontext neuer Einwanderungswellen. Australien übernahm dabei die Rolle eines Wegbereiters, indem es eine Ausbildungs- und Zertifizierungsstelle für rund hundert Sprachen ins Leben rief: die *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (kurz NAATI).

1.1.2 Der französische Kontext des Gesundheitsdolmetschens im internationalen Vergleich

In Frankreich begann die Professionalisierung des Gesundheitsdolmetschens in den Siebzigerjahren mit den ersten massiven Migrationswellen und betraf zunächst die Patient*innen der AIDS-Krise, wie aus Daten der *Haute Autorité de Santé*² hervorgeht (Haute autorité de santé 2017: 12). Heute spricht man von „Interprète en milieu social“³, was sowohl den Gesundheits- als auch den Sozialbereich umfasst. Die allerersten professionellen Dolmetschaufträge wurden von Vereinen übernommen, die von der *Direction Générale de la Santé*⁴ – einer Organisation des französischen Gesundheitsministeriums – finanziert waren. Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern weist das Gesundheitsdolmetschen in Frankreich je nach Tätigkeitsfeld, Region und Art der Einrichtung (privat oder öffentlich) unterschiedliche Ausprägungen auf.

Um die Situation des Gesundheitsdolmetschens in Frankreich zu verstehen, ist es notwendig, den Prozess der Professionalisierung, den es durchlaufen hat und weiterhin durchläuft, nachzuzeichnen. Die Professionalisierung erfolgte durch Konventionen oder öffentliche Aufträge zwischen privaten und öffentlichen Vereinen und Gesundheitseinrichtungen. Wie bereits im

² Die Haute Autorité de Santé – kurz HAS – ist eine unabhängige wissenschaftliche Behörde in Frankreich mit dem Ziel, das Gesundheitssystem zu sichern und zu verbessern. Arbeitet zusammen mit dem Gesundheitsministerium.

³ Dolmetscher*in im Sozialbereich (Übers. Z.B.)

⁴ Generaldirektion der Gesundheit (Übers. Z.B.)

vorherigen Kapitel erläutert und von Pöchhacker (2000) beschrieben, wurde die Professionalisierung des Dolmetschens durch die Organisation von Kolloquien und internationalen Konferenzen ermöglicht.

Die internationale Institutionalisierung des Gesundheitsdolmetschens stößt allerdings auf viele Schwierigkeiten verschiedener Arten. Auch wenn in einigen Ländern inzwischen rechtliche Rahmenbedingungen bestehen, bleibt die Entwicklung hin zu einem anerkannten und gesellschaftlich notwendigen Beruf uneinheitlich und lückenhaft (Pöchhacker 2016: 31). Das Haupthindernis besteht in der mangelnden Anerkennung des Bedarfs an Dolmetschleistungen. Infolgedessen fehlen staatliche Initiativen zur Förderung der Ausbildung professioneller Dolmetscher*innen sowie zur Einrichtung organisierter Dolmetschdienste im Gesundheitswesen. Bis heute besteht sowohl in Österreich als auch in Frankreich keine gesetzliche Verpflichtung, professionelle Gesundheitsdolmetscher (kurz GD) heranzuziehen – weder von Seiten der Patient*innen noch der Institutionen. Um die Situation des Gesundheitsdolmetschens in Europa zu verstehen, ist ein Blick auf den Umgang mit Mehrsprachigkeit erforderlich. In diesem Zusammenhang analysiert Bernd Meyer, was er als „Culture traductionnelle“⁵ in Deutschland bezeichnet (Bühlig & Meyer, 2015). Seine Analyse liefert zentrale Erkenntnisse für die weitere Übertragung auf die Situation Frankreichs.

1.1.3 Das Konzept der Übersetzungskultur

Im Rahmen seiner Analyse zum Umgang mit Mehrsprachigkeit in Deutschland weist Meyer auf systemimmanente Widersprüche hin (Bühlig & Meyer 2015). Er stützt sich dabei auf das von Prunč (2008) entwickelte Konzept der Übersetzungskultur. Dieser Begriff fasst sämtliche Verhaltensweisen innerhalb einer Gesellschaft (individuell und kollektiv sowie privat und öffentlich) im Umgang mit sprachlicher Vielfalt zusammen. Die Übersetzungskultur ermöglicht es, eine Gesellschaft durch das Prisma der Fremdsprache zu analysieren und folgende Frage zu beantworten: Wie positioniert sich die Zivilgesellschaft und die Institutionen dem Mehrsprachigkeitsphänomen gegenüber (Prunč, 2008)?

Indem er dieses Analysewerkzeug auf Deutschland anwendet, zeichnet Meyer ein widersprüchliches Bild. Er fragt sich, wie die verschiedenen gesellschaftlichen Akteure auf die Anwesenheit einer Fremdsprache im Alltag reagieren. Dabei stützt er sich auch auf die Forschungen von Pöchhacker in Wiener Krankenhäusern (Pöchhacker, 2000). Zunächst stellt Meyer das Aufkommen eines sprachlich-nationalistischen Diskurses fest. Dieser bildet die Grundlage für ein

⁵ „Übersetzungskultur“ (Übers. Z.B.)

mangelndes Interesse und somit ein fehlendes Bewusstsein für die tatsächlich vorhandene sprachliche Vielfalt in Deutschland. Er beschreibt ein „régime linguistique monolingue centré sur l'allemand, et par conséquent dénué de toute réflexion“⁶ (Bühlig & Meyer 2015: 86) Indem man die vorhandene sprachliche Vielfalt leugnet, wird das Deutsche bevorzugt. Folglich werden keine Strukturen geschaffen, um einen professionellen Dolmetschdienst im öffentlichen Bereich zu etablieren. Meyer weist hier auf einen direkten Ursache-Wirkungs-Zusammenhang hin: Wenn die mehrsprachige Realität unsichtbar gemacht wird und einem vermeintlichen Monolingualismus gegenübersteht, dann werden auch die dolmetschbezogenen Bedarfe unsichtbar gemacht.

Meyer ergänzt, dass der übliche schulische Fremdsprachenunterricht in Französisch, Spanisch oder Englisch keine adäquate Antwort auf die sich verändernde mehrsprachige Gesellschaft darstellt, obwohl er als solcher vorgestellt wird. In diesem Zusammenhang kritisiert er das Konzept des *inklusive Mehrsprachigkeitsmodells* von Backus et al. (Backus et al. 2013), das den realen Anforderungen an konkrete Kommunikationssituationen nicht gerecht werde: „L'apprentissage des langues seul ne suffit pas pour permettre le multilinguisme au niveau européen, car la compétence linguistique « additive » visée ne correspond pas aux pratiques multilingues existantes en Europe“⁷ (Bühlig & Meyer 2015). Meyer kritisiert damit ein „falsches“ europäisches Mehrsprachigkeitsverständnis, das den tatsächlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung für fremdsprachige Menschen verhindert.

Im Krankenhauskontext verweist Meyer auf eine inkohärente und widersprüchliche Übersetzungskultur, wie sie von Pöchhacker herausgearbeitet wurde (Bühlig & Meyer 2015: 84). Die Ergebnisse Pöchhackers zeigen eine deutliche Diskrepanz zwischen den überhöhten Erwartungen der Ärzt*innen und der tatsächlichen Qualifikation der eingesetzten Laien-Dolmetscher*innen. Pöchhacker (2000) weist außerdem auf die unterschiedlichen Erwartungen der verschiedenen Akteure im Krankenhaus hin. Die Ärzt*innen erwarten eine möglichst wortgetreue Übersetzung, während das Pflegepersonal eine Meldung von Missverständnissen wünscht und Sozialarbeiter*innen dagegen mehr auf den kulturellen Hintergrund der Patient*innen achten. Auch hier entsprechen die hohen Erwartungen in keiner Weise den Gegebenheiten vor Ort. Meyer fasst hiermit zusammen:

La culture traductionnelle décrite par Pöchhacker soumet les interprètes et traducteurs à des exigences très élevées, sans s'intéresser à la question de savoir si les personnes concernées sont à leur hauteur. (2015: 80)⁸

⁶ „ein monolinguales Sprachregime, das sich ausschließlich auf das Deutsche konzentriert und keinerlei Reflexion zulässt“ (Über. Z.B.)

⁷ „Sprachunterricht allein reiche nicht aus, um den europäischen Mehrsprachigkeitsanforderungen gerecht zu werden, da die angestrebte additive Sprachkompetenz nicht den tatsächlich gelebten mehrsprachigen Praktiken entspreche“ (Über. Z.B.)

⁸ „Die von Pöchhacker beschriebene Übersetzungskultur stellt an Dolmetscher und Übersetzer extrem hohe

Für Meyer ist die Übersetzungskultur letztlich widersprüchlich und stellt ein Hindernis für die Kommunikation mit fremdsprachigen Patient*innen dar (2015: 82). Das bestehende inklusive Mehrsprachigkeitsmodell behindert die Entwicklung einer echten Dolmetschkultur, wenngleich ein erster Anschein gegenteiliges vermuten mag.

Obwohl Meyers Analyse sich auf deutsche Krankenhäuser bezieht, erlaubt sie einen ersten Einblick in das Verhältnis zwischen gesellschaftlicher Übersetzungskultur und dem aktuellen Stand des Gesundheitsdolmetschens. Indem er das deutsche Verhältnis zur sprachlichen Vielfalt und die daraus resultierenden Sprachbarrieren analysiert, liefert der Autor Deutungsmuster, um die französische Situation anzugehen. Abschließend betont Meyer, dass ein umfassender politischer Ansatz notwendig sei, um sprachliche Vielfalt aktiv zu gestalten:

Sans intervention politique et sans projet concret, il est impossible de surmonter les régimes linguistiques existants et d'établir des cultures traductionnelles qui fonctionnent. (2015: 87)⁹

Dieser finale Ansatz knüpft in vielerlei Hinsicht an die gesellschaftliche Geschichte des Dolmetschens in Frankreich an, die im nächsten Kapitel thematisiert wird.

1.2 Juristischer Rahmen des französischen Gesundheitsdolmetschens

1.2.1 Das Gesetz und der Zugang zur Gesundheitsversorgung

Um die Rolle des Gesundheitsdolmetschens in Frankreich zu verstehen, ist es notwendig, die Funktion der öffentlichen Hand in ihrer Entwicklung zu berücksichtigen. Zunächst muss dabei auf die offiziellen Texte verwiesen werden, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung regeln, da diese den gegenwärtigen Stand des Berufs widerspiegeln. Bis heute stellt das medizinische und soziale Dolmetschen in Frankreich kein verbindliches Recht dar. Personen mit unzureichenden Französischkenntnissen keine Unterstützung zu bieten, um ihr Ausdrucks- und Verständnisvermögen zu sichern, gilt rechtlich nicht als Diskriminierung (ISM 2012). Zahlreiche Gesetzestexte verteidigen jedoch das Gesundheitsrecht als Grundrecht. Die Beseitigung kommunikativer Hindernisse, um den Zugang aller zu ihren Rechten zu gewährleisten, ist je nach Fall in den Rechtsakten als Empfehlung oder als Verpflichtung formuliert. Gleichwohl ist der Rückgriff auf ein*e Dolmetscher*in nicht als verbindliche Voraussetzung zur Sicherstellung des Gesundheitsrechts festgeschrieben. Die Europäische Sozialcharta hält jedoch fest:

Der Genuß der in dieser Charta festgelegten Rechte muß ohne Unterscheidung insbesondere

Anforderungen, ohne sich damit zu beschäftigen, ob die betroffenen Personen diesen überhaupt gewachsen sind“ (Über. Z.B.)

⁹ „Ohne politische Intervention und ohne konkrete Vorhaben ist es unmöglich, bestehende Sprachregime zu überwinden und funktionierende Übersetzungskulturen zu etablieren“ (Über. Z.B.)

nach der Rasse, der Hautfarbe, dem Geschlecht, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, der Gesundheit, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, der Geburt oder dem sonstigen Status gewährleistet sein. (Europäische Sozialcharta 2016. Teil I, Artikel 11)

Im französischen *Code de la Santé Publique* – dem maßgeblichen Gesetzestext im Bereich Gesundheit – sind ebenfalls Verpflichtungen in Bezug auf die Rechte von Patient*innen formuliert. Die Charta garantiert das Recht auf Information:

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (Code de la santé publique 2016, Kapitel 1, Titel 1)¹⁰

Das französische Recht verpflichtet Pflegekräfte dazu, Patient*innen unabhängig von ihrer Herkunft oder ihren Lebensumständen gleich zu behandeln. Dies schließt auch Patient*innen ein, die über keine ausreichenden Französischkenntnisse verfügen. Gemäß der Europäischen Sozialcharta umfasst das Recht auf Gesundheitsversorgung somit auch das Recht auf medizinische Einwilligung und auf Information.

Im Jahr 2006 veröffentlicht das Gesundheitsministerium einen neuen Text: die „Charta der hospitalisierten Person“, die elf Rechte der Krankenhauspatient*innen festlegt. Diese betreffen den Zugang zu Informationen, die Qualität des Empfangs, die freie und informierte Einwilligung der Patient*innen, insbesondere eine spezifische Einwilligung für bestimmte Handlungen, und die Art und Weise, wie diese Einwilligung erfolgen soll. Zum ersten Mal in dieser Charta wird die Verpflichtung formuliert, „Verständnisschwierigkeiten“ zu berücksichtigen (Charte de la personne hospitalisée 2006). Der Einsatz von Dolmetscher*innen wird hier empfohlen, ist jedoch noch nicht verpflichtend:

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. (Charte de la personne hospitalisée 2006: 3)¹¹

Im Jahr 2012 wurde diese Empfehlung im französischen Gesundheitsgesetz (*Code de la Santé Publique*) verstärkt. Der *Code de la Santé Publique* fungiert in Frankreich als maßgebliche Autorität für Gesundheitsfachkräfte bei der Durchführung von Gesundheitsleistungen.

Cette information (au patient) incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au

¹⁰ „Jede Person hat das Recht, über ihren Gesundheitszustand informiert zu werden. Diese Information betrifft die verschiedenen vorgeschlagenen Untersuchungen, Behandlungen oder Präventionsmaßnahmen, deren Zweckmäßigkeit, ihre mögliche Dringlichkeit, ihre Konsequenzen, die häufigen oder schwerwiegenden vorhersehbaren Risiken, die sie beinhalten, sowie die möglichen Alternativen und die vorhersehbaren Folgen einer Ablehnung.“ (Übers. Z.B)

¹¹ „Der Einsatz von Dolmetscher*innen oder von Vereinen, die auf die Begleitung von Personen spezialisiert sind, die kein Französisch verstehen, sowie von gehörlosen oder schwerhörigen Personen, soll angestrebt werden.“ (Übers. Z.B)

Dieser Artikel verpflichtet die Pflegekraft, das Informationsrecht einzuhalten, da nur „Notfälle“ oder „Unmöglichkeit“ eine Ausnahme begründen würden. Was genau unter „Unmöglichkeit“ zu verstehen ist, bleibt jedoch unklar. Darüber hinaus ist die Empfehlung zwar stärker verpflichtend als in den anderen Texten, bleibt aber vage hinsichtlich der genauen Vorgehensweise und erwähnt keine*n Dolmetscher*in.

Im Jahr 2016 erwähnt das französische Gesundheitsgesetzbuch zum ersten Mal das professionelle Dolmetschen im Gesetz „Modernisierung unseres Gesundheitssystems“. Dies stellt einen wichtigen Schritt für die Einführung des professionellen Dolmetschens im Krankenhaus dar. Dolmetschen wird als „Instrument zur Verbesserung des Zugangs zu Rechten, zur Prävention und zur Versorgung für Menschen, die vom Gesundheitssystem entfernt sind“ anerkannt. Schließlich veröffentlichte die *Haute Autorité de Santé* im Jahr 2017 das „Referenzdokument zu Kompetenzen und bewährten Praktiken im Sprachdolmetschen“, in dem die erforderlichen Kompetenzen, das Mindestmaß an Ausbildung sowie die *Good Practices* aufgeführt werden. Zum ersten Mal wird in einem offiziellen Text auf die Risiken hingewiesen, kein*e Dolmetscher*in im Fall einer Sprachbarriere einzusetzen. Es wird außerdem an die Rechte der Patient*innen erinnert:

La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical.. (Haute autorité de santé 2017: 13)¹³

Das Dolmetschen wird nun offiziell als das am besten geeignete Mittel anerkannt, um einen sicheren Zugang zum Gesundheitsrecht zu gewährleisten. Sobald die Dolmetschpraxis als gemeinnützig anerkannt ist, muss sie rechtlich geregelt werden. Im folgenden Kapitel werden Texte, die die Praxis des Gesundheitsdolmetschens in Frankreich regeln, näher vorgestellt.

1.2.2 Rahmen und Regulierung der Dolmetschpraxis

¹² „Diese Information (an den Patienten) obliegt jeder Gesundheitsfachkraft im Rahmen ihrer Kompetenzen und unter Beachtung der für sie geltenden beruflichen Vorschriften. Nur Notfälle oder die Unmöglichkeit, zu informieren, können von dieser Pflicht entbinden. Die Information wird in einem individuellen Gespräch übermittelt.“ (Übers. Z.B)

¹³ „Die HAS ist der Auffassung, dass nur der Rückgriff auf ein*en professionellen Dolmetscher*in einerseits den Patient*innen/Nutzer*innen die Kommunikationsmittel garantiert, die ihnen einen gleichberechtigten Zugang zu Rechten, Prävention und Versorgung in autonomer Weise ermöglichen, und andererseits den Fachkräften die Mittel an die Hand gibt, eine Versorgung sicherzustellen, die das Recht auf Information, die freie und informierte Einwilligung der Patient*innen sowie die ärztliche Schweigepflicht einhält.“ (Übers. Z.B)

Die Praxis des Dolmetschens im sozialen und medizinischen Bereich in Frankreich wird durch mehrere Schlüsseltexte geregelt. Die „Charta des professionellen medizinischen und sozialen Dolmetschens in Frankreich“ von 2012 erhebt als erste den Anspruch, die Praxis zu definieren und zu regeln. Die neun unterzeichnenden Verbände verpflichten sich zur Weiterentwicklung der Dolmetschpraxis und streben die Anerkennung eines nationalen Status dieser an.

Der*die Dolmetscher*in im medizinischen und sozialen Bereich wird dabei wie folgt definiert:

L'interprète en milieu médical et social exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale. (ISM 2012: 5)¹⁴

Diese Charta fasst die Pflichten und Rechte der Dolmetscher*innen zusammen. Sie ermöglicht die Feststellung eines klaren Rahmens für eine einheitliche Praxis des Dolmetschens zwischen allen Verbänden, die in Frankreich im Bereich des Sozialdolmetschens tätig sind. Durch die Ausrichtung an einer gemeinsamen Charta wird eine Vereinheitlichung der Praxis ermöglicht und somit der Professionalisierungsprozess unterstützt.

Schließlich setzte die Norm ISO 21998 von 2020 die offizielle Rahmensetzung der Profession fort, indem sie die Anforderungen an Dolmetschdienste festlegt (Organisation internationale de normalisation 2014). Sie enthält eine Auflistung der für die Dolmetschpraxis notwendigen Kompetenzen.

Nach und nach fand das Gesundheitsdolmetschen Eingang in offizielle Texte, was eine bescheidene Anerkennung der Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen ermöglichte. Dennoch wird das Recht auf eine*n Dolmetscher*in für fremdsprachige Patient*innen in den meisten Fällen noch wenig beachtet, da es im französischen Recht nicht verbindlich ist. Aus diesem Grund ist der Beruf heute stärker mit einer Geschichte des Aktivismus verbunden als mit rechtlichen Vorgaben.

1.2.3 Aktivismus und ISM

Heute wird das professionelle Dolmetschen in Frankreich von Vereinen gesteuert, die eine zentrale Rolle im Prozess der Professionalisierung und der Anerkennung der Praxis spielen. Diese Strukturen ermöglichen die Berufsgestaltung sowie seine politische und juristische Weiterentwicklung. Zu den wichtigsten zählen: Adate, Apitra, Asamla, COFRIMI, ISM Corum, ISM Interprétariat, Mana, MSA. Alle diese Vereine stehen im Zusammenhang mit der Verteidigung der Rechte von Migrant*innen, was deutlich zeigt, dass diese eng mit der Dolmetschpraxis

¹⁴ „Der*Die Dolmetscher*in im medizinischen und sozialen Bereich übt auf qualifizierte Weise eine Funktion der verbalen Schnittstelle zwischen mehreren Individuen oder Gruppen aus, die nicht dieselbe Sprache sprechen. Zu diesem Zweck setzt er*sie seine*Ihre Beherrschung der verwendeten Sprachen sowie seine Kenntnisse der Techniken des mündlichen Übersetzens ein.“ (Übers. Z.B)

verbunden ist.

Der Verein *ISM Interprétariat* ist dabei ein zentraler Akteur. Es ist der wichtige Verein, der die Verbindung zwischen Gesundheitseinrichtungen und freiberuflichen professionellen Dolmetscher*innen herstellt. ISM deckt 185 Sprachen ab und ist in ganz Frankreich präsent. Die Organisation arbeitet – durch die Organisation von Veranstaltungen, die Veröffentlichung von Charten und die Durchführung von Foren - aktiv daran, das Recht auf Dolmetschen anzuerkennen. ISM engagiert sich für den Zugang von fremdsprachigen Migrant*innen zur Gesundheitsversorgung und verteidigt das Dolmetschen als Hebel des Respekts.

In ihrer Positionierungsnotiz 2024 formuliert ISM Empfehlungen in Form von Forderungen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene. ISM fordert die Aufnahme der Verpflichtung zum Einsatz professioneller Dolmetscher*innen bei Behandlungsmaßnahmen in das französische Gesundheitsgesetz (ISM 2024). Sie macht auf die Konsequenzen dieser fehlenden Verpflichtung in Bezug auf die Rechte der Patient*innen aufmerksam. Diese Argumente werden durch Statistiken und Erfahrungsberichte untermauert.

Darüber hinaus fordert ISM die Haute Autorité de Santé auf, eine Entscheidungshilfe für den Rückgriff auf professionelle Dolmetschleistungen zu veröffentlichen. Die Organisation dokumentiert zahlreiche Situationen, in denen der Zugang zur Versorgung nicht gewährleistet ist und konkretisiert damit die zuvor erwähnten, eher vagen Empfehlungen des Codes de la Santé Publique.

Auch wenn in dieser Hinsicht bereits Anstrengungen unternommen wurden und offizielle Empfehlungen existieren (ISO, HAS), werden die personellen und finanziellen Mittel zu ihrer Umsetzung nicht bereitgestellt. Mitunter gibt es selbst dann, wenn ein Budget vorgesehen ist, aufgrund fehlender Ausbildung des Personals und mangelnder Information oder Zeit nur wenige professionelle Dolmetscher*innen im Einsatz (ISM 2024). Je nach Region und Einrichtung zeigt sich eine große Ungleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Nachdem die Entwicklung des medizinischen Dolmetschens in Frankreich, sein rechtlicher Rahmen sowie die Rolle seiner zentralen Akteur*innen nachgezeichnet wurden, lässt sich folgende Schlussfolgerung ziehen: Trotz einer wachsenden Anerkennung des Bedarfs an Dolmetschleistungen seitens der öffentlichen Hand sind die von ISM vertretenen Ziele noch lange nicht erreicht. Professionelles Dolmetschen in französischen Krankenhäusern bleibt nach wie vor marginal, was sich – wie zuvor aufgezeigt – durch die rechtlichen Rahmenbedingungen erklären lässt. Sprachbarrieren in Gesundheitseinrichtungen werden entweder ignoriert oder durch den Einsatz nicht-professioneller Dolmetscher*innen überbrückt.

Die folgenden Kapitel widmen sich daher den spezifischen Herausforderungen des medizinischen Dolmetschens. Zum einen wird dadurch die Bedeutung einer qualifizierten

Dolmetschleistung für die Sicherstellung der Kommunikation im Behandlungsprozess hervorgehoben, zum anderen werden die Schwierigkeiten beleuchtet, mit denen nicht-professionelle Dolmetscher*innen konfrontiert sind.

2. HERAUSFORDERUNGEN DES GESUNDHEITSDOLMETSCHENS

2.1 Welche Ziele verfolgt das medizinische Dolmetschen

2.1.1 Die Kommunikation als zentraler Aspekt in der Pflege

Die Kommunikation im medizinischen Kontext zeichnet sich dadurch aus, dass sie unmittelbar mit gesundheitlichen Belangen verknüpft ist. Eine gelungene Kommunikation stellt eine unabdingbare Bedingung für eine erfolgreiche Behandlung dar (vgl. Clark 1992, 1996). Im Rahmen einer therapeutischen Beziehung ist gegenseitiges Verständnis konstitutiv für einen reibungslosen Verlauf der Therapie. Um eine adäquate Behandlung zu gewährleisten, muss der*die Ärzt*in eine präzise Diagnose stellen und eine passende Therapie vorschlagen. Hierfür dient das Anamnesegespräch. Woloshin bezeichnet das „medical interview“ daher als das „most powerful tool“ der Ärzt*innen (Woloshin 1995: 724). Auch Buser hebt die Bedeutung des Gesprächs mit Patient*innen für deren Diagnostik hervor (Buser et al. 2003, zit. nach Allaoui 2015).

In diesem Kontext trägt der*die Dolmetscher*in die Verantwortung für die mit der Kommunikation verbundenen Herausforderungen, wenn Patient*innen die Sprache der behandelnden Person nicht sprechen. Das Gesundheitsdolmetschen unterscheidet sich von anderen Formen des Dolmetschens dadurch, dass es nicht um die Vermittlung unterschiedlicher Meinungen geht, sondern um das gegenseitige Verstehen und das Wohlbefinden der Patient*innen (Angelelli 2019: 47; Hsieh 2009). Das Risiko einer durch Sprachbarrieren gestörten Kommunikation bedeutet somit die mögliche Gefährdung der Patient*innen durch Fehldiagnosen, unpassende oder nicht eingehaltene Behandlungen (Angelelli 2019:53).

Eine angemessene Diagnose entsteht durch gezielte Fragen an die Patient*innen deren Ziel es ist, eine diagnostische Hypothese zu bestätigen oder zu verwerfen (Allaoui 2015: 14). Die Frage-Antwort-Sequenz ist konstitutiv für das Gespräch zwischen Patient*innen und Ärztinnen und bildet die Grundlage für eine erfolgreiche Versorgung (Allaoui 2015: 14). Indem Patient*innen ihre Symptome äußern, ermöglichen sie der Pflegekraft, ihre Situation zu verstehen.

Mehrere Studien berichten von Unzufriedenheit seitens fremdsprachiger Patient*innen mit ihrer Behandlung, wenn die Kommunikation mit dem medizinischen Personal nicht durch Dolmetscher*innen unterstützt wird (Rivadeneyra et al. 2000; Elderkin 2001). Dabei wird der

Mangel an verbaler Kommunikation häufig als Kälte und Distanz wahrgenommen. Dies verdeutlicht das Gewicht des Gesprächs in einer therapeutischen Beziehung. Die Anwesenheit von Dolmetscher*innen innerhalb des Behandlungsprozesses erweist sich daher als unverzichtbar, da sie die Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation zwischen Patient*innen und Ärzt*innen schafft.

2.1.2 Gewährleistung der Partizipation

Gesundheitsdolmetscher*innen übernehmen nicht nur eine sprachliche, sondern auch eine Beziehungsfunktion. Die französische Soziologin Anne Vega beobachtete über mehrere Monate hinweg das Arbeitsumfeld von Pflegekräften und Pflegeassistent*innen (Vega 2000). Sie betont, dass die Förderung der Partizipation der Patient*innen am Behandlungsprozess eine zentrale Aufgabe der Pflege darstellt. Damit soll hervorgehoben werden, dass Patient*innen aktiv in ihre Versorgung eingebunden werden. Da Ärzt*innen oftmals nur wenig Zeit für ihre Patient*innen haben, fällt diese Verantwortung überwiegend den Pflegekräften zu, die in regelmäßigem Kontakt mit den Patient*innen stehen. Im Fall der Anwesenheit von Dolmetscher*innen handelt es sich hierbei um eine geteilte Verantwortung.

Für Baraldi und Gavioli liegt die Verantwortung, die Partizipation der Gesprächspartner*innen sicherzustellen, explizit bei den Dolmetscher*innen (Baraldi & Gavioli 2017). Im medizinischen Kontext stellt die Partizipation der Patient*innen eine besondere Herausforderung dar, da Ärzt*innen – beispielsweise aufgrund von Zeitmangel – häufig nicht dazu neigen, Patient*innen aktiv in die Behandlung einzubeziehen (Vega 2000). Die von Vega befragten Pflegekräfte berichten, dass viele Patient*innen ihre Krankheit nicht verstehen oder nur unzureichend über die ihnen verabreichten Behandlungen informiert sind. Zudem trägt die Partizipation ausländischer Patient*innen entscheidend zu einer fundierten Diagnose bei. Als Pöchlhammer das Krankenhauspersonal in Wien zu den Folgen von Kommunikationsproblemen mit Patient*innen befragte, wurde am häufigsten „die beschränkte Möglichkeit der Patienteninformation“ genannt (Pöchlhammer 2000: 167). Fehlende Informationen seitens der Patient*innen führen demnach zu unbegründeten oder unangemessenen Diagnosen. Die Perspektive der Patient*innen nachzuvollziehen, erweist sich somit als Voraussetzung für eine korrekte Diagnose (Stuker 1998).

Darüber hinaus spricht Davidson von einer Veränderung in der Wahrnehmung von Ärzt*innen gegenüber Patient*innen, wenn deren Partizipation nicht gewährleistet ist. Ärzt*innen gewinnen dadurch den Eindruck, dass Patient*innen weder für sich selbst sprechen noch eigenständig denken können (Davidson 2000). Infolgedessen bleibt Patient*innen der Raum

verwehrt, Fragen zu stellen oder Zweifel zu äußern. Die Schaffung optimaler Bedingungen für eine korrekte Diagnosestellung bedeutet zugleich, zeit- und kostenintensive Testreihen zu vermeiden, die andernfalls zur Identifizierung der Pathologie bei fremdsprachigen Patient*innen erforderlich wären (Elderkin 2001: 1355).

2.1.3 Gewährleistung der freien Einwilligung

Sobald die Partizipation der Patient*innen möglich und gefördert wird, ist die behandelnde Person in der Lage, die notwendigen Antworten zu erhalten, um eine passende Therapie zu finden. Manche Behandlungen oder Eingriffe sind schwerwiegend oder mit Risiken verbunden. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, die informierte Einwilligung der Patient*innen einzuholen. Ein solches Einverständnis setzt voraus, dass Patient*innen vollständige Informationen über das geplante Verfahren sowie über mögliche Komplikationen, Nutzen und Behandlungsalternativen erhalten (Kaufert, O'Neil und Koolage 1991).

Informed consent is an ethical obligation, which is fundamental to the physician patient relationship. Consent obtained across a language barrier without competent interpretation is unlikely to be truly informed.(...) Since patient autonomy is a basic principle in Western medical decision making and practice, adequate communication is a prerequisite of ethical medical practice. (Woloshin 1995: 725)

Woloschins Feststellung betont erneut die Kommunikation als unverzichtbares Instrument einer gerechten medizinischen Praxis. Der Einsatz von Dolmetscher*innen in diesem Rahmen stellt sicher, dass alle Informationen verstanden werden und somit ein informiertes Einverständnis eingeholt werden kann: „Insgesamt erhöhen sich im übersetzten ärztlichen Gespräch die Chancen für einen Konsens und damit für den Erfolg therapeutischer Bemühungen.“ (Weiss & Stuker 1999: 261).

Doch genügt es hierfür nicht, die Botschaft lediglich zu verstehen und wiederzugeben. Meyer und Bührig (2004) zeigen, dass dann, wenn ungeschulte Dolmetscher*innen (Ad-hoc-Dolmetscher*innen) eingesetzt werden, die Qualität der eingeholten Einwilligung unzuverlässig bleibt. Indem sie beispielsweise die ärztliche Formulierung „we want to“ (die Offenheit signalisiert) mit „they will do“ wiedergeben, vermitteln sie den Patient*innen in der Studie den Eindruck, keinen Einfluss auf die Entscheidung zu haben. Für Meyer und Bührig ist es entscheidend, dass Dolmetscher*innen die verwendeten Fachbegriffe korrekt wiedergeben. Gerade diese Begriffe sind jedoch häufig Gegenstand von non-renditions – entweder aus Unkenntnis oder aus dem Wunsch heraus, die Patient*innen nicht zu überfordern. Die Autor*innen betonen jedoch, dass die Übersetzung dieser Termini für das präoperative Aufklärungsgespräch unerlässlich ist:

The use of semi-professional terms at the beginning of a briefing for informed consent contributes to the purpose of this type of discourse in two ways. First and foremost, the method

is named as a whole and is therefore identifiable for the patient. This is important for the patient's orientation towards a complex plan of action, and it has legal implications as well; if the name of the procedure is unknown to the patient, it will later be more difficult to substantiate a claim. Secondly, the naming of the procedure is important for the thematic organization of the discourse. The semi-professional term anchors the sections of discourse which follow, in which the doctor expands and elaborates on the term (gastroscopy, broncoscopy, etc.). (Meyer und Bührig 2004: 52)

Es wird zudem vor einer verfälschten Einwilligung gewarnt: Patient*innen stimmen einem Eingriff oder einer Behandlung zu, ohne jedoch die Tragweite dieser Entscheidung tatsächlich zu verstehen. Dies entspricht eher einer Form der Unterwerfung als einer autonomen Entscheidung (Meyer & Bührig 2004: 57). Einmal mehr wird hier die Notwendigkeit betont, die Partizipation der Patient*innen in allen Phasen ihrer Behandlung zu fördern. Sowohl aus ethischer als auch aus medizinischer Perspektive ist es unabdingbar, Patient*innen einerseits die Möglichkeit zu geben, ihre medizinische Vorgeschichte umfassend darzustellen, und andererseits sicherzustellen, dass sie alle Aspekte und Entscheidungen im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand verstehen.

2.1.4 Gewährleistung der *Compliance*

Ebenfalls als Bestandteil einer erfolgreichen Versorgung gilt die Akzeptanz der Behandlung durch die Patient*innen, auch als *Compliance* bezeichnet, die ein zentrales Thema des medizinischen Dolmetschens darstellt. Zahlreiche Berichte schildern Fälle von Patient*innen, die den Sinn der Behandlung für ihre Gesundheit nicht verstehen, diese als Zwang erleben und sie schließlich abbrechen (Elderkin 2001; Marin et al. 2012). Bei Patient*innen, die die Sprache des Landes sprechen, sind es die Pflegekräfte, die – oder auch nicht – die Rolle übernehmen, den Patient*innen den Nutzen ihrer Behandlung zu erklären (Vega 2000: 66). Durch Wiederholung und unaufgeforderte Erklärungen achten die Pflegekräfte auf die Einhaltung der Behandlung. Es liegt im Interesse der Behandelnden, die Patient*innen davon zu überzeugen, ihre Therapie auch nach der Rückkehr nach Hause fortzuführen, um einen erneuten Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.

Für fremdsprachige Patient*innen stellt die Compliance eine zusätzliche Herausforderung dar, die sich auf der Ebene der Dolmetscher*innen wiederfindet. Erneut zeigt sich, dass der Mangel an Kommunikation zwischen Patient*innen und Ärzt*innen problematisch sein kann. Wie Angelelli hervorhebt, entwickeln Patient*innen ein besseres Verständnis für ihre Krankheit und halten sich stärker an die vorgeschlagene Behandlung, wenn sie in der Lage sind, effektiv mit den Fachkräften zu kommunizieren (Angelelli 2019: 51). Umgekehrt stellt ein Mangel an klarer Kommunikation ein wesentliches Hindernis für die Compliance dar. Die von Marin et al. (2012: 12) in Saint-Denis durchgeführte Studie verdeutlicht, dass die Sprachbarriere zu einem Defizit in diesem Bereich führt:

Die Versorgung wird als unvollständig und unbefriedigend wahrgenommen, da präzises Feedback der Patient*innen fehlt und Unklarheit über ihr Verständnis sowie ihre Beteiligung an der Behandlung besteht. Bischoff berichtet von Fällen bei Patient*innen mit Diabetes, die mangels Verständnisses der ärztlichen Anweisungen die ihnen auferlegte Selbstüberwachung nicht befolgen (Bischoff 2007). Auch Elderkin stellt einen Mangel an Compliance fest, der auf interlinguale Kommunikationsprobleme zurückzuführen ist (Elderkin 2001:1355).

Die Kommunikation im Krankenhaus ist somit von entscheidender Bedeutung für den erfolgreichen Verlauf der Patient*innenbehandlung. Dolmetscher*innen, die zwischen den Pflegekräften und den Patient*innen vermitteln, müssen sich der Gesprächssituationen und insbesondere der damit verbundenen Zielsetzungen bewusst sein. Medizinisches Dolmetschen ist unverzichtbar, da es Ärzt*innen zunächst ermöglicht, ihre Therapieentscheidungen anzupassen und unnötige Tests zu vermeiden, und den Patient*innen die Möglichkeit gibt, aktiv an ihrer Behandlung mitzuwirken. Dadurch können Patient*innen nicht nur eine informierte Einwilligung geben, sondern sind auch eher in der Lage, die vorgeschlagene Behandlung zu akzeptieren.

In dieser spezifischen Kommunikationssituation, die ihre eigenen Herausforderungen mit sich bringt, müssen Dolmetscher*innen mehrere Funktionen erfüllen – teils gleichzeitig, teils nacheinander. Mit diesen Funktionen sind bestimmte Rollenverständnisse verbunden, die im folgenden Abschnitt näher untersucht werden.

2.2 Rollenverständnisse von Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich Zwischen den institutionellen Anforderungen und dem Wohlbefinden der Patient*innen

Im Laufe der Jahre wurden verschiedene Rollenkonzepte erarbeitet, die jeweils ein bestimmtes Verständnis des Dolmetschens repräsentieren und somit unterschiedliche Erwartungen und Verhaltensmuster an die Dolmetschtätigkeit stellen. So war früher eine begrenzte Auffassung der*des Dolmetscher*in als reinem Sprachkanal („Conduit“) die Regel (Davidson 2000: 381). Gemäß dem Conduit-Modell sollten Dolmetscher*innen möglichst neutral bleiben und primär als Sprachvermittler*innen handeln, deren Aufgaben sich auf die Übermittlung von Inhalten von einer Sprache in die andere beschränkten (Angelelli 2019: 150). Bemerkenswert ist jedoch die erhebliche Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung und der Realität der Aufgaben von Dolmetscher*innen. Ein Großteil der alltäglichen Aufgaben von Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich bleibt unsichtbar, was zur Unklarheit bezüglich der Rollenerwartungen führt (Davidson 2000). In Anbetracht der Komplexität der Rolle der Gesundheitsdolmetscher*innen werden nun die verschiedenen Rollenkonzepte analysiert und deren Verstrickungen diskutiert.

Die Auffassung der Dolmetscherrolle als reinem Sprachkanal entspricht vor allem den Vorgaben von Berufsorganisationen und Ethikkodizes, deren Verständnis der Dolmetschtätigkeit oft einem Idealbild gleicht, das die Komplexität des Kontexts nicht ausreichend berücksichtigt. Es gilt zu betonen, dass in einem sich stets verändernden beruflichen Kontext wie dem Gesundheitsbereich, die Rollenverständnisse der Dolmetscher*innen stark kontextabhängig sein können und sich in stetiger Veränderung befinden (Angelelli 2019: 149; Pöchhacker 2000). Die Rolle vom GD sollte daher unbedingt als ein Kontinuum verstanden werden (Bischoff 2001; zit. nach Allaoui 2015).

In diesem Kontext ist das Verständnis der Dolmetscher*innen im Gespräch als Teilnehmer*innen einer Interaktion hervorzuheben (Wadensjö 1998). Die Konzeptualisierung Wadensjös sieht die Dolmetschleistung aus einer dialogischen Perspektive. Dabei handelt es sich um eine Auffassung des Gesprächs als Aktivität und nicht mehr als Text (1998: 21). Wadensjö versteht den Prozess des Dolmetschens als situativ sinnstiftend (*situated sense making*) (1998: 22). Die Verdolmetschung erfolgt innerhalb eines „triadisches“ Interaktionsprozesses (1998: 11). Viele Verstrickungen für die Rolle der Dolmetschenden lassen sich daraus ableiten. Indem das Gesagte als Aktivität betrachtet wird, agieren Dolmetscher*innen nicht mehr als Übersetzer*innen eines Inhalts bzw. eines Textes (1998: 22), sondern vielmehr als Mitgestaltende eines Interaktionsprozesses. Claudia Angelelli greift Wadensjös Theorie auf und entwickelt ein Modell, in dem die Dolmetschung Teil einer Interaktion ist, in die wesentliche kontextuelle Elemente einfließen (Abb. 1).

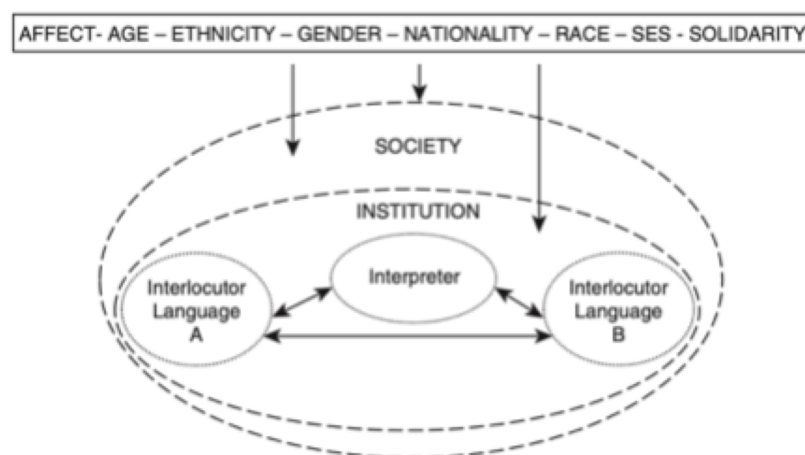


Abb. 1: Der*die sichtbare dolmetscher*in, der*die selbstwirksamkeit ausübt¹⁵ (Angelelli 2019: 152)

¹⁵ Originaltitel: „The visible interpreter who exercises agency“ (Angelelli 2019: 152) (Übers. im Fließtext: Z.B)

Angelellis Modell beruht auf der Annahme, dass für das vollständige Verständnis des Dolmetschkontextes alle einbezogenen Elemente berücksichtigt werden müssen. Dazu zählen der Hintergrund der Teilnehmer*innen (Dolmetschende, Pflegepersonal und Patient*innen) – wie beispielsweise das Alter, Geschlecht, Herkunft, Ethnizität und ökonomische Lage –, der Kontext, in dem das Gespräch stattfindet (die Institution), sowie die Gesellschaft, zu der die Institution gehört (Angelelli 2019: 152).

Auf dieser Grundlage plädiert Claudia Angelelli gegen eine dichotomische Auffassung der Rolle (neutrale sprachliche Vermittlung vs. dritte Gesprächspartner*in) und spricht stattdessen von der „facettenreichen Rolle“ der Dolmetscher*innen (multifaceted role) (2019: 161). Sie unterscheidet zwischen mehreren Stufen der Beteiligung und betont dabei die Notwendigkeit einer stetigen Kontextualisierung der Dolmetschtätigkeit. In diesem Zusammenhang greift die Autorin gängige Metaphern des Dolmetschens auf. Damit will Angelelli die Rollenvielfalt des GDs veranschaulichen: Bridge, Multipurpose Bridge, Detective, Diamond Connoisseur, Mine Digger, Voice Machine, Robot (2019: 162). Die von Angelelli aufgegriffenen vielseitigen Rollenverständnisse des Dolmetschens sind unter verschiedenen Namen und Auffassungen in der Literatur zu finden.

Autor*innen, die sich mit der Frage nach den Rollen der GDs befassen haben, versuchten, anhand der Praxis zu definieren, welche Rolle GDs je nach Kontext einnehmen und welche Konsequenzen dies für das Gespräch zwischen Ärzt*in und Patient*in haben könnte. Nun werden Rollenkonzepte und empirische Studien dargelegt, die eine relevante Grundlage für die weitere Diskussion über das Rollenverständnis der GDs in der Praxis bilden. Im Anschluss wird besonders auf die Risiken bestimmter Rollenentscheidungen für die Behandlung eingegangen.

In einer Studie aus dem Jahr 1999 entwickeln Weiss & Stuker eine erste Typologie von Dolmetscherrollen, die auf der Kommunikation mit Dolmetscher*innen bei der Behandlung von fremdsprachigen Patient*innen in der Schweiz basiert. Vier Rollentypen werden folgendermaßen dargestellt: wortwörtliche Übersetzung, kulturelle Vermittlung, Patient*innen-Fürsprache und Co-Therapie (Weiss und Stucker 1999: 258). Diese Kategorien entsprechen vier unterschiedlichen Verständnissen einer Kommunikationssituation. Die erste Rolle (Wortwörtliche Übersetzung) spiegelt die Vorstellung des Gesprächs als Text (im Sinne Wadensjös 1998) wider. Hierbei wird das Dolmetschen als reiner Prozess der Wiedergabe eines Inhalts von der Ausgangssprache in die Zielsprache verstanden. Die Rolle der kulturellen Vermittlung begreift das Gespräch als interkulturelles Ereignis, bei dem kulturelle Unterschiede erklärt bzw. vermittelt werden müssen. Die Rolle der Patient*innen-Fürsprache erinnert an Angelellis Modell, das das Gespräch als Teil eines institutionellen Rahmens betrachtet, in dem es gilt, die Interessen der Patient*innen zu vertreten. Die Co-Therapie appelliert zuletzt an den therapeutischen Teil der Beziehung zwischen

Ärzt*innen und Patient*innen, der darauf abzielt, eine Diagnose aufzustellen und die entsprechende Behandlung zu finden. Diese vier Rollen verfolgen unterschiedliche Absichten und können kombiniert auftreten.

Basierend auf seinen empirischen Forschungen im Bereich der Pädiatrie arbeitet Yvan Leanza vier Typen von Agenten heraus, denen jeweils spezifische Rollen zugeordnet werden (Leanza 2005). Die folgende Typologie resultiert aus der Analyse der Ergebnisse verschiedener Datenerhebungsmethoden: einerseits Interviews mit jeweils acht Kinderärzt*innen und vier Dolmetscher*innen (Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung durch den Gesundheitsanbieter); andererseits die Analyse von Videoaufnahmen von 21 Beratungsstunden (Inhaltsanalyse der Praxis). Auf Grundlage dieser Daten entstehen die folgenden Kategorien:

System agent Bilingual Professional Monolingual Professional	Integration agent Welcoming Support - Follow up
Community interpreter	
Community agent Cultural Informant Culture Broker Advocate	Linguistic agent Translator (±Active)

Abb. 2: Rolle des Kommundolmetschers basierend auf seinem Verhältnis zu kulturellen Unterschieden¹⁶ (Leanza 2005: 186)

Leanzas Analysen der Videoaufnahmen zeigen, dass 90% der Äußerungen in die linguistische Kategorie fallen. Diese entspricht einer allgemeinen Vorstellung des Dolmetschens, die zu Beginn dieses Kapitels erwähnt wurde. Die anderen Tätigkeiten (vor allem die des Integration Agent) finden vor und nach der Besprechung statt. Die verbleibenden 10% der Äußerungen lassen sich den Rollen des Bilingual Professional, Monolingual Professional oder Cultural Informant zuordnen, wobei 8% eine Position im Sinne der Institution widerspiegeln, die in die Kategorie des System Agent eingeordnet werden kann (Leanza 2005). Die zuletzt genannten Rollen dienen in erster Linie den Interessen der Institution, da die kulturelle Vermittlung ausschließlich in der Richtung Arzt*in → Patient*in erfolgt. Nach Leanza agieren Dolmetscher*innen überwiegend als *system agents*, also im Sinne der Institution und nicht der Patient*innen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass die Dolmetscher*innen in dieser Studie Festangestellte in der Einrichtung sind.

Die Position des*der Dolmetschenden kann sich bewusst oder unbewusst den Interessen des*der dominanten Gesprächspartner*in – in diesem Fall der Gesundheitsinstitution – anpassen (vgl. Leanza 2005; Davidson 2000). Diese These wird durch Hsiehs Studie zur Rollen-Selbstwahrnehmung von 26 ausgebildeten Dolmetscher*innen gestützt (Hsieh 2008). Obwohl dies nicht Teil ihrer Ausbildung ist, sorgen die Dolmetscher*innen des untersuchten Krankenhauses

¹⁶ Originaltitel: „Community interpreter’s roles according to their relation to cultural difference“ (Leanza 2005: 186) (Übers. im Fließtext: Z.B)

dafür, dass die Ziele der Institution verfolgt werden (2008: 1382). Dazu zählen das Einhalten zeitlicher Vorgaben, die Bewahrung der Wissensautorität der Fachkräfte, selbst wenn diese hinterfragt werden könnten, sowie die Erfüllung weiterer Aufgaben im Sinne eines reibungslosen Betriebs der Einrichtung (Hsieh 2008; Davidson 2000). In den genannten Studien agieren Dolmetscher*innen als Alliierte der Institution. Dies wird verstärkt, wenn sie von der Institution angestellt werden (Davidson 2000). Für Davidson und Leanza wird das Ziel der Kommunikation nicht erreicht, wenn HIs gewisse Rollen einnehmen und dadurch den Weg zu einer erfolgreichen Diagnose erschweren (Davidson 2000; Leanza 2005). Vor allem spielt für Davidson der zeitliche Faktor eine zentrale Rolle (Davidson 2000). Auch wenn es nicht explizit erwähnt wird, herrscht unter den befragten Dolmetscher*innen implizit die Annahme, dass Ärzt*innen so schnell wie möglich zu dem nächsten Termin weiter müssen und damit keine Zeit mit „Unnötigem“ verlieren können. Dies führt dazu, dass sie öfters aus der Dolmetschrolle heraustreten und eine co-therapeutische Rolle einnehmen, indem sie zum Beispiel ein Vorgespräch mit Patient*innen über ihre Beschwerden führen (Co-Interviewer). Dies kann aufgrund der mangelnden Fachkenntnisse zur Fehldiagnose führen. Für Davidson erbringen in diesem Fall die Dolmetscher*innen einen „good job at bad task“ (2000: 401). Damit ist gemeint, dass seitens der Institution bzw. des Gesundheitspersonals die Erwartung bestehe, Zeit zu sparen und die Gespräche dementsprechend kurz zu halten.

Franz Pöchhacker stellt in seiner empirischen Studie in Wiener Krankenhäusern diese Annahme stark in Frage. Anhand eines Fragebogens stellte der Autor an 629 Mitarbeiter*innen von Krankenhäusern und Jugendämtern und 16 Dolmetscher*innen die Frage: „Welche Anforderungen sollten Ihrer Meinung nach Personen erfüllen, die eine problemlose Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen ermöglichen sollen?“ (Pöchhacker 2000: 244). Auf die Frage, ob „die Aufgabe von Dolmetscher*innen das 'Weglassen von nebensächlichen Aussagen zur Vermeidung von Zeitverlust' umfasst“ (2000: 253) stimmen nur ein Drittel der Nutzer*innen und 44% der Dolmetschenden der Äußerung zu. Diese Ergebnisse zeigen, dass Non-Renditions¹⁷ von Dolmetscher*innen, die auf der Annahme beruhen, dass unter zeitlichem Druck lediglich die Essenz des Diskurses vermittelt werden müsse, auf keine Erwartung der Betroffenen beruhen. Zudem handelt es sich dabei um eine subjektive Einschätzung davon, was für die Diagnose relevant ist und was nicht. Dies kann zu einer Vielzahl von Fehldiagnosen führen. Auch Davidson illustriert diese Gefahr mit einer quantitativen Studie. In den meisten von ihm analysierten Fällen erhalten fremdsprachige Patient*innen entweder gar keine Diagnose oder keine nachfolgende Behandlung (Davidson 2000: 392). Davidson verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „Information

¹⁷ “A 'non-rendition' is a 'text' which is analysable as an interpreter's initiative or response which does not correspond (as translation) to a prior 'original' utterance.” (Wadensjö 1998: 108)

Gatekeeper“ (Davidson 2000). Im Interesse der Zeitersparnis behält die dolmetschende Person Informationen vor, was auf Kosten der Ethik und der Neutralität geschieht.

Ein weiteres Risiko von wiederholten Non-Renditions ist der Rückzug von Patient*innen aus dem Gespräch (vgl. Baraldi and Gavioli 2017; Davidson 2000; Wadensjö 1998). Wenn Dolmetscher*innen stets eine aktive Rolle im Gespräch einnehmen, sei es als bilingual/monolingual professional, als Co-Interviewer*in oder als Co-Therapeut*in fehlen Patient*innen Möglichkeiten zu interagieren (Wadensjö 1998). Darüber hinaus spricht Davidson von einer Änderung in der Ärzt*innen-Wahrnehmung gegenüber ihren Patient*innen. Ärzt*innen gewinnen den Eindruck, dass Patient*innen nicht für sich selbst sprechen können und dementsprechend nicht denken können (Davidson 2000). Oft ist dies ein entscheidender Faktor für eine gescheiterte Behandlung (siehe 2.1). Da Patient*innen, die auf Dolmetschung angewiesen sind, nicht nur über kein medizinisches Wissen verfügen, sondern auch unzureichende Informationen bzw. Begründungen zur Diagnose erhalten, fällt es ihnen schwer, dieser zu vertrauen. In einem Fall – wie zuvor erwähnt –, in dem die Dolmetscherin durch Non-Renditions entscheidet, was aus Sicht der Ärzt*innen relevant ist und was nicht, werden Äußerungen, die keine direkten Antworten auf Fragen enthalten, nicht an Ärzt*innen weitergegeben. Infolgedessen erhalten Patient*innen keinen Raum, um Fragen oder Zweifel zu äußern.

Auch die Interaktion im Sinne Wadensjös, die ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen zwei Gesprächspartner*innen ist, wird bei einer hohen Beteiligung der dolmetschenden Person am Gespräch nicht mehr gewährleistet. In den Teilen, wo der*die Dolmetscher*in als bilingual professional fungiert, erfolgt das Gespräch nur noch dyadisch – nämlich zwischen Ärzt*innen und Dolmetschenden. Der*die Patient*in nimmt nicht mehr aktiv an der Kommunikation teil. Wenn Teile oder sogar das gesamte Gespräch ausschließlich zwischen Ärzt*innen und Dolmetscher*innen stattfinden und das Gesagte erst anschließend an die Patient*innen weitergegeben wird, handelt es sich nicht mehr um ein vermitteltes Gespräch (Wadensjö 1998).

Die angeführten Beispiele sind insofern bemerkenswert, als sie die Rolle des System Agent nach Leanza veranschaulichen (Leanza 2005). Diese sei aufgrund der hierarchischen Position der Institution unabdingbar und Sorge dafür, dass das Ziel der Kommunikation nicht erreicht werden könne:

Evidently, the only roles the interpreter can play outside the health-related ones are those that do not pose a challenge to the physicians' power and position. This means, however, that interpreters are not able to help build a two-way bridge of communication between the physician and patient. (Leanza 2005: 185)

In dem oben angeführten Zitat weist Leanza auf die Rollen hin, die zur Kategorie des Community Agents gehören: Cultural Informant, Cultural Broker und Advocate (siehe Abb. 2). Das verwendete

Bild der *two-way bridge* erinnert an die von Angelelli wiedergegebenen Metaphern der Bridge und der *multipurpose* Bridge (Angelelli 2019: 162). Im Zusammenhang mit der Vorstellung der Dolmetschenden als Brücke geht die Funktion der interkulturellen Vermittlung einher. Um eine vollständige, geeignete und zielführende Behandlung zu erreichen, muss der*die Patient*in als ein Ganzes betrachtet werden. Er*sie muss sich gehört und wahrgenommen fühlen (Leanza 2005).

Baraldi und Gavioli vertreten den Standpunkt, dass das Miteinbeziehen von kulturellen Unterschieden die Beteiligung des*der Patient*in an der Kommunikation bedingt (Baraldi und Gavioli 2017). In manchen Einrichtungen in Italien werden sogenannte interkulturelle Vermittler*innen den Dolmetscher*innen sogar bevorzugt. Diese Situation lässt sich durch die Annahme begründen, dass das Vermitteln von kulturellen Unterschieden wichtiger als das Dolmetschen im Sinne einer Übersetzung sei. Das spiegelt eine Position zugunsten der Patient*innen wider, im Gegensatz zu der bisher mehrheitlich vertretenen Position der Dolmetschenden als System Agent. Dem Fokus auf eine kultursensible bzw. transkulturelle Pflege (Harold 2013) liegt die Annahme zugrunde, dass das Wohlbefinden von Patient*innen von der Wahrnehmung ihrer kulturellen Prägung bedingt ist.

Kritiker*innen dieses Ansatzes vertreten die These, dass der Fokus auf interkulturelle Vermittlung die Bedeutung der Dolmetschung herabsetze. Tebble stellt beispielsweise die Frage, ob die interkulturelle Vermittlung eine Art der Interferenz im Diskurs darstellen kann (Tebble 2012). Allerdings betont Ian Mason die Bedeutung der kulturellen Kontextualisierung einer Äußerung als unabdingbar zum vollständigen Verständnis dieses von allen Gesprächsteilnehmer*innen (Mason 2006). Auch Baraldi und Gaviolis Forschung geht von der Frage aus, ob interkulturelle Vermittlung über das Dolmetschen hinaus ginge (Baraldi und Gavioli 2017: 84). Die Ergebnisse der Studie weisen auf zwei Arten von interkultureller Vermittlung hin: *intercultural adaptation* und *cultural essentialism* (2017: 101). Einerseits wird im ersten Fall der kulturelle Unterschied als Bereicherung für den Diskurs wahrgenommen. Bereicherung bedeutet in diesem Kontext eine Chance für Ärzt*innen, die Patient*innen besser kennenzulernen und dementsprechend eine bessere Diagnose zu erstellen. Umgekehrt bedeutet es auch für Patient*innen einen besseren Zugang zur Diagnose zu bekommen, indem mögliche auftretende kulturelle Unterschiede diesbezüglich angesprochen werden. Andererseits wird im zweiten Fall nicht gezielt auf den kulturellen Unterschied eingegangen. Dieser wird als Norm gesehen (2017: 98). Somit entsteht ein Hindernis für die Gesprächsbeteiligung und kulturelle Prägungen werden nicht mehr als wertvolle Informationen, sondern als normative Stereotype behandelt (2017: 101).

Außerdem erfolgt die Konstruktion von Bedeutung durch das vermittelte Gespräch, indem kulturelle Prägungen angesprochen werden. Dies findet im Laufe der Koordination statt. Die interkulturelle Vermittlung ist dementsprechend als Teil der situativen Sinnstiftung und als

Koordinationsfähigkeit zu verstehen (Wadensjö 1998). Damit interkulturelle Unterschiede von Gesprächspartner*innen verstanden werden, reicht oft nicht eine direkte Übersetzung dieser, sondern es benötigt eine Erläuterung, welche im Sinne Wadensjös als *expanded rendition* bezeichnet werden kann (1998: 107). In diesem Kontext können dyadische Sequenzen *zwecks* der Kontextualisierung erfolgen. Dies kann sowohl in der Richtung Patient*in hin zur Ärzt*in stattfinden, als auch umgekehrt (Baraldi und Gavioli 2017).

Aus den dargelegten Beobachtungen lässt sich abschließend festhalten, dass die Annäherung der Dolmetschenden an die Rolle eines Community Agents anstelle eines System Agents zur vollständigen Wahrnehmung des*der Patient*in im Sinne einer angemessenen Behandlung besser geeignet zu sein scheint. Die Durchführung interkultureller Vermittlung – sei es durch interkulturelle Vermittler*innen oder durch Dolmetscher*innen im Rahmen ihres Aufgabenbereichs – erweist sich insbesondere durch die Schaffung von mehr Raum für Patient*innen in der Interaktion als bedeutsam. Dies führt zu einer größeren Autonomie fremdsprachiger Patienten*innen und damit zu einer stärkeren Beteiligung am Gespräch. So fassen dies Baraldi und Gavioli zusammen:

Promotion of patients participation is given priority with respect to knowledge and “understanding” of their cultural attributions, and this is what, in fact, allows for intercultural communication to be achieved effectively. (2017: 103)

Die in diesem Kapitel dargestellten Diskussionen haben die Komplexität und Vielschichtigkeit der Rollen von Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen aufgezeigt und die unterschiedlichen Implikationen verdeutlicht, die sich daraus für die Behandlung der Patient*innen ergeben können. Dabei werden die Herausforderungen der Gesundheitsdolmetschung sichtbar – unabhängig davon, ob sie professionell oder nicht-professionell erfolgt. Entscheidungen über Renditions oder Non-Renditions sowie die situativen Handlungen der Dolmetscher*innen stellen zentrale Schwierigkeiten dieser Praxis dar. Im Folgenden wird die zeitliche Dimension der Behandlung im Krankenhaus und ihr Zusammenhang mit dem Dolmetschen näher beleuchtet.

2.3 Die Momente der Kommunikation im Krankenhaus

Die Versorgung von Patient*innen vom Zeitpunkt ihrer Aufnahme bis zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus umfasst unterschiedliche Phasen, in denen sich die kommunikative Situation unterscheidet. Jeder Moment der Kommunikation Pflegekraft-Patient*in verfolgt ein bestimmtes Ziel und ist somit für die Versorgung nützlich, auch wenn er zunächst nebensächlich erscheinen mag. Jede Interaktion erfüllt eine Funktion im Behandlungsverlauf:

Medical interpretation is necessary for a variety of health-related activities, ranging from clinical encounters to institutional processes such as registration, appointments,

pharmacy, and medical records. When practitioners converse with patients, there is a constant shifting of emphasis between data gathering, problem solving, therapy, and education. (Putsch 1985: 3345)

Putsch hebt hervor, dass für jede dieser Aktivitäten die Anwesenheit von Dolmetscher*innen notwendig ist. In Notfallsituationen ist es jedoch häufig unmöglich, Dolmetscher*innen beizuziehen. Andere Situationen werden nicht als dolmetschrelevant betrachtet. Er verweist zudem auf die wechselnde Funktion der Pflegekraft, je nach dem Ziel, das verfolgt wird. Sie müssen flexibel sein und die Kommunikationssituation anpassen – je nachdem, ob es darum geht, Daten zu erheben, eine Behandlung zu erklären oder den Zustand der Patient*innen zu erfragen. Abhängig von der Situation und dem angestrebten Ziel muss entschieden werden, ob eine Dolmetscher*in hinzugezogen werden soll oder nicht.

Bei der Aufnahme der Patient*innen, wenn es darum geht, ihren Krankheitsverlauf sowie alle relevanten Informationen zu Identität und Gesundheitszustand zu erfassen, ist der Einsatz von Dolmetscher*innen unverzichtbar. In dieser Phase der Versorgung müssen Patient*innen uneingeschränkt die Möglichkeit zur freien Äußerung haben. Für das medizinische Personal ist es entscheidend, Zugang zu möglichst umfassenden Informationen zu erhalten. Wenn Patient*innen über die vorgegebenen Fragen hinaus berichten können, erschließen sich für die Pflegekraft wertvolle Ressourcen für die Behandlung (Stivers & Heritage 2001). Dies ist nur möglich, wenn Dolmetscher*innen den Patient*innen erlauben, sich frei in ihrer Muttersprache auszudrücken. Andernfalls beschränkt sich das medizinische Personal auf das Ausfüllen eines Fragebogens, der die Antworten der Patient*innen in ein vorab festgelegtes Schema zwingt.

Die verschiedenen Momente der Interaktion verteilen sich in unregelmäßigen Abständen über den gesamten Behandlungsprozess. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, die Anwesenheit von Dolmetscher*innen zu organisieren. Oft liegt die Verantwortung bei den behandelnden Kräften, zu entscheiden, ob Dolmetschleistungen notwendig sind. Einige Situationen lassen sich im Voraus planen, wie z.B. eine klinische Untersuchung. Bei der Vereinbarung eines Arzttermins oder einer Untersuchung richtet sich die zentrale Information vom medizinischen Personal an die Patient*innen. Diese müssen die Information verstehen. In diesem Fall ist es möglich, im Vorfeld einen Termin zu vereinbaren und die Anwesenheit von Dolmetscher*innen sicherzustellen (Bischoff 2013: 349). Wenn es sich hingegen um eine ungeplante Situation handelt – wie eine Komplikation oder einen Notfall –, sieht Bischoff die bilinguale Pflegekraft als adäquate Notlösung, vorausgesetzt, sie haben eine kurze Schulung im Dolmetschen absolviert. Das entscheidende Kriterium für den Einsatz von Dolmetscher*innen bleibt die Planbarkeit:

Einige Gespräche und Abläufe sind im Voraus planbar. Dies ist der Fall bei Behandlungen, die nach einem gewissen Schema verlaufen, oder bei Gesprächen, deren Termin frei festsetzbar ist,

wie z.B. bei einem Austrittsgespräch. Auch die Termine im ambulanten Bereich sind meist im Voraus vereinbart. Anders sieht es aus bei Komplikationen und Notfällen. Sie treten spontan auf und verlangen oft eine sofortige Reaktion. Damit die Angst des Patienten nicht unnötig wächst, muss ihm das Vorgehen und die Gründe dafür erklärt werden. Das Herbeirufen einer dolmetschenden Pflegenden bietet sich hierfür an. (2007: 349)

Für Bischoff ist die Entscheidung des medizinischen Personals entscheidend, da sie den erfolgreichen Verlauf der Kommunikation maßgeblich beeinflusst. Oft ist das Personal unzureichend über die Kommunikation mit Patient*innen ohne Sprachkenntnisse informiert und muss außerdem Zeitvorgaben einhalten und zahlreiche Aufgaben erfüllen. Zu diesem Zweck schlägt Bischoff eine Liste einfacher Kriterien vor, die eine Einschätzung erlauben, in welchen Situationen professionelle Dolmetscher*innen erforderlich sind und in welchen Situationen eine zuvor geschulte bilinguale Pflegekräfte ausreichend ist.

Abwägen von Kriterien bezüglich interner oder externe Dolmetschender		
Kriterium	Einschätzung der Fachperson	
Dringlichkeit	hoch	gering
Planbarkeit	leicht	erschwert
Dauer	kurz	lang
Komplexität	tief, konkret	hoch, abstrakt
Tragweite/Konsequenz für Patient	gering	hoch
Verfügbarkeit der dolmetschenden Person	kurzfristig	mittelfristig
Emotionalität	tief	hoch
Kulturelle und religiöse Aspekte	wenige	viele
Nachfolgetermin	nicht vorgegeben	vorgesehen
	↓	↓
	interne, geschulte dolmetschende Pflegende	externe professionelle Dolmetscherin

Abb. 3: Abwägen von Kriterien bezüglich interner oder externe Dolmetschender (Bischoff 2007: 349)

Abseits der planbaren Interaktionen spielt die informelle Kommunikation zwischen Patient*innen und Pflegekräften eine zentrale Rolle im Krankenhaus. Dennoch wird sie in der Dolmetschforschung kaum thematisiert. Nur selten bieten Einrichtungen die ständige Präsenz von Dolmetscher*innen an. Selbst bei einem internen Dolmetschdienst ist es aufgrund der Patient*innenzahl unmöglich, Dolmetscher*innen jederzeit auf Abruf bereitzustellen. Sie können nicht permanent an der Seite der Patient*innen sein. Da Pflegekräfte informelle Gespräche nicht als relevante Informationsvermittlung betrachten, werden in diesen Situationen keine Dolmetscher*innen hinzugezogen.

Allerdings ist der Alltag von Patient*innen im Krankenhaus von informellen Interaktionen mit dem Pflegepersonal geprägt, die von Bedeutung sind. In solchen Fällen übernehmen oft Familienangehörige, sofern anwesend, die Rolle der Sprachmittlung. Es stellt sich daher die Frage,

welche Konsequenzen das Fehlen von Dolmetscher*innen in solchen Momenten für die gesamte Patient*innen-Betreuer*innen-Beziehung hat. Informelle Gespräche sind ein konstitutiver Bestandteil der Beziehung zu den Patient*innen. Sie tragen dazu bei, Patient*innen in ihren Behandlungsverlauf einzubeziehen, wie bereits weiter oben ausgeführt. Solche informellen Kommunikationssituationen sind somit auch Teil der Ermöglichung von informierter Einwilligung und Compliance, bei denen Dolmetscher*innen eine zentrale Rolle spielen (siehe 2.1). Es ist daher interessant zu untersuchen, welche Folgen das Fehlen solcher Interaktionen aufgrund von Sprachbarrieren für die gesamte Beziehung zwischen Patient*innen und Betreuer*innen hat.

In einigen Fällen können informelle Gespräche außerhalb der Institution in einer dyadischen Interaktion zwischen Dolmetscher*in und Patient*in stattfinden (Angelelli 2019: 154). Diese Gespräche ermöglichen es, das Fehlen von Dolmetscher*innen im Alltag teilweise auszugleichen. Häufig werden Informationen zwischen Pflegekräften und Patient*innen in einem Gespräch nachträglich vermittelt. Patient*innen nutzen die Anwesenheit von Dolmetscher*innen, um Fragen zu stellen, die sich im Laufe der letzten Tage angesammelt haben. Auf diese Weise gelingt es Dolmetscher*innen zumindest teilweise, die Defizite in der alltäglichen Kommunikation auszugleichen.

2.4 Das Dolmetschen sensibler Themen

Dolmetscher*innen können in heikle Situationen eingebunden werden, wie etwa bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht. Ada Luz Duque schildert in der Ich-Form ihre Erfahrung als Dolmetscherin bei der Übermittlung einer Diagnose:

Souvent, on oublie que l'interprète est le premier auditeur, qu'il retranscrit toujours en double et que cette place d'intermédiaire n'est pas simple, car finalement, il porte à tour de rôle – au sens littéral et imagé – les « mots » de chacun. Les phrases que les praticiens nous demandent couramment de traduire, notamment afin d'annoncer le diagnostic à leur patient à leur place, illustrent bien cette difficulté. Je citerai un professionnel de santé qui a dit à une collègue interprète : « Dites-lui qu'il aura plusieurs opérations et qu'il me semble difficile qu'il s'en sorte, en attendant je vais aller prendre un café. »¹⁸ (Duque 2020: 117)

Die von Duque geschilderte Situation verdeutlicht die Rolle, die Dolmetscher*innen in Momenten einnehmen, in denen die übermittelte Botschaft besonders sensibel ist. Sie sind diejenige, die das Gewicht der Information tragen müssen. Es ist in solchen Fällen schwierig, unbeteiligt zu bleiben und die Rolle der bloßen sprachlichen Conduit einzuhalten (Duque et al. 2015: 73).

¹⁸ “Oft vergisst man, dass der*die Dolmetscher*in der erste Zuhörer ist, dass er*sie stets alles doppelt wiedergibt und dass diese Zwischenposition keineswegs einfach ist, da er*sie letztlich abwechselnd – im wörtlichen wie im übertragenen Sinn – die „Worte“ aller Beteiligten trägt. Die Sätze, die die Ärzt*innen uns regelmäßig zu übersetzen bitten, insbesondere wenn es darum geht, an ihrer Stelle die Diagnose an die Patient*innen zu übermitteln, veranschaulichen diese Schwierigkeit deutlich. So berichtete eine Gesundheitsfachperson eine meiner Dolmetscherkolleg*in: «Sagen Sie ihm, dass er mehrere Operationen haben wird und dass es mir schwierig erscheint, dass er danach noch lebt; in der Zwischenzeit gehe ich einen Kaffee trinken.» (Übers. Z.B)

Außerdem dient das Kriterium „Emotionalität“ der Bestimmung der Notwendigkeit von professionellen Dolmetscher:innen. Wird diese als „hoch“ eingeschätzt, empfiehlt Bischoff (2007: 349), eine*n professionelle*n Dolmetscher*in hinzuzuziehen. Nach Bischoff sind professionelle Dolmetscher*innen besser in der Lage, mit einer inhaltlich besonders belastenden Interaktion umzugehen. Diese Sichtweise korrespondiert mit der Analyse von Gavioli, die einen wiederkehrenden Mechanismus beschreibt: In kritischen oder besonders wichtigen Gesprächssituationen werden Dolmetscher*innen aufgefordert, selbst zu „erklären“, worum es geht (Gavioli 2015: 170). Gavioli betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer freien Positionierung der Dolmetscher*innen angesichts solcher Aufforderungen zur Erklärung:

From the point of view of interpreter ethics, this is important, as it suggests that the “interpreter’s dilemma” should no longer be framed in terms of whether interpreters/mediators should explain or expand e.g. delicate issues in their own terms, but rather in terms of how far they should or could accept or decline invitations to deal with such issues. (Gavioli 2015: 178)

Manche heiklen Themen werden sogar implizit formuliert. Häufig erfolgt die Mitteilung schlechter Nachrichten nämlich auf indirekte Weise. Es gilt, zwischen den Zeilen zu lesen, also zu verstehen, was nicht explizit gesagt wird (Marin et al. 2012: 13). Doch wie soll das Unsagbare übersetzt werden? Duque berichtet:

J’avais saisi, grâce au contexte de son histoire, l’intonation et d’autres détails du récit, qu’il s’agissait d’une agression. Cependant, je me devais de traduire ce qu’elle avait dit. Comment relater ce qu’elle-même ne pouvait nommer ?¹⁹ (Duque, 2020: 117)

Auch hier liegt die Verantwortung bei den Dolmetscher*innen. Generell zeigt sich, dass viele Aufgaben in die Verantwortung der Dolmetscherinnen fallen, die ohne deren Anwesenheit in die Zuständigkeit der Pflegekraft gehören würden. Doch wie verhält es sich, wenn die dolmetschende Person zugleich die Pflegekraft ist? Wie werden die Aufgaben dann verteilt?

In diesem Kapitel wurden die Konturen des Dolmetschens im Krankenhausumfeld skizziert: seine Implikationen für die Versorgung, die von Dolmetscher*innen übernommenen Rollen, die Bedeutung der Sprachmittlung im Rahmen der Behandlung sowie die Wahlen, mit denen die Gesundheitsakteur*innen konfrontiert sind. Nachdem nun ein Überblick über die besonderen Anforderungen des Dolmetschens im Krankenhaus geschaffen wurde, wird eine weitere wesentliche Dimension in den Fokus gerückt: der Art und Weise, wie nicht-professionelle Dolmetscher*innen in diesem Kontext tätig werden. Hier werden die Spezifika ihrer Rolle, die

¹⁹ “Aus dem Kontext ihrer Geschichte, ihrer Intonation und anderen Details der Erzählung hatte ich verstanden, dass es sich um einen Übergriff handelte. Dennoch musste ich übersetzen, was sie gesagt hatte. Wie sollte ich etwas wiedergeben, das sie selbst nicht benennen konnte?” (Übers. Z.B)

Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind, sowie die Herausforderungen beschrieben, die ihre Teilnahme am Behandlungsprozess aufwirft.

3. WENN PFLEGER*INNEN DOLMTESCHEN MÜSSEN

3.1 Ad-hoc Dolmetscher*innen

Alle bisher erwähnten Studien stellen das professionelle Dolmetschen als die optimale Lösung für die Behandlung fremdsprachiger Patient*innen dar. Mehrere Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass die ideale Lösung ein interner Dolmetschdienst wäre (Pöchhacker 2000). Die Situation im Krankenhaus erlaubt jedoch in den meisten Fällen die Einrichtung eines solchen Dienstes nicht. In der Praxis werden die meisten Dolmetschaufgaben von nicht-professionellen Dolmetscher*innen übernommen. Diese sind Familienangehörigen der Patient*innen oder zweisprachiges Pflegepersonal. Martínez-Gómez gibt die folgende Definition: „Non-professional interpreters are individuals with a certain degree of bilingual competence who perform interpreting tasks on an ad hoc basis without economic compensation or prior specific training“ (Martínez-Gómez 2020: 417).

Um die Realität des Dolmetschens im Krankenhaus zu verstehen, ist es daher unverzichtbar, sich mit jenen auseinanderzusetzen, die es tatsächlich ausüben: die sogenannten Ad-hoc-Dolmetscher*innen. Es handelt sich dabei um eine parallele Bezeichnung zur nicht-professionellen Dolmetscher*innen. Diese Bezeichnung betont den kurzfristigen Einsatz von zufällig anwesenden Mitarbeitenden oder Angehörigen (Bischoff 2007: 344), also von Personen, die ursprünglich nicht zum Dolmetschen vorgesehen waren. Sie sind daher weder ausgebildet noch auf diese Aufgabe vorbereitet. Das einzige Kriterium ist ihre Erst- oder Zweitsprache. Weder Motivation, Zeit, Fachkompetenz, Berufserfahrung noch terminologisches Wissen spielen bei der Qualifizierung eines*r Ad-hoc-Dolmetscher*in eine Rolle.

Pöchhacker ermöglicht eine Quantifizierung dieser Realität anhand seiner quantitativen Studie in zwölf Wiener Krankenhäusern (Pöchhacker 2000). Unter 100 % der eingesetzten Dolmetscher*innen erfasst er: „45 % Begleitperson; 36 % fremdsprachiges KH-Personal; 10 % muttersprachliche Berater*innen und 2 % extern angeforderte Dolmetscher*innen“ (Pöchhacker 2000: 159). Diese Daten veranschaulichen den geringen Anteil an professionellen Dolmetscher*innen. Dabei ist der historische und geografische Kontext (vor 25 Jahren in Wien) zu berücksichtigen, sodass die Studie mit Vorsicht heranzuziehen ist. Sie spiegelt die Dolmetschpraxis in einem spezifischen Kontext wider, nicht jedoch universell. Dennoch bleibt sie bis heute die einzige quantitative Untersuchung zum Verhältnis professioneller und Ad-hoc-Dolmetscher*innen und kann somit als Ausgangspunkt für weitere Reflexionen dienen. Die zentrale Frage lautet:

Warum bleibt die Quote professionellen Dolmetschens so niedrig, obwohl zahlreiche Studien die negativen Folgen nicht-professionellen Dolmetschens für die Behandlung belegen?

Eine erste Antwort liegt laut Pöchhacker im mangelnden Problembewusstsein seitens der Gesundheitsakteur*innen (Pöchhacker 2000: 143). Obwohl das Problem von der Forschung breit anerkannt und belegt ist, sind die Hauptbetroffenen selbst in diesem Bereich nicht geschult. Bereits 1985 wies Putsch auf die Diskrepanz zwischen der Anerkennung des Bedarfs und der Umsetzung von Lösungen hin: „Institutions vary in their arrangements to meet the needs of monolingual patients and health care providers. Even when there is a well-described need, many facilities have not dealt with language and cultural problems in a formal operational sense“ (Putsch 1985: 3344). Seitdem wurden zahlreiche Studien durchgeführt, um die Auswirkungen der Sprachbarrieren im medizinischen Bereich zu dokumentieren. Die Kommunikationsmittel in den Krankenhäusern haben sich zwar weiterentwickelt, etwa durch *Over-the-Phone Interpreting*, *interne Dolmetscherpools* oder *Remote Simultaneous Interpretation* (Pöchhacker 2000: 161). Dennoch, so Pöchhacker, bleibt die Situation in vielerlei Hinsicht derjenigen von 1985 ähnlich (Pöchhacker 2000: 148). Er stellt einerseits ein mangelndes Bewusstsein für die Komplexität des Übersetzens in den Aussagen der Befragten fest und spricht andererseits von einer Naivität gegenüber translatorischen Problemen (2000: 143). Für die Ärzt*innen steht nämlich das Sprachproblem nicht im Vordergrund: „Ärztliche Probleme sind andere (z. B. Arbeitszeit, sinnlose Administration, etc.) als die paar nicht Deutsch sprechenden Patienten“ (sagt ein HNO-Arzt, Pöchhacker 2000: 178). Für Pöchhacker veranschaulicht die Wahrnehmung des Kommunikationsproblems als Randthema den geringen Stellenwert, der der Kommunikation im medizinischen Umfeld beigemessen wird:

Zweifellos hängen Problembewusstsein und Zufriedenheit mit der derzeitigen Praxis eng damit zusammen, welche Bedeutung der sachlichen Verständigung beigemessen wird. (Pöchhacker 2000: 178)

Es wurde jedoch bewiesen, dass Kommunikation konstitutiv für eine gelungene Behandlung ist (siehe 2.1). Darüber hinaus wünschen sich 55 % der Befragten in Pöchhackers Studie eine „bessere Information über die Möglichkeiten der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patient*innen“, was den Mangel an Wissen über bereits bestehende Lösungen verdeutlicht (2000: 180). Schließlich belegt dieser Überblick das Fehlen einer „translationspolitischen Konzeption“ in den Wiener Krankenhäusern (2000: 180) und verweist zugleich auf das von Meyer angesprochene Problem einer fehlenden Übersetzungskultur (siehe 1.1.2).

Auch wenn sich das medizinische Dolmetschen in den letzten Jahren professionalisiert hat (siehe 1.1 und 1.2), wird die Lösung durch Ad-hoc-Dolmetscher*innen weiterhin bevorzugt. Dies lässt sich einerseits durch das Fehlen einer translationspolitischen Strategie auf institutioneller Ebene erklären (Pöchhacker 2000; Bischoff 2007). Andererseits ist auch eine persönliche

Ablehnung des professionellen Dolmetschens zu beobachten. Ärzt*innen ziehen bisweilen das nicht-professionelle Dolmetschen vor, aus der Sorge heraus, dass ein*e externe*r professionelle*r Dolmetscher*in die Neutralität der Botschaft nicht wahren könnte. In einigen Fällen berichten Studien auch von einer Ablehnung durch Patient*innen:

Les craintes exprimées par le soigné sont multiples, mais tournent souvent autour de la difficulté à exprimer des récits intimes en présence d'un tiers, de la crainte du non-respect du secret médical, des réticences associées aux rapports sociaux dans une même communauté linguistique. (Thouroude 2021: 168)²⁰

3.2 Das zweisprachige Krankenhauspersonal

In einem Kontext, in dem professionelles Dolmetschen nur selten als Lösung genutzt wird, erscheint letztlich das zweisprachige medizinische Personal als die im Hinblick auf die Versorgungsanforderungen am besten geeignete Ad-hoc-Dolmetschlösung. Auch wenn sich die Fachliteratur weitgehend einig ist, dass sie nicht am ehesten in der Lage sind, die bestehenden Kommunikationsprobleme zu lösen, zeigt die Praxis im klinischen Alltag, dass sie im Krankenhauskontext die am häufigsten eingesetzten Dolmetschenden darstellen. Möglicherweise bieten sie sogar in gewissem Maße Vorteile im Vergleich zu professionellen Dolmetscher*innen. Für Bischoff stellen sie eine adäquate Lösung dar, unter der Voraussetzung, dass sie entsprechend geschult werden:

Da sich im Klinikalltag aber ein konsequentes Hinzuziehen von professionellen Dolmetscherinnen aus den oben erwähnten Gründen nicht immer umsetzen lässt, stellt das Einrichten einer klinikinternen Liste mit geschulten, mehrsprachigen Mitarbeitenden in definierten Situationen eine akzeptable Alternative dar. (Bischoff 2007: 349)

3.2.1 Welche Zweisprachigkeit?

Aida Martínez-Gómez definiert das Ad-hoc-Interpreting als die Gesamtheit der Dolmetschinitiativen, die außerhalb konventioneller Dienste entstehen -häufig aufgrund geopolitischer, sozioökonomischer oder institutioneller Zwänge -, deren Qualität und Zuverlässigkeit jedoch sehr variabel bleiben (Martínez-Gómez 2020: 417). Die mangelnde Verlässlichkeit des Ad-hoc-Dolmetschens beruht einerseits auf dem Fehlen einer Dolmetschausbildung, andererseits aber auch auf der Wahrnehmung des Begriffs „zweisprachig“.

²⁰ „Die vom Patienten geäußerten Befürchtungen sind vielfältig, drehen sich jedoch häufig um die Schwierigkeit, intime Geschichten in Anwesenheit eines Dritten zu erzählen, um die Angst vor der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, um Vorbehalte gegenüber sozialen Kontakten innerhalb derselben Sprachgemeinschaft usw.“ (Übers. Z.B)

Eine Pflegekraft wird bereits dann als „zweisprachig“ bezeichnet, wenn sie dies von sich selbst behauptet. Allerdings unterscheidet sich das Sprachniveau, das mit Zweisprachigkeit assoziiert wird, je nach Fall erheblich (Bischoff 2007). Das Bilinguismus-Phänomen im Gesundheitswesen lässt sich häufig durch Migrationshintergründe der zweiten Generation erklären. In den meisten Fällen wird die Zweitsprache im familiären Kontext von den zugewanderten Eltern erworben (Marin et al. 2012: 15). Je nach Situation wird sie regelmäßig innerhalb der Familie oder lediglich sporadisch verwendet. Das sprachliche Niveau kann somit stark variieren, sodass es irreführend ist, von „zweisprachigen Pflegekräften“ als einer homogenen Kategorie mit gleichermaßen hoher Sprachkompetenz zu sprechen. Da keine systematische Überprüfung der Übersetzungskompetenz erfolgt, ist in der Praxis unklar, ob die betreffende Pflegekraft tatsächlich in der Lage ist, medizinische Informationen adäquat weiterzugeben.

Gleichwohl lässt sich bei allen von Meyer und Bührig untersuchten bilingualen Pflegekräften eine Gemeinsamkeit feststellen: Sie verfügen über mangelnde Kenntnisse der medizinischen Fachtermini in ihrer Zweitsprache, also der Familiensprache (Bührig & Meyer 2004: 51). Bei der Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen, die von den Betroffenen gedolmetscht wurden, stellten Meyer und Bührig fest, dass diese zwar die medizinischen Begriffe auf Deutsch verstanden, ihre Bedeutung jedoch in der zweiten Sprache nicht kannten. Dies erklärt sich durch die Art und Weise, wie die Sprache erworben wurde. Handelt es sich um eine rein familiär erlernte Sprache, die ausschließlich in informellen Kontexten verwendet wird, so gehören medizinische Fachbegriffe nicht zum aktiven Wortschatz. Die Übersetzung in die Zweitsprache beschränkt sich folglich auf einen im familiären Rahmen erlernten Wortschatz, was zwangsläufig Auswirkungen auf die Zuverlässigkeit der übermittelten Botschaft hat. Wie bereits gezeigt, betrachten Meyer und Bührig das Fehlen des technischen Vokabulars in der Übertragung von Informationen als Risiko für die Sicherstellung einer informierten Einwilligung (siehe 2.1.3).

Wenn man die sprachliche Frage beiseite lässt und davon ausgeht, dass Bilingualismus für alle dieselbe Bedeutung hat, stellt sich die Frage: Reicht es aus, zweisprachig zu sein, um als Dolmetschende zu fungieren?

Für viele Forscher*innen der Dolmetschwissenschaft ist eine spezifische Ausbildung in unterschiedlichen kommunikativen Situationen unabdingbar, um eine qualitativ hochwertige Verdolmetschung zu gewährleisten (Woloschin et al. 1997; Bührig & Meyer 2004; Elderkin 2001). Brian Harris und Bianca Sherwood vertreten hingegen das Konzept der „natural translation“ (Harris und Sherwood 1978). Sie beobachteten bei zweisprachigen Kindern Übersetzungsstrategien, die mit denen professioneller Dolmetscher*innen vergleichbar sind, etwa die Abschwächung aggressiver Aussagen oder die Vereinfachung der Botschaft, um das Verständnis zu sichern. Harris und Sherwood kommen zu dem Schluss, dass Übersetzen eine angeborene sprachliche Kompetenz sei –

vergleichbar mit der Fähigkeit zum Spracherwerb –, die sich bereits im Kindesalter manifestiert und sich mit der bilingualen Erfahrung weiterentwickelt. Die Qualität der Übersetzung hänge demnach vom Grad der Zweisprachigkeit und vom sozialen Kontext ab. Eine grundlegende Kompetenz erfordere jedoch weder Ausbildung noch explizites Lernen.

Diese These lädt dazu ein, die Annahme neu zu überdenken, dass zweisprachiges Gesundheitspersonal durchaus in der Lage sein könnte, in bestimmten Situationen eine effektive Dolmetschleistung zu leisten – insbesondere dort, wo diese Lösung als die unmittelbarste Lösung auf die Sprachbarriere erscheint. Allerdings ist zu beachten, dass diese Studie bereits mehr als vierzig Jahre alt ist und die theoretischen Annahmen seitdem durch neuere Forschungsergebnisse weiterentwickelt und differenziert wurden. Dennoch bietet sie eine wertvolle Grundlage für die Reflexion über den Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschern. Im Folgenden werden weitere Argumente betrachtet, die die Fähigkeit von Pflegekräften zum Dolmetschen zusätzlich untermauern.

3.2.2 Die Vorteile des Dolmetschens durch Pfleger*innen

An erster Stelle ist selbstverständlich die Verfügbarkeit des Gesundheitspersonals zu nennen (Bischoff 2007). Im Gegensatz zu externen Dolmetscher*innen sind sie bereits vor Ort und daher wesentlich leichter zugänglich. Aufgrund ihres fachlichen Wissens im Bereich der Gesundheitsversorgung sind sie zudem in einer besonders guten Position, die Anforderungen einer Behandlung zu verstehen. Sie verfügen über Kenntnisse der medizinischen Terminologie, ohne dass hierfür eine zusätzliche Schulung erforderlich wäre – wie es bei professionellen Dolmetscher*innen zunächst notwendig sein könnte. Diese Kenntnisse beziehen sich jedoch meist nur auf die Erstsprache, also die Sprache des Krankenhauses, nicht aber auf die zu dolmetschende Sprache (siehe 3.2.1).

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Vorteil liegt in der bereits bestehenden Beziehung des zweisprachigen Gesundheitspersonals zu beiden der Gesprächsteilnehmer*innen (Patient*innen und Ärzt*innen). Wie zuvor gezeigt, ist Vertrauen ein unabdingbares Kriterium für das Gelingen einer Verdolmetschung. Patient*innen, die die*der Dolmetschende bereits kennt, werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit eher öffnen, was wiederum ihre aktive Partizipation fördert. Elderkin bestätigt diese Beobachtung am Beispiel von Krankenpfleger*innen. Ihre Rolle als Pflegende verschafft ihnen eine privilegierte Position sowohl gegenüber den Patient*innen als auch gegenüber dem medizinischen Personal. Bereits durch ihre ursprüngliche Funktion als Krankenpfleger*innen erwerben sie Fähigkeiten, die auch für das Dolmetschen zentral sind: „Nurses understand the need for a flexible blending of questioning, listening, eliminating irrelevant information, educating, and

collecting of facts for hypothesis formulation - the necessary steps in medical inquiry“ (Elderkin 2001: 1345). Auf diesen Aspekt im Hinblick auf Krankenpfleger*innen wird im Folgenden noch näher eingegangen.

Putsch zufolge ist ausschließlich eine medizinisch geschulte Person – wie es bei Gesundheitspersonal der Fall ist – in der Lage, Informationen über den Gesundheitszustand eines Patienten zu erkennen, auch wenn dieser sie nicht in exakten Begriffen äußert, und zwar dank ihres Hintergrundwissens (Putsch 1985). Diese Hypothese findet Bestätigung in einer südafrikanischen Studie von Drennan & Swartz (2002), in der eine Krankenpflegerin in der Rolle einer Dolmetscherin in einer psychiatrischen Abteilung fähig war, eine Psychose zu erkennen. Indem sie den inkohärenten Redefluss des Patienten nicht nur übersetzte, sondern auch in seiner klinischen Bedeutung verstand, konnte sie Hinweise auf eine Erkrankung geben, obwohl ihre Rolle eigentlich darin bestanden hätte, die Aussagen lediglich neutral wiederzugeben und die Diagnostik dem Arzt zu überlassen. Durch dieses erste Filtern trug die Krankenpflegerin zu einer patientennäheren Diagnose bei, da sie nicht nur die wörtliche Bedeutung der Worte verstand, sondern auch deren tieferliegenden Sinn.

3.2.3 Die Nachteile des Dolmetschens durch Pfleger*innen

Obwohl der Einsatz von Gesundheitspersonal als Ad-hoc-Dolmetscher zahlreiche Vorteile mit sich bringt, müssen diese zugleich relativiert werden. Zwar ist das medizinische Personal jederzeit vor Ort, jedoch kann es sich nicht ausschließlich der Dolmetschtätigkeit widmen und steht daher seinen Kolleg*innen nicht uneingeschränkt zur Verfügung. Dass sie „Nicht lange von den eigenen Aufgaben abkömmlich“ sind, stellt laut Befragungen an das Pflegepersonal das am häufigsten genannte Problem dar (76 %) (Pöchhacker 2000: 165). Die anderen am meisten auftretenden Probleme sind: „Unklare Antworten machen Rückfragen nötig“ (63%), „geben kurze Übersetzung, nachdem Patient*innen lange gesprochen haben und umgekehrt“ (50%) und „Patient*innen scheuen sich, vor Dritten über Privates und Vertrauliches zu sprechen“ (43%) (2000: 165). Besonders letzteres Ergebnis nuanciert die zuvor aufgestellte These, dass die bereits bestehende Nähe zwischen Patient*in und Pflegekraft eine erleichterte Kommunikation ermögliche: Offensichtlich ist dies keineswegs automatisch der Fall.

Die genannten Probleme verdeutlichen, dass es Ad-hoc-Dolmetscher*innen im Allgemeinen an einem Bewusstsein für die kommunikative Situation mangelt. Mehrere Studien zeigen, dass sich dieser Mangel an dolmetschspezifischer Ausbildung unmittelbar auf die Qualität der Sprachmittlung auswirkt und zugleich Risiken für die behandelnden Ärzt*innen birgt. So hinterfragen Bührig & Meyer (2004) die Art von Einwilligung, die anhand des Ad-hoc-

Dolmetschens erreicht werden kann (siehe. 2.3).

Elderkin et al. (2001) weisen zudem nach, dass Fehler in einfachen Situationen zwar selten zu unangemessener Behandlung führen, jedoch in einem Drittel der unkomplizierten und in zwei Dritteln der komplexeren Fälle zu Kommunikationsproblemen sowie zu fehlerhaften Einträgen in der Krankenakte. Auch wenn bestimmte Strategien – wie die Verwendung einfacher Sprache durch die Ärzt*innen, ein langsames Sprechtempo oder die Reformulierung von Symptomen durch das Pflegepersonal – dazu beitragen können, Missverständnisse zu reduzieren, bleibt die Qualität der Sprachmittlung ungleichmäßig und unsicher. Besonders schwerwiegend ist, dass Patient*innen mit erheblichen Sprachbarrieren häufig dazu neigen, die Klinik frühzeitig zu verlassen oder ihre Behandlung abubrechen, selbst bei schweren Erkrankungen – ein Umstand, der die indirekten, aber sehr realen Folgen dieser Kommunikationsprobleme unterstreicht (Elderkin 2001: 1355).

Schulze et al. sehen den Rollenkonflikt als ein wesentliches Argument gegen den Einsatz von Pflegekräften in die Dolmetschtätigkeit (Schulze et al. 2003). Einerseits übernehmen sie die Rolle der Dolmetschende, andererseits die der Gesprächsführung und teilweise sogar die des Experten bzw. Co-Therapeuten im Sinne von Davidson (Davidson 2000). Schließlich weisen Woloshin et al. darauf hin, dass das ad-hoc-Dolmetschen durch Pflegekräfte sowohl als unbezahlte Zusatzbelastung wahrgenommen werden kann als auch sensible Fragen der Vertraulichkeit für die Patient*innen aufwirft (Woloshin et al. 1995). Die Problematik der Doppelrolle und der zusätzlichen Belastung wird in der empirischen Untersuchung im zweiten Teil dieser Arbeit ausführlicher behandelt.

Auch die finanzielle Dimension stellt einen zentralen Aspekt bei der Einrichtung von Dolmetschdiensten im Gesundheitswesen dar. Es wäre jedoch irreführend anzunehmen, dass der Verzicht auf professionelle Dolmetscher*innen für die Einrichtung tatsächliche Einsparungen mit sich bringen würde. Wie Jacobs et al. (2005) darlegen, führt die Einführung solcher Dienste zwar zu zusätzlichen Kosten – damals geschätzt etwa 279 US-Dollar pro Patient*in und Jahr –, diese Erhöhung bleibt jedoch moderat, wenn man sie mit den jährlichen Behandlungskosten eines Patienten mit Diabetes (1563 US-Dollar) oder Herzerkrankungen (2328 US-Dollar) vergleicht. Das ökonomische Argument gegen den Einsatz professioneller Dolmetscher*innen verliert zudem an Gewicht, wenn man berücksichtigt, dass der Rückgriff auf Pflegekräfte als Dolmetscher*innen ebenfalls nicht kostenneutral ist. Eine südafrikanische Studie hat gezeigt, dass die Heranziehung von Krankenhauspersonal für Dolmetschaufgaben die Organisation des Dienstbetriebs stört, die Versorgungsqualität mindert und indirekte Kosten durch Arbeitsdesorganisation verursacht (Drennan 1996). Die Vermeidung kurzfristiger Ausgaben für Dolmetschdienste kann sich letztlich sowohl ökonomisch als auch qualitativ als kontraproduktiv erweisen.

3.3 Die zweisprachige Krankenpflegerin: eine besondere Position?

Nach den Befragten bei Pöchhacker rangieren die Schwestern und Pfleger an zweiter Stelle auf die Frage: „Welche Art von KH-Personal fungiert häufig oder fast immer als Sprachmittler?“ Die Antworten lauten in folgender Reihenfolge: 61 % Reinigungspersonal, 44 % Schwestern/Pfleger, 10 % Ärzt*innen (Pöchhacker 2000: 162). In diesem Kapitel soll der Fall der zweisprachigen Pflegekräfte näher untersucht werden, die im Rahmen der qualitativen Studie im zweiten Teil dieser Arbeit im Mittelpunkt stehen werden.

3.3.1 Die Krankenpfleger*infunktion – nach Anne Vega

Um die Herausforderungen der Doppelfunktion als Krankenpflegerin und Dolmetscherin zu verstehen und nachdem die Konturen der Rolle der medizinischen Dolmetscherin umrissen wurden, gilt es nun, die Pflegefunktion als solche in den Blick zu nehmen. In diesem Kapitel wird ausschließlich von weiblichen Personen gesprochen, da dies auch bei Vega der Fall ist.

Die Aufgaben einer Krankenpflegerin lassen sich in zwei große Tätigkeitsbereiche einteilen: die sogenannten „technischen“ Aufgaben und die sogenannten „relationalen“ Aufgaben (Vega 2000: 95). Die technischen Aufgaben umfassen alle medizinischen Handlungen, die die Krankenpflegerin am*an der Patienten*in durchzuführen hat, darunter: Blutabnahme, Injektionen, Verbandswechsel sowie die Überwachung der Medikamenteneinnahme. Eine Unterkategorie der technischen Tätigkeiten bilden Hilfsleistungen wie Unterstützung bei der Mobilität, bei der Körperpflege oder beim Essen. Allen diesen Aufgaben ist gemeinsam, dass sie nicht zwingend einen verbalen Austausch erfordern, da sie in erster Linie auf konkrete, messbare Handlungen abzielen. Die relationale Funktion hingegen umfasst die täglichen Interaktionen mit dem*der Patienten*in: Informationsvermittlung, Trost, emotionale Begleitung in Zusammenhang mit Ängsten und Einsamkeit.

In ihrer Ethnographie des Krankenhauses schildert Anne Vega ihre Beobachtungen über die Pflegearbeit nach monatelang teilnehmender Beobachtung in einer neurologischen Abteilung eines Pariser Krankenhauses (Vega 2000). Ihre Beobachtungen verdeutlichen die Bedeutung der Aufteilung zwischen relationalen und technischen Aufgaben im Alltag der Pflegekräfte. Vega zeigt, dass relationale Tätigkeiten unter Krankenpflegerin eher negativ konnotiert sind. Es sind vor allem die Pflegehelferinnen, die auf eine relationale Rolle verwiesen werden, da ihre Funktionen Hilfsleistungen darstellen und somit stärker mit Beziehungsarbeit assoziiert werden (z. B. Hilfe bei der Körperpflege oder bei den Mahlzeiten). Sobald jedoch der Status wechselt (eine Pflegehelferin wird zur Krankenpflegerin), verschiebt sich die Tätigkeit deutlich hin zu technischen Handlungen. Krankenpflegerinnen, die sich durch eine emotionale Zuwendung von der distanzierten Haltung

ihrer Kolleginnen abheben, werden laut Vega regelmäßig Ziel von Klatsch und Gerede. Diese Haltung gegenüber relationalen Aufgaben verweist nach Vega auf das Bedürfnis nach Distanz zum Kranken, um eine Identifikation zu vermeiden. Der tägliche Kontakt mit Krankheit, Angst, Tod, Leiden und psychischen Krisen verstärkt demnach das Bedürfnis der Pflegekräfte, sich von Beziehungsarbeit fernzuhalten und diese Distanz sogar positiv zu bewerten (2000: 118).

Gleichwohl scheinen relationale Pflegeleistungen, die einen verbalen Austausch erfordern, für die angemessene Behandlung eines*er Patienten*in unabdingbar. Wie bereits dargelegt, sind Prozesse wie die Einholung der Einwilligung, die Ermutigung des Patienten zur aktiven Partizipation oder die Compliance nur über den Aufbau einer Vertrauensbeziehung möglich. Dies setzt voraus, dass sich Patient*innen verstanden, beruhigt und gehört fühlen (siehe 2.1). Doch was sind Zuhören und Verstehen anderes als relationale Pflegeleistungen?

Die von Vega beobachtete Distanzierung gegenüber relationaler Pflege darf jedoch nicht ausschließlich als Folge einer Angst vor Identifikation mit dem Kranken betrachtet werden. Vielmehr ist der breitere institutionelle Kontext des Krankenhauses und seine Verflechtung mit der Pflegefunktion einzubeziehen. Das medizinische Umfeld in Frankreich wie auch in anderen europäischen Ländern ist von finanziellen Kürzungen und Personalmangel betroffen (Vega 2000: 87). Im von Vega untersuchten Krankenhaus äußert sich dies in der knappen Zeit, die pro Patient zur Verfügung steht. Das Problem ist demnach nicht allein die persönliche Angst vor Krankheit und Tod, sondern vielmehr das Schuldgefühl, Patient*innen zurückzulassen, was wiederum in Kritik an jenen mündet, die sich mehr Zeit für relationale Pflege nehmen. Für Vega ist dies ein Symptom der Funktionsstörungen des Krankenhauses (2000:95; 195).

In ihrem Werk *„L'écoute, un outil précieux au soignant“*²¹ erinnert Caroline Thisy an die zentrale Bedeutung des Zuhörens in der Pflege (Thisy, 2013). Die von Vega beschriebene Zersplitterung der Aufgaben führt bei Thisy zu Schwierigkeiten in der Priorisierung. Sie hebt die Problematik hervor, ständig Kompromisse zwischen den Aufgaben eingehen zu müssen. Dabei erhält häufig die technische Pflege Vorrang vor der relationalen. Dennoch betont Thisy, dass Zuhören ein ebenso wertvolles Werkzeug ist wie technische Pflegeleistungen. Die Frage stellt sich für Pflegekräfte, die unter Zeitdruck stehen, ständig neu: „Faut-il passer son chemin devant un patient qui nécessite un instant d'attention supplémentaire tout en sachant que les autres patients attendent également leurs soins?“²² (Thisy 2013: 52). Diese Notwendigkeit permanenter Entscheidungen erinnert stark an die Tätigkeit des*der Dolmetschers*in. Auch Dolmetscher*innen müssen kontinuierlich Entscheidungen treffen: über ihre Rolle als Conduit, Co-Therapeut, Ko-Teilnehmer, oder interkulturelle:r Vermittler:in – (Angelelli 2019: 159; Angelelli 2004: 28), über

²¹ „Zuhören – ein wertvolles Instrument für Pflegekräfte“ (Übers. Z.B)

²² „Soll man an einem Patienten vorbeigehen, der einen Moment zusätzlicher Aufmerksamkeit benötigt, wohl wissend, dass auch die anderen Patient*innen auf ihre Versorgung warten?“ (Übers. Z.B)

ihre Renditions und Formulierungen (Baraldi & Gavioli 2016: 40) oder über die Frage, ob Implizites explizit übersetzt werden soll (Duque et al. 2020: 117).

Der Unterschied zwischen technischer und relationaler Pflege gewinnt noch mehr an Bedeutung, wenn es sich um die Behandlung fremdsprachiger Patient*innen handelt. Die Kommunikation konzentriert sich dabei vor allem auf die Beschreibung klinischer Symptome und weniger auf die Artikulation von Gefühlen, subjektiv wahrgenommenen Krankheitsursachen oder Patientenfragen. Infolgedessen reduziert sich die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient*in häufig auf einen technischen, begrenzten Austausch, was aus Sicht der Patient*innen zu einer Betreuung führt, die als „less friendly“ und „less respectful“ wahrgenommen wird (Baker, Hayes & Fortier 1998; Cooper-Patrick et al. 1999). Elderkin spricht in diesem Zusammenhang von einem „clinical focus“ (Elderkin 2001: 1344).

Doch wie verhält es sich mit Krankenpflegerinnen, die zugleich die Rolle einer Dolmetscherin übernehmen? Wie greifen die verschiedenen Aufgaben ineinander? Welche Auswirkungen hat die Dolmetschfunktion auf die Rolle der Krankenpflegerin?

3.3.2 Die Doppelfunktion: Krankenpflegerin-Dolmetscherin

Auch hier werden wir die weibliche Form der Wörter „Krankenpflegerin“ und „Dolmetscherin“ bevorzugen, da diese Positionen überwiegend von Frauen besetzt werden, sowohl in der Literatur als auch in der in dieser Arbeit vorgestellten Studie.

Zunächst ist es wesentlich, zwischen der Behandlung in einer Fremdsprache und dem eigentlichen Dolmetschen zu unterscheiden. Während die Literatur hauptsächlich die zweisprachige Pflegekraft in der Rolle der Dolmetscherin behandelt, wird die monolinguale Behandlung in der Fremdsprache weitgehend ignoriert, obwohl sie eine wichtige Rolle bei der Überwindung von Sprachbarrieren spielt. Dies wäre sogar die ideale Situation für die Betreuung ausländischer Patient*innen, so Angelelli: „Ideally, all patients would be cared for by physicians who speak their language and share their culture“ (2019: 51). Aufgrund der Vielfalt der von den Patient*innen gesprochenen Sprachen und Dialekte ist dies jedoch schwer umzusetzen. Zum Beispiel wurden in einem Krankenhaus in Saint-Denis 31 Sprachen unter 201 Patient*innen gezählt (Marin et al. 2012: 12) und in den zwölf von Pöchhacker untersuchten Krankenhäusern in Wien 27 Sprachen (Pöchhacker 2000: 150). Dennoch bleibt die Behandlung in einer Fremdsprache ein wesentlicher Bestandteil des Alltags der zweisprachigen Pflegekraft.

Manchmal vermischt sich die Dolmetschtätigkeit mit der Behandlung in einer Fremdsprache, da die Rollen nicht klar getrennt sind. In einem einzigen Patient*in-Pflegekraft Gespräch, bei dem die Krankenpflegerin als sprachliche Vermittlerin fungiert, kann sie

abwechselnd die Rolle der Dolmetscherin und die Rolle der Pflegekraft übernehmen. Die Rolle der Pflegekraft in einer Fremdsprache kann jedoch auch Teil der Rolle der Dolmetscherin sein, wenn man die medizinische Dolmetscherin als Co-Therapeutin betrachtet (siehe 2.2). Während die Rolle der Dolmetscherin allein bereits durch ihre Fluidität gekennzeichnet ist (Angelelli 2019: 152), gilt dies für die zweisprachige Pflegekraft doppelt.

Die zweisprachige Krankenpflegerin befindet sich sehr häufig zwischen diesen beiden Rollen aufgrund der Unschärfe ihrer Position, sodass es manchmal schwierig ist, die Dolmetschtätigkeiten von denen der Behandlung in der Fremdsprache zu unterscheiden. Beide verschmelzen und folgen einander ohne zeitliche oder räumliche Trennung. Wird eine Krankenpflegerin von einer Kollegin gebeten, ein Gespräch mit einem*r Patient*in zu dolmetschen, kann es sein, dass sie zunächst ausschließlich als sprachliche Vermittlerin fungiert und anschließend Teile des Gesprächs wieder in ihrer Rolle als Pflegekraft übernimmt. Der Wechsel zwischen Dolmetscherin und Pflegekraft in der Fremdsprache erfolgt dann ohne klare Abgrenzung oder Vorbereitung. Diese Rollenwechsel finden sich auch in hohem Maße in den Rollenverständnissen professioneller Dolmetscher*innen wieder (siehe 2.2).

Was unterscheidet nun die Krankenpflegerin-Dolmetscherin von der professionellen Dolmetscherin in Bezug auf die Rollenverständnisse? Für die Krankenpflegerin-Dolmetscherin gehört die Rollenfluidität integraler Bestandteil ihrer Doppelrolle. Der Übergang zwischen den Rollen Co-Therapeutin und Sprachmittlerin erscheint dadurch viel logischer.

Obwohl diese Position in erster Linie durch ihre Rollenfluidität gekennzeichnet ist, kann auch von einem Rollenkonflikt gesprochen werden (Putsch 1985: 3345). Die Dolmetschtätigkeit einer Krankenpflegerin ist oft inoffiziell, da sie nicht formal zu ihrer Rolle als Pflegekraft gehört. Häufig begegnen die Krankenpflegerinnen erst nach ihrer Ankunft in der Einrichtung der Notwendigkeit zu dolmetschen und übernehmen diese Aufgabe ohne vorherige Vorbereitung. Zudem beanspruchen die Pflegeaufgaben die gesamte Arbeitszeit. Mit der zusätzlichen Rolle des Dolmetschens ist schnell von einer Überlastung auszugehen.

Dual work roles that include interpretation often lead to job conflicts. Employees who interpret may become uncomfortably suspended between doing 'real' work for their departments and demands from the hospital at large. (Putsch 1985: 3345).

Daher stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen zweisprachige Krankenpflegerinnen Dolmetschdienste übernehmen. Während viele Studien die Ausbildungsbedarfe der zweisprachigen Pflegekräfte auf Grundlage der Analyse ihrer Dolmetschleistungen und deren Auswirkungen auf die Patient*innen untersuchen (Bischoff et al. 2007; Sevilla et al. 2004; Meyer 2003; Elderkin 2001), beschäftigen sich nur wenige mit dem Rahmen dieser Tätigkeit und mit den Auswirkungen der Doppelrolle auf den Pflegealltag. Es wird im praktischen Teil dieser Arbeit versucht, diese Fragen

anhand empirischen Daten zu beantworten.

3.3.3 Die Beziehung zum Patienten*in

Inwiefern kann die zweisprachige Krankenpflegerin genauso gut oder sogar besser auf die Bedürfnisse der Vermittlung eingehen als eine externe professionelle Dolmetscherin? Wie bereits zuvor erläutert, wird von einer GD erwartet, dass sie eine kulturelle Vermittlerin ist (siehe 2.2), eine Brücke zwischen unterschiedlichen symbolischen Universen (Leanza 2005: 169) oder ein Hebel für Integration (Website ISM). Die Dolmetscherin ermöglicht durch das Sprechen der Sprache des*der Patienten*in und das Teilen seiner*ihrer Kultur den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses (Singy und Guex 2005: 49).

Die zweisprachige Krankenpflegerin nimmt eine privilegierte Position gegenüber der fremdsprachigen Patienten*in ein. Einerseits ist sie, ähnlich wie die externe Dolmetscherin, in der Lage, die*den Patientin*en kulturell und sprachlich zu verstehen. Andererseits kennt sie die Erkrankung die*den Patientin*en im Detail, steht in Kontakt mit dem*der Ärzt*in, und verfügt über das notwendige Fachwissen, um Symptome zu erkennen und Probleme zu identifizieren, die einer fremden Dolmetscherin verborgen bleiben. Diese Doppelkompetenz – sprachlich/kulturell und fachlich/medizinisch – ist zentral für ihre Beziehung zu Patient*innen. Vor allem aber pflegt sie eine tägliche Beziehung mit ihnen. Im Gegensatz zu einer externen Dolmetscherin, die auf Abruf zu vorher vereinbarten Terminen eingesetzt wird (siehe 2.3), ist die Krankenpflegerin täglich präsent und nahezu jederzeit verfügbar. Sie ist auch in informellen Momenten anwesend, in denen der verbale Austausch ebenfalls entscheidend für die Versorgung sein kann (siehe 2.1). Dies macht sie zu einer zentralen Bezugsperson. Das kann jedoch auch Risiken bergen:

Ils se sentent alors responsables presque personnellement du malade ce qui rend difficile leur position dans l'équipe. Ce glissement de rôle et de fonction peut devenir très problématique : une psychologue qui a fait office d'interprète ne pourra plus prendre en charge le malade, une infirmière sera réclamée par le malade au détriment de ses collègues ou un chirurgien deviendra de fait le médecin référent alors qu'il n'en a pas les compétences. Le personnel peut être réticent à accepter cette fonction d'autant qu'il n'a aucune reconnaissance institutionnelle.²³ (Marin et al 2012: 16)

Die genannten Punkte machen die Krankenpflegerin/Dolmetscherin zu einer Art Community Agent sowie zu einer interkulturellen Vermittlerin, die die beste Position zu sein scheint, um eine gute Behandlung zu fördern (siehe 2.2). Sie kann dadurch die Partizipation der Patient*innen an ihrer

²³ “Sie fühlen sich dann fast persönlich für die Patientin verantwortlich, was ihre Position im Team erschwert. Dieses Rollen- und Funktionsverschieben kann sehr problematisch werden: Eine Psychologin, die als Dolmetscherin tätig war, kann die Patientin danach nicht mehr übernehmen; eine Krankenpflegerin wird von der Patientin beansprucht, zum Nachteil ihrer Kolleginnen; oder ein Chirurg wird faktisch zur behandelnden Ärztin, obwohl er nicht über die entsprechende Kompetenz verfügt. Das Personal kann daher zögern, diese Funktion zu übernehmen, zumal sie keine institutionelle Anerkennung genießt.” (Übers. Z.B)

Behandlung ermöglichen und die Sicherstellung von Einwilligung und compliance unterstützen. Zudem kann die Krankenpflegerin zu allen Zeitpunkten der Behandlung präsent sein.

In vielerlei Hinsicht ähnelt die Rolle der Krankenpflegerin derjenigen eines*er Dolmetscher*in. Daher stellt sich die Frage, ob diese beiden Rollen in der Praxis kompatibel sind. Kann die Krankenpflegerin/Dolmetscherin eine valide Lösung sein, wenn ein*e professionelle*r Dolmetscher*in fehlt? Dies werden wir anhand einer Studie am Centre Cardiologique du Nord in St. Denis, im Großraum Paris, versuchen zu überprüfen.

4. METHODISCHER RAHMEN

4.1 Forschungsfeld und Zielsetzung

Vor dem Hintergrund des theoretischen Teils der vorliegenden Masterarbeit werden die aufgeführten Überlegungen über das nicht-professionelle Dolmetschen im Gesundheitsbereich nun anhand einer realen Situation in Perspektive gesetzt. In diesem Sinne werden die Erfahrungen und Praktiken des Gesundheitspersonals des „Centre Cardiologique du Nord“ (kurz CCN bezeichnet) beobachtet und im Anschluss analysiert. Der CCN ist eine private Einrichtung für Kardiologie in Saint-Denis, eine Vorstadt von Paris, Frankreich. Die Auswahl dieser Einrichtung beruht auf deren besonderer Organisation im Bezug auf die Behandlung von nicht-französischen Patient*innen. Nach einem ersten Telefonat mit einer Krankenpflegerin des CCN stellte sich heraus, dass aufgrund der geographischen Lage überwiegend fremdsprachige Patient*innen in dieser Klinik aufgenommen werden. Entscheidend für die weitere Auswahl des Forschungsfelds war auch, dass das Dolmetschen dort Großteils von den Krankenpflegerinnen übernommen wird. Basierend auf diesen zwei Faktoren erwies sich das CCN als relevantes Forschungsfeld für diese Arbeit.

Ziel dieser Studie ist es, einen Überblick darüber zu bekommen, wie Krankenpflegerinnen mit Sprachbarrieren umgehen, auf welche Schwierigkeiten sie am meisten stoßen und welche Lösungsansätze sie entwickeln. Dabei wird der Fokus auf das Dolmetschen gelegt. Genauer geht es darum, sowohl die Selbstwahrnehmung der Pflegekräfte als Dolmetscher*innen als auch die Außenwahrnehmung des medizinischen Personal als Nutzer*innen der Dolmetsch-Dienstleistung zu beobachten. Aus diesen Interessen leiten sich die folgenden Forschungsfragen ab:

- Mit welchen Schwierigkeiten wird das dolmetschende medizinische Personal im Umgang mit Patient*innen konfrontiert? Welche Strategien setzen sie ein, um diese Herausforderungen zu bewältigen?
- Inwiefern beeinflusst die daraus resultierende Kommunikationssituation die Behandlung der Patient*innen?
- Wie werden die Kommunikationssituationen von Kolleg*innen wahrgenommen, die auf die Dolmetschleistungen des Pflegepersonals angewiesen sind?

- Inwiefern überschneiden sich die Funktionen dieser zwei Rollen für Gesundheitsdienstleister*innen, die Dolmetschaufgaben übernehmen? Inwiefern widersprechen sie sich? Welchen Platz nehmen beide Rollen jeweils in der Praxis ein?

Im Sinne eines vertiefenden Einblicks in die Selbst- und Außenwahrnehmung bietet sich als Datenerhebungsmethode das qualitative Interview an. Im Gegensatz zu Fragebögen bewertet man beim qualitativen Interview Erzählungen, die einen subjektiven Blick auf Fakten liefern. Einerseits sucht man nach Fakten (wie läuft die Behandlung, wann wird gedolmetscht, von wem etc.), andererseits nach Bewertungen der Fakten (Dresing 2024: 7).

4.2 Interviewteilnehmerinnen und Kontaktaufnahme

Um einen authentischen Einblick in die Berufsrealität von Krankenpflegerinnen zu bekommen, kommen diese selbstverständlich selbst als bevorzugte Interviewpartner*innen in Frage. Nach dem ersten Telefonat mit einer Krankenpflegerin des CCNs folgten Kontaktaufnahmen mit fünf Krankenpflegerinnen. Mit jeder wurde per Telefon ein kurzes Gespräch darüber geführt, wie sie Kommunikation mit fremdsprachigen Patient*innen durchführten und ob sie selbst Dolmetschtätigkeiten übernimmt. Anschließend wurde mit jeder von ihnen ein Termin vor Ort vereinbart. Ein sechstes Interview ergab sich nach spontaner Vereinbarung vor Ort. Bei der Gestaltung des Interviewpools war zentral, dass sowohl dolmetschende als auch nicht dolmetschende Krankenpflegerinnen repräsentiert sind.

Insgesamt wurden sechs Pflegekräfte befragt, allesamt Frauen. Fünf von ihnen sind Krankenschwestern und arbeiten auf der Pflegestation, die sechste ist eine in der Rehabilitationsabteilung tätige Pflegehilfe. Auf der Pflegestation des CCN werden Patient*innen betreut, die eine Herzoperation hatten und dementsprechend eine sogenannte therapeutische Erziehung benötigen. Dabei werden die Patient*innen über Medikamente, Ernährung und körperliche Aktivität aufgeklärt. Das Ziel ist es, sie bestmöglich auf das Leben nach ihrer OP vorzubereiten. Sie werden auch von verschiedenen Fachärzt*innen behandelt, u. a. von Physiotherapeut:innen und Diätberater:innen. Jede Krankenpflegerin ist für vier Patient*innen zuständig, welche in der Regel etwa drei Wochen unter Behandlung in der Abteilung bleiben. Folgende Tabelle stellt die verschiedenen Profile der Interviewteilnehmer*innen (kurz IP bezeichnet) dar:

	Betriebszugehörigkeit in der Einrichtung:	Abteilung	Erfahrung als Dolmetscherin	Rolle in der Einrichtung
IP 1	Senior (> 10 Jahre)	Rehabilitation	Ja (sehr regelmäßig)	Krankenpflegerin
IP 2	Mittlere Erfahrung (5-10 Jahre)	Rehabilitation	Nein	Krankenpflegerin
IP 3	Junior (< 5 Jahre)	Pflegestation	Ja (nur 2 Mal)	Pflegeassistentin
IP 4	Senior (> 10 Jahre)	Rehabilitation	Ja (sehr regelmäßig)	Krankenpflegerin
IP 5	Junior (< 5 Jahre)	Rehabilitation	Ja (nur 2/3 Mal)	Krankenpflegerin
IP 6	Junior (< 5 Jahre)	Rehabilitation	Nein	Krankenpflegerin

Tab. 1: Übersicht Interviewteilnehmerinnen

Um die Anonymisierung zu gewährleisten, wird nicht angegeben, welche Sprache von welchen Befragten gesprochen wird. In der folgenden Analyse werden dementsprechend Sprachen und Nationalitäten der Befragten durch „*Sprache-IP**“ und „*Nationalität -IP**“ ersetzt. Unter den 6 Befragten werden zwei regelmäßig zum Dolmetschen hinzugezogen (IP1 und IP4) und 2 wurden zwischen 2- und 5-mal eingesetzt (IP5 und IP3). Die gesprochenen Sprachen sind: Lingala, Arabisch und Tamilisch. IP2 und IP6 wurden nie angefragt, obwohl IP6 eine Zweitsprache hat, die gebraucht werden könnte. Dennoch haben alle sechs Befragten die Erfahrung einer Dolmetschsituation mit einer Kollegin gemacht – sei es in der Rolle der Dolmetscherin selbst oder in der Rolle der Pflegekraft, für die gedolmetscht wird.

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 4. bis zum 11. Februar 2025 statt, wobei alle Interviews face-to-face und auf französisch durchgeführt werden konnten. Fünf Interviews wurden direkt vor Ort im CCN geführt. Ein weiteres Interview fand bei einer Teilnehmenden zu Hause statt. Alle Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät sowie einem Handy doppelt als Audioaufnahmen gesichert und anschließend auf einem USB-Stick gespeichert. Die Interviews dauerten zwischen 45 Minuten und 1 Stunde 15 Minuten, wobei die gesamte Dauer der Audiodateien 7 Stunden und 15 Minuten beträgt. Alle Interviewten wurden sowohl während des ersten Telefonats als auch vor Aufnahmebeginn ausdrücklich nach ihrer Zustimmung zur Aufnahme und Benutzung der Transkripte im Rahmen der Arbeit gefragt.

4.3 Methode der Interviews

Zur Entwicklung einer geeigneten Interviewmethode wurde die Arbeit des französischen Soziologen Stéphane Beaud herangezogen (Beaud 1996). Für seine empirischen Forschungen

über die Veränderungen der Arbeiter- und Unterschichten im zeitgenössischen Frankreich (Beaud 1996; 2006; 2012) hat der Autor das Modell des ethnographischen Interviews verwendet. Inspiriert von Bourdieus biographischer Perspektive des Interviews (Bourdieu 1993) spricht sich Beaud gegen die Orientierung an quantitativen Maßstäben in der empirischen Forschung aus. Stattdessen setzt er auf ausführliche und vertiefende Interviews und vertraut auf deren inhaltliche Qualität. Beaud möchte sich dabei von dem zwanghaften Fokus auf Statistik, die Quantität über Qualität stellt, befreien (Beaud 1996: 234). Zentral für diese Methode ist der Raum, der dem Diskurs der Interviewten gegeben wird. Das bedeutet zum einen, dass der*die Forschende nicht mit einer vorgefertigten Vorstellung darüber, was sie*er hören möchte, in das Interview gehen sollte. Stattdessen erfordert diese Methode eine größtmögliche Offenheit gegenüber den Inhalten, die sich im Gespräch ergeben. Zum anderen spielt der Interviewleitfaden eine zentrale Rolle. Auf diese wird später noch näher eingegangen.

Vertrauensaufbau gilt als zentraler Faktor für den erfolgreichen Ablauf des ethnographischen Interviews (1996: 229). Das Ziel besteht nicht darin, Antworten auf vorformulierte Fragen zu erhalten, sondern den Befragten vielmehr den Raum zu geben, ihre eigenen Perspektiven und Erfahrungen zu reflektieren. Demazière meint sogar, dass der Wert des Interviews vom Vertrauen des Forschers in das Gesagte abhängt. Dieser These liegt die Annahme zugrunde, dass die Sprache nicht die gesamte Realität wiedergeben kann (Demazière 2007). Insofern kann das Interview als Datenerhebung erst funktionieren, wenn das Gesagte als Wahrheit gilt. Dies impliziert Vertrauen und Wertschätzung des*der Forscher*in der*dem Befragten gegenüber. Diese Herangehensweise setzt eine entsprechende Haltung der Forschenden voraus, die weniger auf Kontrolle als auf Offenheit und Anpassungsfähigkeit beruht. Um die Vertrauensbasis aufzubauen muss laut dem Autor eine Position des aktiven Zuhörers eingenommen werden (Demazière 2007: 92). Es geht darum, den Befragten zu zeigen, dass ihre Aussagen von Bedeutung sind und ihnen eine Berechtigung zu verleihen. Der*die Forschende können ihre Aufmerksamkeit beispielsweise in Form eines bestätigenden Geräuschs zeigen. Weiters ist von Relevanz, auf bestimmte Ausdrucksformen, Emotionen sowie auf Pausen, die bestimmte Aussagen begleiten, zu achten und entsprechend zu reagieren. Die Bedeutung dieser Vorgehensweise für die vorliegende empirische Forschung lässt sich insofern rechtfertigen, als die Interviewpartner*innen Gespräche über Dolmetschen nicht gewöhnt sind. In einem solchen Kontext ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie den Wert ihrer Aussagen anzweifeln. Dieser Reaktion begegnet Beaud in seiner Forschung regelmäßig:

Il lui faut très fréquemment lutter contre l'image négative que ceux-ci peuvent avoir d'eux-

mêmes, qui les empêche de se considérer dans un premier temps comme de possibles „bons“ interlocuteurs: „Vous savez, moi j'ai rien à dire“, „Allez plutôt voir un tel, il vous renseignera mieux que moi“, ou „Parler comme ça, c'est pas mon fort“ (Beaud 1996:240)²⁴

Um dies zu erreichen, muss der*die Forschende in der Lage sein, eine entsprechend beruhigende Haltung einzunehmen. Es geht dabei primär darum, die Beziehung mit der*dem Interviewpartner*in aufrechtzuerhalten.

Ein anderes konkretes Mittel für einen erfolgreichen Umgang mit dem ethnographischen Interview ist die Anekdote. Beaud beschreibt die Anekdote als „un des leviers les plus puissants de l'entretien ethnographique“²⁵ (1996: 242). Die Erzählung einer Anekdote ermöglicht die Einbettung einer Information in eine soziale Situation. Selbst in einer Erzählung, die auf den ersten Blick unwichtig erscheinen mag, können Details enthalten sein, die für die weitere Darstellung des gesamten Kontexts von großer Bedeutung sind. Die Ausführung einer Anekdote trägt zugleich zum natürlichen Gesprächsfluss bei. Darüber hinaus können Anekdoten dazu führen, dass Befragte eine Szene in der direkten Rede wiedergeben. Dies trägt zur Sinnrekonstruktion bei und bildet eine vereinfachte Grundlage für die weitere hermeneutische Analyse der Daten. Der*die Befragte fühlt sich dadurch berechtigt, Ereignisse auf einer simpleren Art zu erzählen, die er*sie sonst nicht ausdrücken könnte. Beaud beschreibt die Anekdote als eine anscheinend banale Erzählung mit einem „contenu profondément sociologique“²⁶ (Beaud 1996: 243).

Weiters hinterfragt Beaud den Einsatz von Interviewleitfäden. Als materielles Objekt, das zwischen der forschenden Person und der befragten Person positioniert ist, kann der Interviewleitfaden als distanzierendes Element innerhalb der Interviewsituation wirken (Beaud 1996: 239). Während Beaud einerseits den beruhigenden Charakter eines Leitfadens für Forschende anerkennt, hinterfragt er zugleich dessen Wirkung auf die interviewte Person. In bestimmten Fällen kann die Anwesenheit eines Blattpapiers mit vorformulierten Fragen, auf das der*die Forschende regelmäßig blickt, der Situation eines schulischen Charakter verleihen. Dieses Phänomen konnte auch während der geführten Interviews im CCN mehrfach beobachtet werden.

Trotz der von Beaud formulierten Einwände wurde im vorliegenden Forschungsprojekt entschieden, den Leitfaden als unterstützendes Instrument während der Interviews einzusetzen.

²⁴ „Häufig muss man gegen das negative Selbstbild der Betroffenen ankämpfen, das sie daran hindert, sich zunächst als mögliche „gute“ Gesprächspartner zu betrachten („Wissen Sie, ich habe nichts zu sagen“, „Gehen Sie lieber zu so einem, der Ihnen besser Auskunft geben kann als ich“, oder „So zu reden ist nicht meine Stärke“)“ (Übers. Z.B.)

²⁵ einer der mächtigsten Hebel des ethnografischen Interviews (Übers. Z.B.)

²⁶ zutiefst soziologischen Inhalt (Übers. Z.B.)

Nichtsdestotrotz ermöglichte die vorherige Auseinandersetzung mit der ethnografischen Perspektive auf das Interview nach Beaud, Verhaltensweisen zu identifizieren, die mit der Präsenz des Leitfadens in der Interviewsituation zusammenhingen. In diesem Zusammenhang sei IP 6 der vorliegenden Studie zitiert, die offenbar das Gefühl äußerte, bewertet zu werden, als sie auf die Geste der Forschenden reagierte: „Pourquoi tu barres tout?“²⁷ (IP 6). Diese Frage bezog sich auf eine Situation, in der die Forscherin zur Orientierung einen Strich über die bereits behandelten Fragen zog. Diese Beobachtungen fügen sich in die hier angewandte methodologische Perspektive ein, die die Interviewsituation als Untersuchungsgegenstand betrachtet.

Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass es sich hierbei lediglich um eine Anlehnung an die ethnografische Methode handelt. Wie Beaud hervorhebt, kann diese Methode nur dann vollständig angewendet werden, wenn eine langfristige Präsenz vor Ort gewährleistet ist und die Interviews durch eine umfassende teilnehmende Beobachtung ergänzt werden – was in dieser Studie selbstverständlich nicht der Fall war. Vielmehr handelt es sich um eine explorative Interviewstudie im Rahmen einer Forschungsarbeit. Auch wenn diese Studie keine ethnografische Feldforschung im engeren Sinne darstellt, greift sie zentrale Prinzipien des ethnografischen Interviews auf, um die verschiedenen Phasen dieser Interviewstudie zu bereichern – insbesondere die Konzeption des Interviewleitfadens, die nun im Detail erläutert wird. Diese Entscheidung wurde durch Studien im Bereich der Dolmetschwissenschaft bekräftigt, die ebenfalls auf ethnographische Interviews zurückgriffen (Duflou, 2016).

4.4 Diskussion zum Interviewleitfaden

Die Erstellung des Interviewleitfadens basierte auf der Methode des semi-strukturierten Interview, das besonderen Wert auf eine gewisse Freiheit in der Äußerung der Interviewten legt. Auf diese Weise wird vermieden, dass sich die befragte Person durch bestimmte Fragen eingeschränkt fühlt und in eine vorgegebene Antwort gelenkt wird. Die Stärke dieser Interviewform liegt darin, den Interviewten die Möglichkeit zu geben, Gedanken zu formulieren, über die zuvor noch nie reflektiert wurde. Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Leitfaden genügend Raum für eigene Ausdrucksmöglichkeiten bietet. Er sollte demnach als Instrument verstanden werden, das zur Reflexion anregt und eine Interaktion ermöglicht, in der sich die befragte Person frei fühlt, sich ausdrücken (Böser, 2016: 236).

²⁷ Warum streichst du alles durch ? (Über. Z.B.)

Daher erfordert die Verfassung des Interviewleitfadens eine bewusste und durchdachte Gestaltung. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit war es von zentraler Bedeutung, stets darauf zu achten, Fragen so zu formulieren, die Reflexionsprozesse ermöglichen. Ebenso ging es darum, sich von jenen Fragen zu distanzieren, deren Antworten bereits vorweggenommen werden können. Ziel der Arbeit ist nicht nur, Fakten zu erheben, sondern auch die Wahrnehmung dieser Fakten sowie die dahinterliegende Meinungsbildungsprozesse nachzuvollziehen.

Ein erster Interviewleitfaden wurde dafür bereits erstellt und anhand des ersten Interviews mit IP1 auf seine Funktion getestet. Dieser umfasste rund vierzig Fragen, von denen ein erheblicher Teil geschlossen formuliert war und somit nur begrenzte Antwortmöglichkeiten bot (z. B. Ja/Nein-Fragen). Obwohl dieses Interview eine Vielzahl von Themen aufgriff, zeigte die nachträgliche Auswertung der Aufnahme mehrere Verbesserungsmöglichkeiten auf. Dank der Ansätzen von Dresing & Pehl konnten zentrale Problemstellungen identifiziert werden (Dresing & Pehl 2024). Das erste Interview wurde dennoch auch für die Analyse herangezogen, da es trotz allem interessante Ergebnisse für das Thema lieferte.

Insbesondere führten geschlossene Fragen, wie etwa *Denkst du, dass deine Rolle eher in der Interpretation oder in der kulturellen Vermittlung liegt?* zu „vorgegebenen Antwortmöglichkeiten“ (Dresing & Pehl 2024:8). Solche Fragen zwangen die Befragte dazu, innerhalb der vorgegebenen Kategorien zu denken, anstatt ihre eigene Perspektive frei zu formulieren. Dadurch wurde der Reflexionsprozess eingeschränkt, da das verwendete Vokabular möglicherweise nicht mit der alltäglichen Erfahrung der Interviewten übereinstimmte. Es ist daher essenziell, Begriffe zu verwenden, die für die Befragten verständlich und in ihrem Sprachgebrauch verankert sind („terms that are understood and shared by the participants“ Böser 2016:237). Darüber hinaus limitieren solche binären Fragen die Möglichkeit der Interviewten, eigene Kategorien zur Beschreibung ihrer beruflichen Rolle zu entwickeln.

Dresing & Pehl (2024: 10) bieten eine Typologie von Fragen an, die eine offene Gesprächsführung begünstigen und zugleich Fallstricke geschlossener Fragetechniken aufzeigen. Dieser Überblick über geeignete Fragestellungen ermöglicht es, geschlossene Fragen zu identifizieren und durch offenere Alternativen zu ersetzen. Beaud (1996:240) hebt in diesem Zusammenhang die Bedeutung der freien Assoziation der Interviewten hervor. Ein solches Vorgehen erlaubt eine natürliche Entwicklung des Gesprächs und das Aufkommen von Themen, die nicht zwangsläufig im Erwartungshorizont der forschenden Person liegen. Auch Dresing & Pehl (2024: 8) sprechen sich für diesen Ansatz aus und empfehlen die Verwendung von „Erzählanreizen“, die es den Interviewten ermöglichen, ihre Erlebnisse und Ansichten in

narrativer Form darzulegen. Auch wenn diese offenen Fragen möglicherweise Bedenken hinsichtlich der Präzision der erhaltenen Antworten hervorrufen, besteht jederzeit die Möglichkeit, gezielter nachzufragen (Dresing & Pehl 2024:8).

Ein weiteres methodisches Konzept aus dem Fachbereich der Arbeitssoziologie erwies sich als besonders aufschlussreich: die Methode der *Instruktion an den Doppelgänger*, die unter anderem vom Psychologen Ivar Oddone entworfen wurde (Oddone et al. 1981). Ursprünglich wurde diese Methode als Instrument zur Analyse der Arbeit entwickelt, um implizites Handlungswissen von Arbeitnehmer*innen in beruflichen Situationen zu explizieren und so zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen. Übertragen auf das sozialwissenschaftliche Interview ermöglicht sie die Sichtbarmachung impliziter beruflicher Praktiken und eine authentische Rekonstruktion realer Arbeitsprozesse.

Im Rahmen dieser Forschung wurde die Methode des *Doppelgängers* in Form einer spezifischen Frage in den Interviewleitfaden integriert: *Wenn ich an Ihrer Stelle wäre, welche Ratschläge würden Sie mir geben?*. Diese Frage ermöglichte den Zugang zu bislang nicht thematisierten Aspekten und erlaubte eine authentischere Annäherung an die Realität des Arbeitsalltags von Krankenpflegerinnen im CCN. Häufig führte sie zudem dazu, dass die Interviewten ihre eigene Praxis bewusster reflektierten – eine Reflexion, die zuvor meist auf einer automatisierten und routinierten Ebene verblieben war.

Auf der Grundlage der Erfahrungen aus dem ersten Interview, der Analyse der dabei identifizierten Fehler sowie der Einbeziehung der Methoden des ethnographischen Interviews und des semi-strukturierten Interviews konnte ein endgültiger Interviewleitfaden auf französisch entwickelt werden. Es wurde anschließend ins Deutsche übersetzt, um es in dieser Arbeit vorzustellen. Dieser wurde für die Interviews 2 bis 6 verwendet und bildet somit das zentrale Instrument der empirischen Datenerhebung. Es wird eine Unterscheidung zwischen den Interviews mit Krankenpflegerinnen, die dolmetschen, und jenen, die nicht dolmetschen, vorgenommen. Entsprechend wurden teilweise unterschiedliche Fragen gestellt. Um diese Differenzierung möglichst übersichtlich darzustellen, sind beide Fragetypen im nachfolgenden Leitfaden farblich voneinander abgegrenzt. Alle rot markierten Fragen richten sich ausschließlich an dolmetschende Krankenpflegerinnen. Alle blau markierten Fragen richten sich ausschließlich an nicht-dolmetschende Krankenpflegerinnen. Alle anderen Fragen richten sich an alle Interviewteilnehmenden. Der Interviewleitfaden befindet sich in Annex 1.

4.5 Nach dem Interview

Bevor die formale Auswertung wie folgt beschrieben durchgeführt wird, sollte die Analyse auf einer metasprachlichen Ebene anfangen. Nach dem ethnographischen Modell von Beaud wird das Interview in seinen sozialen Kontext eingebettet, der verschiedene Dimensionen umfasst. Die Analyse beschränkt sich somit nicht allein auf die gesprochenen Worte, sondern berücksichtigt auch die sozialen Dynamiken, in denen diese Worte eingebettet sind. Für die vorliegende Interviewstudie bedeutet dies, dass neben den Interviews auch die Kontaktaufnahmen davor und die Interaktionen danach analysiert werden sollen: der erste telefonische Austausch, die Begrüßung vor Ort, informelle Gespräche vor und nach dem Interview sowie etwaige nachträgliche Nachrichten. Darüber hinaus ist es von Interesse, Beobachtungen, die während der Zeit vor Ort gemacht wurden, einzubeziehen, beispielsweise Interaktionen zwischen den Pflegekräften während der Interviews oder die allgemeine Atmosphäre. Somit wird für Beaud die Interviewsituation selbst zu einem eigenständigen Gegenstand der Analyse:

On voit bien que le travail d'analyse et d'interprétation d'un entretien approfondi commence bien avant l'enregistrement proprement dit de la cassette. Les conditions d'établissement de la relation d'enquête sont essentielles à restituer si l'on veut objectiver la relation enquêteur/enquêté et comprendre le déroulement de l'entretien. On peut dire, sans exagérer, que les premiers moments de la rencontre sont stratégiques : ils marquent un climat, une „atmosphère“ dans laquelle se déroulera ensuite l'entretien.²⁸ (Beaud 1996:236)

4.5.1 Transkription

Die Transkription wird häufig als ein rein technischer Zwischenschritt gesehen, der mühsam und zeitraubend ist. Beaud schlägt jedoch eine völlig andere Sichtweise vor. Seiner Auffassung nach sollte die Transkription nicht als bloße technische Aufgabe verstanden werden, sondern muss als integraler Bestandteil des interpretativen und analytischen Forschungsprozesses angesehen werden. Sie ist unverzichtbar für die Sichtbarmachung der Gesprächsdynamik des Interviews, die sich keineswegs auf den rein sprachlichen Inhalt der Aussagen beschränkt. Elemente wie

²⁸ "Es wird deutlich, dass die Analyse und Interpretation eines tiefgehenden Interviews bereits lange vor der eigentlichen Aufnahme beginnt. Die Bedingungen, unter denen die Beziehung zwischen Forschendem und Befragtem etabliert wird, sind von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, diese Beziehung zu objektivieren und den Verlauf des Interviews nachzuvollziehen. Ohne Übertreibung lässt sich sagen, dass die ersten Momente der Begegnung von strategischer Relevanz sind: Sie prägen das Klima und die „Atmosphäre“, in der das Interview anschließend stattfindet." (Übers. Z.B)

Tonfall, Sprachrhythmus, Pausen oder auch das Schweigen spielen eine entscheidende Rolle in der Interaktion und müssen daher unbedingt in die Transkription einbezogen werden (Beaud 1996: 250).

Beaud argumentiert, dass eine Ausführung dieser Aufgabe über ein Drittmittel – sei es über eine andere Person oder über eine automatische Spracherkennungssoftware – die Analyse auf einen starren, schriftlich fixierten Text beschränken würde. Zudem würde dies die interaktionale Dimension des Interviews im Sinne von Wadensjö (1998) außer Acht lassen. Er betont, dass die Transkription durch den*die Forscher*in selbst – also durch die Person, die das Interview geführt hat und anschließend die inhaltliche Analyse vornimmt – einen essenziellen Schritt darstellt, da sie eine erneute Auseinandersetzung mit der Interviewsituation ermöglicht.

Gesprochene Sprache entfaltet eine andere Bedeutung, wenn sie gehört wird, anstatt lediglich in schriftlicher Form vorzuliegen. Die Berücksichtigung von Tonvariationen, Verzögerungen und Schweigemomenten eröffnet neue Interpretationsmöglichkeiten und erlaubt eine tiefere Analyse. Freud bringt diese Idee folgendermaßen zum Ausdruck: „Man darf nicht darauf vergessen, dass man ja zumeist Dinge zu hören bekommt, deren Bedeutung erst nachträglich erkannt wird“ (Freud 1912:483). Beaud veranschaulicht dieses Argument, indem er seine eigenen Interpretationen von selbsttranskribierten Interviews mit denen vergleicht, die auf fremder Transkriptionsarbeit basieren. Dadurch zeigt er auf, wie stark die direkte Beteiligung des Forschers an diesem Prozess die Analyse beeinflusst.

C'est toujours au moment de l'écoute de la „bande“ que l'on redécouvre des passages de l'entretien que l'on avait presque oubliés ou auxquels on n'avait pas, sur le moment, prêté véritablement attention¹; ceux-ci acquièrent alors, avec le recul, un plus grand relief et en viennent parfois à prendre un tout autre sens, si bien qu'ils sont parfois placés au centre de l'analyse²⁹. (1996: 251)

Angesichts dieser methodologischen Überlegungen wurde für die Durchführung der vorliegenden Studie entschieden, einen gemischten Ansatz zu wählen. Die Transkriptionen wurden zunächst in einer Rohversion mit Adobe Premiere Pro erstellt. Das Ergebnis dieses ersten Schrittes war eine grobe Struktur, die jedoch sämtliche Fehler beinhaltete. Es folgte eine manuelle Korrektur der Transkripte von der Autorin im Umfang von vier Stunden pro Stunde Interview.

²⁹ Beim Abhören des Aufzeichnungsbands entdeckt man immer wieder Passagen des Interviews, die man fast vergessen hatte oder denen man zu diesem Zeitpunkt nicht wirklich Beachtung geschenkt hatte. Diese Passagen gewinnen im Nachhinein an Bedeutung und bekommen manchmal einen ganz neuen Sinn, so dass sie manchmal in den Mittelpunkt der Analyse gestellt werden. (Übers. Z.B.)

Um eine „einheitliche und nachvollziehbare“ Verschriftlichung sicherzustellen, wurde ein Regelwerk für die Transkription ausgewählt (Dresing & Pehl 2024: 25). Im Rahmen dieser Forschung kommt eine inhaltlich-semantische Transkription zum Einsatz (Dresing & Pehl 2024: 21). Dabei wird das folgende Regelwerk, außer Regel 3 (Deutliche Pausen festhalten), beachtet:

- Regel 1: Jedes Wort aufschreiben [...]
- Regel 2: Kurze Antworten aufschreiben, Verstehensäußerungen ignorieren [...]
- Regel 4: Emotionen und Betonungen notieren [...]
- Regel 5: Transkripte einheitlich gestalten. (2024:21)

Zur Umsetzung des Regels 4 wurden betonte Wörter fett markiert. Außerdem wurde als einzige „Emotion“ das Lachen durch die Bemerkung „lacht“ unter Klammern vermerkt. Zwecks Anonymisierung wurden alle Angaben zur Nationalität und Zweitsprache der Befragten durch das Nutzen von Sternchen ersetzt. Es folgen zwei Beispiele der Transkripte zur Veranschaulichung:

- IP5: Du sagst dir: 'Aber warum habe ich gesagt, dass ich ***** bin? Ich hätte sagen können, dass ich Mauritianin bin, lasst mich in Ruhe!' (lacht) (IP5: 220)
- IP2: Für mich liegt der Unterschied wirklich in der **zwischenmenschlichen** Beziehung während der Pflege (IP2: 315).

Die Transkripte der Interviews sind in Annex 3 bis 8 zu finden.

4.5.2 Kodierung und Auswertung

Die Kodierung der Transkriptionen erfolgte in mehreren Schritten nach dem Modell von Kuckartz (2018). Zunächst wurden die Transkripte in die Software MAXQDA importiert, die eine strukturierte und effiziente Kodierung des Materials ermöglichte. In einer ersten Durchsicht der Transkripte wurden auffällige Textpassagen identifiziert und erste inhaltliche Notizen festgehalten. Dieses System ermöglicht es zudem, die am häufigsten behandelten Themen zu identifizieren und deren Behandlung zwischen den verschiedenen Interviewten zu vergleichen.

Mit diesem ersten Überblick ist es möglich, eine erste Auswertung durchzuführen. Dabei wird das Modell von Kuckartz herangezogen: die *kategoriebasierte Auswertung* (Kuckartz 2018:37). Diese Methode besteht darin, auf Grundlage der identifizierten Themen Kategorien zu bilden. Diese Kategorien bildeten die verschiedenen Codes. Das Gesamtsystem der Kategorien ergibt ein Categoriesystem, das in Ober- und Unterkategorien unterteilt wird. Bei der Entwicklung dieser Kategorien sollten die folgenden Kriterien berücksichtigt werden:

- Es sollte ...
 1. nicht zu feingliedrig und nicht zu umfangreich sein [...]
 2. in jedem Fall trennscharf sein [...]

3. in Hinblick auf den späteren Evaluationsbericht formuliert sein, indem z. B. Kategorien gewählt werden, die im späteren Bericht als Überschriften wieder auftauchen können. [...]
4. in Beziehung zu den Fragestellungen und Evaluationszielen definiert sein. [...]
5. an ein bis zwei Interviews getestet worden sein. (ibid.: 37)

Kuckartz hebt die Schwierigkeit hervor, trennscharfe Kategorien zu bilden und plädiert daher für eher offene Kategorien, damit Doppelungen vermieden werden. Ein Textabschnitt sollte nicht mehreren Kategorien zugeordnet werden, da dies die Analyse erschweren könnte. Nach dem ersten Durchlesen wurden folgende Oberkategorien gewählt:

- Profil der Befragten
- Organisation des CCN
- Konsequenzen der Sprachbarrieren
- Lösungen zur Sprachbarriere
- Das Dolmetschen
- Die Doppelrolle
- Ergebnis der Behandlung

Auf Basis dieser Oberkategorien wurden Unterkategorien festgelegt und in Kapitel der kategoriebasierten Analyse überführt. Zur Untermauerung jeder Unterkategorie wurden alle relevanten Textpassagen der entsprechenden Kategorie zugeordnet. Um die Verarbeitung zu erleichtern, wurde jede ausgewählte Textpassage im Programm MAXQDA betitelt.

Im Sinne Kuckartz (2008: 34) erfolgte dann eine fallweise Auswertung je nach Unterkategorie. Für Kategorien mit einer sehr diversen Auffassung der Interviewten wurde eine Tabelle erstellt, in der die Meinung jedes Interviewten festgehalten wurde. Dies erwies sich als äußerst hilfreich, um Meinungsverschiedenheiten sichtbar zu machen und anschließend schriftlich in dieser Arbeit festzuhalten. Die Tabellen dienten als Vorarbeit für die Erfassung der kategoriebasierten Analyse. Eine davon wird in dieser Arbeit wiedergegeben, da es sich um vergleichsweise konkrete und präzise Themen handelt, bei denen die Unterschiede zwischen den Interviewten deutlich ausgeprägt sind und die sich daher gut in wenigen Stichpunkten in einem Tabellenformat darstellen lassen (siehe 5.3). Eine andere Tabelle befindet sich im Annex 2 und dient als exemplarische Veranschaulichung des methodischen Vorgehen der vorliegenden Arbeit.

Kuckartz hebt hierbei den Einsatz quantitativer analytischen Werkzeuge innerhalb qualitativer Studien hervor, da sie das Verständnis eines Kontextes erweitern können. In diesem Sinne sollte die quantitative Analyse dazu dienen, die abschließende Interpretation zu untermauern und eine datenbasierte Nuancierung der Ergebnisse zu ermöglichen:

Wir halten es für sinnvoll, quantifizierende Aussagen zu treffen, um Mehrheiten und Minderheiten zu verdeutlichen. Es macht ja einen Unterschied, ob ein Verbesserungsvorschlag von einer Person oder von fast allen Befragten genannt wird. In unserer Studie wurden deshalb folgende Formulierungen verwendet:

- „Fast alle Interviewten ...“
- „Die Hälfte der Befragten ...“
- „Eine Person ...“ (2018:48)

Abschließend stellt Kuckartz die Frage nach dem angemessenen Maß an Interpretation im Rahmen der Textanalyse: „Wie viel sollte bzw. darf man interpretieren? Wie beschreibend sollte man vorgehen? Wie dicht bleibt man am Interview bzw. am Text?“ (2008: 48). Gerade in einer ersten Forschung erscheint es wesentlich, den eigenen interpretativen Ansatz zu reflektieren. Kuckartz betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, sich nicht auf eine rein deskriptive Analyse zu beschränken. Im Rahmen dieser Analyse wurde dementsprechend häufig auf der interpretativen Ebene gearbeitet. Dies ermöglichte eine vertiefende Analyse des Gesagten sowie die Aufstellung weiterführender Hypothesen zu den recherchierten Fragestellungen.

KATEGORIEBASIERTE ANALYSE DER INTERVIEWS

5. Wahrnehmung der Sprachbarriere im CCN

Um die Situation der Krankenpflegerinnen, die am Centre Cardiologique du Nord (CCN) arbeiten und dolmetschen, zu verstehen, ist es notwendig, den allgemeinen Rahmen der Betreuung von fremdsprachigen Patient*innen zu berücksichtigen. Genaue quantitative Daten über den Anteil der Patient*innen, deren Französischkenntnisse für eine adäquate Kommunikation nicht ausreichen, liegen nicht vor. Die einzige verfügbare Grundlage bilden die Angaben der fünf in dieser Studie befragten Pflegekräfte. Diese beruhen auf deren subjektiven Eindrücken und nicht auf statistisch gesicherten Zahlen. Bereits die Diskrepanz zwischen den Antworten sowie die Schwierigkeiten der Befragten, überhaupt eine Einschätzung abzugeben („Es ist sehr schwer.“ (IP2: 618)³⁰, zeigen, dass das Thema der Sprachbarriere im CCN bislang nicht systematisch behandelt wird. Während IP2 von „25 bis 30%“ (IP2: 623) der Patient*innen

³⁰ Die Zitate aus den Interviews werden immer direkt in der deutschen Übersetzung angegeben. Die deutsche Übersetzung erfolgte durch maschinelle Übersetzung mit DeepL und Nachbearbeitung von der Autorin. Die Originalversion auf französisch ist in den Transkripten im Anhang zu finden.

spricht, bleibt IP1 vage und antwortet: „Jede Krankenpflegerin kümmert sich um vier Patienten. Es passiert manchmal, dass vier von vier Patienten kein französisch sprechen“ (IP1: 156). Dies sind die einzigen Informationen, die sich in den Interviews zur Zahl der Patient*innen ohne ausreichende Französischkenntnisse gewinnen ließen. Dies verweist einerseits auf die unterschiedliche Wahrnehmung der Sprachbarriere, andererseits auf das Fehlen einer offiziellen Auseinandersetzung mit diesem Thema innerhalb des CCN. Die vorliegenden Ergebnisse stellen damit eine relevante Grundlage für das Verständnis des Rahmens, in dem die Behandlung der fremdsprachigen Patient*innen am CCN abläuft, dar.

5.1 Problembewusstsein

Es stellt sich somit die Frage, wie die Sprachbarriere wahrgenommen wird. In den Interviews zeigte sich, dass dieselbe Situation unterschiedlich bewertet wird. Die meisten Befragten nehmen zunächst Probleme aufgrund der Sprachbarriere wahr, betrachten diese jedoch immer als lösbar: „Man kann sich mit Patienten immer irgendwie verständigen“ (IP6: 181). Vier der befragten Pflegekräfte (IP1, IP3, IP4, IP6) betonen, dass sich stets eine Lösung finde, sei es durch Kolleg*innen, durch Familienangehörige oder mithilfe von Gestik. Für IP3 stellt sich die Situation mit ausländischen Patient*innen im CCN sogar als ideal dar (IP3: 400). Diese positive Bewertung basiert auf dem Engagement der Pflegekräfte Lösungen zu finden, was IP6 als ideal bezeichnet: „Und das gefällt mir daran: Wenn wir nicht weiterkommen, fragen wir, ob jemand eine Lösung kennt, wir suchen nach Lösungen, aber wir lassen nie den Patienten einfach so liegen“ (IP3: 400). Diese Aussage verdeutlicht zugleich das mangelnde Engagement der Einrichtung in Bezug auf das Kommunikationsproblem. Es scheint unthematisiert zu bleiben und liegt somit in der Verantwortung der Pflegekräfte.

IP5 fragt sich, wie die anderen mit der Sprachbarriere umgehen. Sie distanziert sich dabei von den eigenen Schwierigkeiten, indem sie auf diejenigen anderer Berufsgruppen verweist, wie Physiotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Empfangspersonal oder sogar Kolleg*innen aus der Pflege. Dies zeigt erneut, dass das Thema im CCN auf institutionellem Niveau nicht besprochen wird. Dies lässt sich als mögliches Indiz für eine gewisse Verdrängung seitens des CCN interpretieren. Insgesamt scheint die Notwendigkeit, Lösungen für interlinguale Kommunikationsprobleme zu entwickeln – und damit auch die potenzielle Notwendigkeit professioneller Dolmetschleistungen – institutionell nicht anerkannt zu sein. Auf den ersten Blick könnte dieses Problem sogar leicht übersehen werden, da die betroffenen Patient*innen

selbst so unauffällig bleiben, dass „Man sie fast vergessen [könnte], wenn man nicht aufpasst“ (IP1: 853).

5.2 Wissens- und Informationsmangel

Das fehlende Problembewusstsein stellt eine erste Erklärung für die Situation am CCN dar. Es führt zwangsläufig zu einem Mangel an Kenntnissen über vorhandene Lösungen im Umgang mit Sprachbarrieren. Ein aufschlussreiches Beispiel bietet hier die Situation der Sprache von IP5³¹. Obwohl IP5 überzeugt ist, dass ihre Kolleg*innen wissen, dass sie *Sprache-IP5* übersetzen kann (IP5: 76), und obwohl ein erheblicher Anteil der Patient*innen *Nationalität-IP5* Herkunft kein Französisch spricht (IP2: 410), wurde sie in zwei Jahren lediglich zwei- bis dreimal zum Dolmetschen hinzugezogen (IP5: 74). Dies bestätigt sich, als eine Kollegin derselben Abteilung beklagt, für diese Sprache keine Kollegin zu Verfügung zu haben (IP4: 367). Ein ähnliches Muster zeigt sich beim *Sprache-IP3*, das von zwei Befragten (IP3 und IP6) gesprochen wird. Dennoch äußert eine Pflegekraft, die bereits seit eineinhalb Jahren in der Abteilung tätig ist bedauernd, dass „leider kein *Sprache-IP3*“ unter den von Kolleginnen gesprochenen Sprachen sei (IP5: 526).

Diese Befunde wirken besonders erstaunlich, wenn man berücksichtigt, dass die Hauptmaßnahme des CCN in der Erfassung eines digitalen Liste besteht, das angeblich alle zweisprachige Mitarbeitenden aufführt, eine Vorgehensweise, wie sie auch Bischoff (2007: 343) empfiehlt. Hier stellt sich die Frage, ob dieses Tool tatsächlich wie angekündigt implementiert wurde und weshalb es nicht die erwartete Wirkung zeigt.

5.3 Die Liste: ein sinnvolles Werkzeug?

Das Vorhandensein einer Liste, in der alle zweisprachigen Pflegekräfte der Einrichtung erfasst sind, wurde zum ersten Mal während der ersten telefonischen Kontakte, die den hier analysierten Interviews vorausgingen, erwähnt. Es wurde bereits beim ersten telefonischen Kontakt (mit IP1) als die von der Einrichtung angebotene Lösung für das Kommunikationsproblem vorgestellt. Mehrere der IP hatten es ebenfalls als das zentrale Instrument in der Organisation der Behandlung fremdsprachiger Patient*innen im CCN bezeichnet. Daher wurde der Interviewleitfaden unter der Annahme erstellt, dass das Hinzuziehen zweisprachiger Pflegekräfte

³¹ Zwecks Anonymisierung werden in der Analyse Sprachen und Nationalitäten der Befragten durch „*Sprache-IP**“ und „*Nationalität-IP**“ mit jeweils der Interviewspartnernummer ersetzt.

als Dolmetscher*innen vollständig auf der Liste beruhte.

In der Tat wird von der Liste in den Interviews mehrmals die Rede sein. Sie wird von vier der sechs IP spontan erwähnt (IP2; IP3; IP4; IP5), wenn sie nach den verfügbaren Möglichkeiten bei Verständigungsproblemen gefragt werden. Dennoch scheint ihre Nutzung bei weitem nicht systematisiert zu sein. Um das mitunter widersprüchliche Verhältnis der IP zur Liste und deren Nutzung zu veranschaulichen, verwenden wir diese Tabelle, die die unterschiedlichen Erwähnung zusammenfasst:

IP	Spontan erwähnt?	Bezeichnung	Benutzt oder nicht?	In der Liste als dolmetschende Pflegekraft eingetragen?
IP 1	Ja	„Das Protokoll“	Nein	Sie weiß es nicht
IP 2	Nein (von mir)	„Liste von Referent*innen“	Ja aber	Nein (spricht English, aber nicht als Referentin)
IP 3	Ja	„Das Register“	Nicht klar	Ja aber noch nie angerufen worden
IP 4	Ja	„Liste von Dolmetscher*innen“	Nein	Nein (sie wollte es nicht)
IP 5	Ja	Blue Kangoo ³²	Nein	Denkt dass ja, aber nicht
IP 6	Nein (von mir, sie kannte die Liste nicht, hatte nur davon gehört)	Keine Bezeichnung	Nein	Nein

Tab. 2: Die Pflegekräfte und die Liste

Man erkennt bereits an den unterschiedlichen Bezeichnungen, dass die Nutzung der Liste nicht systematisiert ist, obwohl sie so dargestellt wird: „Also, wir haben eine Liste der Ansprechpersonen in unserem Ordner, wo wir für mehrere Sprachen eigentlich die Handynummer der Person haben, die je nach benötigter Sprache kontaktiert werden soll“ (IP2: 10); oder auch: “Wir haben auch ein Instrument zur Verfügung. Das nennt sich *Blue Kangoo*. Es hilft uns dabei, herauszufinden, wo alle Sprachen verzeichnet sind, die alle sprechen, die die

³² Blue Kangoo ist das Software wo alle sich nützliche Informationen für Pflegekräfte sich befindet.

Leute zusätzlich sprechen“ (IP3: 43).

Alle verschiedene Bezeichnungen werden von den Befragten mit bestimmten Artikel eingeführt, wodurch sie den Charakter einer gelernten und wiederholten Formulierung erhalten: „das Protokoll“ (IP1: 293), „das Register“ (IP3: 43). Für eine Befragte sind die zweisprachigen Kolleginnen „Referentinnen“ (sechsmal von IP2 erwähnt), für die andere sind sie „Ressourcen“ (zehnmal von IP5 erwähnt). Während IP2 sich ausschließlich auf die in der Liste aufgeführten Pflegekräfte bezieht (IP2: 10), versteht IP5 unter „Ressourcen“ alle Kolleg*innen, die ihr bei der Kommunikation helfen können – unabhängig davon, welche Sprache sie sprechen und ob sie in der Liste aufgeführt sind oder nicht: „Da ich weiß, dass ich Kolleginnen als Ressourcen habe, auch wenn es nicht unbedingt Kolleginnen sind, die direkt übersetzen, auch wenn sie eine andere Sprache sprechen und [der Patient] *Sprache-IP5* spricht, werde ich sie trotzdem schicken, um es zu versuchen, um zu sehen, ob sie irgendetwas herausfinden kann oder nicht“ (IP5: 05).

Man erkennt anhand der Verwendung dieser Begriffe (Protokoll, Register, Ressourcen, Referentinnen), die jeweils nur in einem einzigen Interview und niemals in den anderen vorkommen, dass die Schulung der Krankenpflegerin nicht einheitlich ist. Durch die wiederholte Verwendung des Wortes „Ressource“ in verschiedenen Kontexten könnte man vermuten, es handle sich um einen Begriff, der im Rahmen einer Ausbildung vermittelt wurde, was bei den anderen Begriffen jedoch nicht der Fall zu sein scheint. Möglicherweise hängt dies mit dem Unterschied in der Berufserfahrung zusammen (IP5 arbeitet seit 1,5 Jahren im CCN).

Die befragten Pflegekräfte unterscheiden sich ebenfalls in ihrer Nutzung der Liste. IP2 ist die Einzige, die angibt, die Liste zu verwenden, schränkt dies jedoch sofort ein: „Also, wir nutzen sie. Aber es stimmt, dass [die zweisprachige Kolleg*innen] nicht unbedingt immer direkt erreichbar sind, aus verschiedenen Gründen, sie arbeiten nicht unbedingt in dem Moment, in dem wir sie brauchen. Wir versuchen uns dann auch ein bisschen mit anderen Mitteln zu behelfen“ (IP2: 16).

IP2 bringt hier ein erstes Paradoxon der Liste zum Ausdruck. Obwohl sie rund hundert Pflegekräfte aus allen Abteilen des CCN zusammenfasst und damit scheinbar eine große Zahl an möglichen Hilfspersonen bietet, sind diese in der Praxis kaum wirklich verfügbar: „Es ist immer dasselbe, sie müssen arbeiten. Und die Leute arbeiten nicht jeden Tag“ (IP1: 06). Die Regeln scheinen im Falle einer Nichtverfügbarkeit nicht klar zu sein. IP2 sagt zunächst: „Auf jeden Fall, wenn sie gerade frei haben, dann läuft es eben über einen Anruf“ (IP2: 351), widerspricht sich aber gleich in der darauffolgenden Antwort: „Wir sind manchmal etwas zurückhaltend, sie

während der Freizeit anzurufen“ (IP2: 357). Auch in Bezug auf die Form des Dolmetschens herrscht Unklarheit. Für IP5 erfolgt der Rückgriff auf Dolmetschen „normalerweise telefonisch“ (IP5: 545), so wie es ihr von der Leitung gesagt wurde, während IP4 meint, sie hätten das „noch nie gemacht“ (IP4: 130). Abgesehen von IP2 zieht man es in der großen Mehrheit vor, Kolleg*innen vor Ort einzubeziehen (IP5), was der Rückgriff auf der Liste stark einschränkt. Hier wird bereits eine Diskrepanz sichtbar zwischen dem, was laut der Leitung getan werden sollte, und dem, was tatsächlich geschieht.

Während IP1 und IP4 (mit jeweils 25 und 21 Jahren Berufserfahrung) deutlich sagen, dass sie diese nicht benötigen, weil „wenn man schon sehr lange hier ist, weiß man, wer welche Sprache spricht“ (IP1: 293), äußern sich andere weniger eindeutig. Sie scheinen nicht zeigen zu wollen, dass sie die Liste nicht verwenden.

Auf die Frage des „Doppelgängers“, („Angenommen, ich müsste Sie morgen ersetzen und müsste mich um einen*e Patienten*in kümmern, der kein Französisch spricht, was würden Sie mir empfehlen?“), erwähnt keine der Befragten die Liste. Als diese direkt angesprochen wird („Du rätst mir also nicht, in die Liste zu schauen?“), lacht IP5 und fühlt sich in die Enge getrieben: „Ach ja, stimmt. Ah, aber du bist fies! Sie stellt mir Fangfragen!“ (IP5: 479). Diese Situation ermöglicht es IP5 anschließend zuzugeben, dass sie die Liste in Wirklichkeit nie benutzt:

I: Das ist kein Test, keine Sorge, ich sage es niemandem. Es geht nur darum zu wissen, ob du es machst, das interessiert mich.

IP5: Im Allgemeinen nicht, weil ich mir sage, dass ich es nicht brauche. Ich hatte bisher keine großen Schwierigkeiten, sodass ich anrufen müsste, verstehst du. Bis jetzt habe ich es geschafft, mich durchzuschlagen. Ich gebe zu, ich denke nicht unbedingt an die Liste, weil ich es automatisch anders mache, ich komme alleine zurecht. Ich weiß, dass meine Kollegin unten *Sprache-IP5* spricht, also rufe ich sie an. (IP5: 480-482)

Ein ähnlicher Widerspruch findet sich im Fall von IP2. Sie gibt also an, die Liste zu nutzen, und dass diese sich im „Ordner“ befinde (IP2: 10), was sich jedoch im Verlauf des Interviews mit IP6 als falsch herausstellt. Tatsächlich ist IP6 die Einzige, die die Liste nicht kennt, aber „wusste, dass es so etwas gibt“ (IP6: 355). Sie ist durch diese Information neugierig geworden und begann während dem Interview, die Liste im Tool *Blue Kangou* zu suchen („Das ist ein bisschen wie Aladins Wunderhöhle. Man kann da ganz viele Sachen finden. Wirklich alles, wonach man sucht“ (IP6: 346–348)). Dabei wird sichtbar, dass die Liste selbst Unstimmigkeiten aufweist, was letztlich ihre Nichtnutzung erklärt.

Mehrere zweisprachige Kolleg*innen aus der selben Abteilung wie IP6 sind in der Liste gar nicht aufgeführt („Sehen Sie, da sind nicht einmal meine Kolleginnen drin“ (IP6: 391)). Selbst IP5 ist nicht aufgelistet, obwohl sie zuvor ausdrücklich behauptet hatte, auf der Liste zu stehen (IP5: 52). Dies scheint an fehlenden Aktualisierungen zu liegen (IP5: 398). IP1 weiß sogar gar nicht, ob sie in der Liste aufgeführt ist (IP1: 318). IP5 glaubt, sie sei dort, ist es aber nicht, und IP4 möchte bewusst nicht aufgenommen werden, auch wenn sie weiß, „Das ändert nicht viel. Es ist nur so, dass ich in den Unterlagen nicht auf der Liste stehe“ (IP4: 52).

Obwohl es sich um das einzige offizielle Instrument handelt, das von der Leitung des CCN eingeführt wurde, weist diese Liste zahlreiche Probleme auf (fehlende Aktualisierungen, keine Weitergabe), vor allem aber ist sie nicht an die Realität der Pflegekräfte angepasst. Alle zeigen eine klare Präferenz für Kolleg*innen, die sie persönlich kennen und die an dem jeweiligen Tag vor Ort sind. Keine scheint die Liste je tatsächlich genutzt zu haben. Letztlich wirkt diese Liste eher wie eine Scheinmaßnahme als wie eine echte Antwort auf das Kommunikationsproblem, was sich auch im Verhalten von IP5 („Sie stellt mir Fangfragen“) und IP6 („Ich bin froh, dass wir darüber gesprochen haben, falls man mich während der Zertifizierung darauf anspricht.“ (IP6: 442)) zeigt. Dabei gilt es zu erinnern, dass beide neu bei CCN und überhaupt als Krankenpflegerinnen sind.

5.4 Organisation der Aufnahme von fremdsprachigen Patient*innen

Obwohl sie eine gewisse Wahrnehmung des Problems widerspiegelt, zeigt die Liste in der Praxis Funktionsstörungen und kann daher nicht wie vorgesehen genutzt werden. Weitere Komponenten zur Organisation der Patientenaufnahme erscheinen fragwürdig, wenn man den großen Anteil fremdsprachiger Patient*innen im CCN betrachtet.

Erstens ist es für Pflegekräfte nicht möglich, sich auf die Aufnahme eines*er fremdsprachigen Patienten*in vorzubereiten, da sie die Informationen über ihn*sie „am Vorabend oder am selben Morgen“ erhalten (IP6: 299), sodass sie oft vor einer „Überraschung“ stehen und ohne Vorbereitung handeln müssen (IP3: 40). Auf diese Weise ist es nicht möglich, im Voraus eine zweisprachige Pflegekraft einzuplanen. Die einzige Lösung besteht dann darin, improvisiert zu handeln: die Familie hinzuziehen, den Google Übersetzer oder Mimik zu nutzen. Viele Befragte geben sogar an, Zeit damit zu verlieren, die Sprache des*der Patienten*in zu erraten, da diese nicht angegeben ist (IP2: 172).

Zweitens erfolgt die Zuteilung der Patient*innen zu den Pflegekräften willkürlich anstatt nach Sprache (IP1: 217). Jede Pflegekraft ist nämlich für vier Patient*innen zuständig und kümmert sich ausschließlich um diese. Das bedeutet, dass ein*e Patient*in, der*die beispielsweise arabisch spricht, von einer nicht zweisprachigen Pflegekraft betreut werden kann, obwohl mehrere arabischsprachige Pflegekräfte in der gleichen Abteilung tätig sind. Diese Inkohärenz wird während des Interviews mit IP1 nicht hinterfragt (IP1: 217). Darüber hinaus wechseln die Pflegekräfte ihre zugewiesenen Patient*innen etwa einmal im Monat, sodass ein*e Patient*in nicht während der gesamten Betreuung von derselben Pflegekraft betreut wird. Dies erklärt sich durch das Bestreben nach finanziellen Einsparungen. Die Patient*innen sind auf drei Etagen verteilt: zwei Etagen mit je zwölf Patient*innen (1. und 2. Etage) und eine Etage mit 21 Patient*innen (3. Etage) (IP6: 217). Um die Arbeitsbelastung auszugleichen, wechseln die Pflegekräfte abwechselnd auf die 3. Etage. Es gibt jedoch noch andere Gründe für diesen Wechsel:

Manchmal ist es nicht optimal, wenn sie sich nur an eine Pflegekraft gewöhnen. Deshalb versuchen wir zu wechseln. Es stimmt, dass das sowohl Vorteile als auch Nachteile hat, weil sie ihre Gewohnheiten entwickeln usw. Aber nicht alle arbeiten immer auf dieselbe Weise. Ich weiß nicht, es hat ein bisschen einen negativen Aspekt, weil Vergleiche gemacht werden, also wir arbeiten nicht alle auf dieselbe Art, aber wir versuchen es korrekt zu machen. Ja, nein, ich finde das nicht ideal. Meine Kolleg*innen stimmen zu, dass man manchmal wechseln muss, man darf nicht zulassen, dass sie sich an dieselbe Person gewöhnen. (IP6: 217–219)

Im Lichte dieser Erklärung erscheint eine Zuteilung der Patient*innen nach Sprache unmöglich. Diese wird von den Befragten auch nicht vorgeschlagen, als sie nach möglichen Verbesserungen gefragt werden. Stattdessen wird vorgeschlagen, schriftliche informative Dokumentationen in den am häufigsten gesprochenen Sprachen („Kabylish, Tamil, Hindi, Pakistanisch“ (IP2: 435)) zu verfassen- beispielsweise mit Informationen die während der sogenannten „therapeutischen Erziehung“ vermittelt werden:

Es sind Dinge, die wir mündlich weitergeben könnten, die aber in diesem Fall nicht möglich wären, aufgrund der genannten Gründe, also Mangel an Dolmetschern oder der Komplexität der Sache. Denn es ist dasselbe, wenn es um medizinische oder paramedizinische Informationen geht und auch um die Erziehung. Das sind Dinge, die wir den Patienten mehrmals wiederholen müssen, weil sie nicht auf einmal verstanden werden. (IP2: 441)

Ähnlich verhält es sich mit den zahlreichen bereits vorhandenen schriftlichen Dokumenten auf Französisch. Mit Ausnahme eines Dokuments zur Erziehung über Antikoagulantien, das „in Bearbeitung“ für die Übersetzung sei (IP2: 554), scheint die Leitung die Initiative bisher nicht auf die übrigen Dokumente auszuweiten.

Durch die Berichte der Pflegekräfte entsteht der Eindruck eines mangelnden Bewusstseins für die bestehenden Sprachbarrieren zwischen Pflegekräften und Patient*innen. Die Leitung des CCN zeigt nur geringes Interesse an sprachbedingten Problemen. Obwohl eine Liste von dolmetschenden Pflegekräften eingerichtet wurde, wird sie kaum genutzt und nicht aktualisiert. Die Organisation der Patient*innenbetreuung scheint die Unterschiede im Zugang zur Kommunikation in keiner Weise zu berücksichtigen und unternimmt nichts, um die Betreuung durch einfache Maßnahmen wie die Zuteilung der Patient*innen zu erleichtern. Selbst eine einfache Maßnahme wie die Erfassung mehrsprachiger Dokumente wird nur sehr begrenzt umgesetzt, obwohl die Idee unter den Pflegekräften angesprochen wurde.

Für IP2 könnte diese Haltung der Einrichtung durch das geringe Interesse der Haute Autorité de Santé (französische Gesundheitsbehörde) an Kommunikationsproblemen erklärt werden: „Kommunikation, Dolmetschen und Nonverbales sind noch nicht die große Priorität. Sie konzentrieren sich wirklich sehr, sehr, sehr stark auf Hygiene, Pflege, im Grunde alles, was mögliche rechtliche Konsequenzen verhindern kann“ (IP2: 587). Diese passive Haltung bestätigt sich, als IP2 bei ihrer Leitung den Zugang zu einem Dolmetscherkatalog für osteuropäische Sprachen, auf den die Aufnahme der APHP³³ Zugriff hat, beantragt - Sprachen, die unter den Pflegekräften des CCN nicht gesprochen werden. Dieser Antrag wurde abgelehnt mit der Begründung, es seien „Sprachen, denen man nur sehr selten begegnet und mit denen man sich auf andere Weise zu helfen weiß“ (IP2: 60). Wie genau sie sich dann durchschlagen, wird im nächsten Kapitel näher betrachtet.

6. SPRACHBARRIERE KONZEQUENZEN UND LÖSUNGSSTRATEGIEN

6.1 Konsequenzen der Sprachbarrieren

Zunächst gilt es, die Folgen von Kommunikationsbarrieren auf die Behandlung der Patient*innen gemäß den Befragten in den Blick zu nehmen. Trotz der eingesetzten Mittel, die eine Kommunikation ermöglichen sollen – wie im nächsten Abschnitt dargestellt wird –, bleibt die Behandlung in vielfältiger Weise durch die Sprachbarriere beeinträchtigt.

An erster Stelle wird von den Pflegekräften häufig hervorgehoben, dass fremdsprachige Patient*innen sich generell weniger ausdrücken: „Oh ja, natürlich äußern sie sich weniger. Sie

³³ Öffentliches Krankenhaus in Paris

äußern sich weniger, sie fordern uns weniger. Man könnte sie fast vergessen, wenn man nicht aufpasst“ (IP1: 853). Dies wird von allen Befragten beobachtet. Unterschiedliche Ursachen werden angeführt. Für manche liegt es an der „Befürchtung“ vor dem „Ärger“ der Pflegenden, sie nicht zu verstehen (IP5: 393), was in einer „Zurückhaltung beim Äußern von Bedürfnissen“ (IP5: 392) resultiert. Die Patient*innen würden sich einschränken, aus Angst, zur Last zu fallen: „Sie wird sich denken, gut, ich werde weniger Dinge verlangen. Schon jetzt tut sie sich schwer damit, mir dies zu zeigen, sie bemüht sich sehr – also werde ich sie nicht noch mehr beanspruchen“ (IP3: 240).

Dazu hebt IP2 die symbolische Distanz zum Pflegepersonal hervor, die sich durch die Kommunikationsbarriere verstärkt: „Wir wissen ja, dass es für die Patient*innen manchmal ohnehin nicht einfach ist mit den weißen Kitteln. Das kann noch dazu beitragen, dass sie nichts sagen“ (IP2: 46). Um nicht zu stören, würden manche Patient*innen sogar so tun, als ob sie etwas verstünden: „Sie sagen ‚ja, ja‘, aber in Wirklichkeit haben sie überhaupt nichts verstanden“ (IP2: 52).

Eine solche Situation, die offenbar häufig auftritt, ist keineswegs harmlos. Indem Patient*innen ihr Verständigungsbedürfnis nicht äußern, machen sie die Pflegenden nicht auf die Kommunikationsschwierigkeiten aufmerksam und nehmen ihnen damit die Möglichkeit zu reagieren. Dies stellt ein wiederkehrendes Problem im Umgang mit mehrsprachiger Kommunikation im CCN dar. Es wird Patient*innen, die Kommunikationsbedürfnisse zeigen, häufig keine entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt. Auch wenn Werkzeuge wie die Liste vorhanden sind, werden diese nicht konsequent genutzt: „Wir haben nicht unbedingt den Reflex, sofort eine Dolmetscherin zu kontaktieren, um herauszufinden, was nicht stimmt, weil die Patient*innen dies nicht unbedingt zeigen“ (IP2: 52). Diese Haltung der Pflegekräfte erinnert an das fehlende Problembewusstsein, das bereits auf der Leitungsebene des CCN beobachtet wurde (siehe 5.1). Indem das Schweigen der Patient*innen als mangelnder Wille zur Kommunikation und zum Verstehen interpretiert wird, bleibt das Problem auf den ersten Blick unsichtbar. Doch wie soll ein Problem gelöst werden, das nicht sichtbar ist?

Darüber hinaus gilt: Je weniger sich die Patient*innen äußern, desto weniger haben die Pflegenden Zugang zu für die Behandlung entscheidenden Informationen. Zwar betont IP6, dass die Pflegenden sich „immer mit Gesten verständlich machen können“ (eine Aussage, die jedoch weiter unten in Frage gestellt wird), doch in der Richtung Patient*in>Pflegende sei es „etwas komplizierter“ (IP6: 89). Den fremdsprachigen Patient*innen wird nicht in gleichem Maße die

Möglichkeit zur Äußerung gegeben wie französischsprachige Patient*innen– was einen eindeutigen Einfluss auf den Erfolg der Behandlung hat (vgl. 2.1.2). Mehrere Befragte berichten von nicht geäußerten Beschwerden, die erst zufällig später entdeckt wurden. Patient*innen „sagen nichts“, „melden sich nicht“, etwa im Falle von Dekubitus³⁴. Während französischsprachige Patient*innen hier eher aus Schamgefühlen schweigen, wirkt die Sprachbarriere für fremdsprachige Patient*innen doppelt:

Bei denjenigen, die Französisch sprechen, bekommen wir Kommentare oder Wörter, die wir manchmal als Schmerzäußerungen oder Ähnliches erkennen können. Bei den anderen dagegen, da bekommen wir nichts... Manchmal ist schon der Ausdruck ‚Aïe‘ im Französischen ein anderer als in einer anderen Sprache. Tatsächlich ist die Art, Schmerz zu äußern, nicht dieselbe, und dadurch kann uns so etwas entgehen. Und manchmal merkt man es erst – es kann vorkommen – vier, fünf Tage später. (IP2: 75)

IP5 schildert außerdem den Fall einer Patientin, deren Hämorrhoiden mehrere Tage lang unerwähnt blieben, und die erst dank des Eingreifens einer zweisprachigen Kollegin entdeckt wurden: „Anscheinend hatte sie schon seit einigen Tagen Schmerzen und wusste nicht recht, wie sie sich ausdrücken sollte“ (IP5: 318). Solche Verzögerungen bei der Informationsweitergabe können direkte Folgen für die Behandlung haben, etwa eine Verschlimmerung der Schmerzen oder eine „Verlängerung der Behandlung“ (IP2: 88). Zudem muss man manchmal, selbst wenn ein*e Patient*in ein Problem ansprechen möchte, auf die Anwesenheit der Familie oder auf den Dienstbeginn der zweisprachigen Kollegin warten – sodass die Information „mit mehr oder weniger großer zeitlicher Verzögerung“ ankommt (IP2: 315).

Trägt ein*e Patient*in, der*die nicht das Bedürfnis äußert zu kommunizieren, die Verantwortung für dieses Verhalten, selbst dann, wenn ihm/ihr keinerlei Werkzeuge für eine barrierefreie Kommunikation zur Verfügung gestellt werden? Oder liegt es vielmehr in der Verantwortung der Pflegenden, sicherzustellen, dass Patient*innen sich äußern können – noch bevor diese selbst das Bedürfnis danach äußern –, während die Pflegenden ihrerseits keinerlei institutionelle Unterstützung erhalten? Auch wenn die Befragten regelmäßig auf ihre Verantwortung verweisen, die Patient*innen zu aktiven Akteur*innen ihrer Behandlung zu machen (IP3: 365), stellen sie fest:

Weißt du, ich habe dir gesagt, besonders mit der Sprachbarriere, dass sie nicht sprechen werden – und dass ihnen eigentlich nie jemand gesagt hat: ‚Haben Sie Fragen?‘. Denn seit sie im Krankenhaus aufgenommen wurden, heißt es: ‚Man hat Ihnen am Herzen operiert, voilà, so läuft die Operation, Sie haben gar keine Wahl‘. Also wurde es erklärt, ob man es verstanden hat oder nicht, sie operieren dich und bringen dich zurück. Und wenn du ihnen

³⁴ lokal begrenzte Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes, die durch anhaltenden Druck – meist über knöchernen Vorsprüngen – entsteht

dann später sagst: „Haben Sie Fragen?“ – übersetzt von einer Person – dann kommen auf einmal 40.000 Fragen. Aber Fragen... Also siehst du, das war eigentlich gar nicht mehr deine Aufgabe, das waren Dinge, die vorher schon da waren. (IP4: 108)

Für IP4 ist es eine Verantwortung, die von allen Mitgliedern des Behandlungsteams geteilt werden muss, die im Verlauf eines Pflegeprozesses eingreifen. Eine einzelne Pflegekraft allein kann die volle Beteiligung eines*er fremdsprachigen Patienten*in an seiner Behandlung nicht gewährleisten.

Allerdings scheinen manche Akteur*innen der Behandlung sich auf technische Aufgaben zu beschränken und vernachlässigen dadurch den Beziehungsaspekt, was dazu beiträgt, Patient*innen in eine passive Rolle zu drängen. Die Folgen eines solchen Verhaltens ziehen sich durch den gesamten Behandlungsverlauf und lassen sich manchmal nur schwer korrigieren. Für IP1 gilt dies insbesondere für Ärzt*innen, die per Definition „nicht jeden Tag hineingehen und fragen werden, ob es ihnen gut geht oder ob sie Schmerzen haben, da sie ja kein Französisch sprechen“ (IP1: 839). Zwar scheint es vor allem die Aufgabe der Pflegekräfte zu sein, die Beziehungspflege aufzubauen und damit den Patient*innen die Möglichkeit zur Äußerung zu geben, doch ist dies nicht immer umsetzbar.

Diese ungleiche Behandlung fremdsprachiger Patient*innen zeigt sich auch im Fehlen dessen, was alle Pflegekräfte als integralen Bestandteil der Behandlung betrachten: die Wiederholung. Die Wiederholung der Erklärung zu den einzunehmenden Medikamenten (IP2: 450) und die wiederholte Nachfrage, um ein gutes Verständnis sicherzustellen sind zentrale Elemente für den Behandlungserfolg, die jedoch nicht stattfinden, wenn es sich um fremdsprachige Patient*innen handelt:

Also es ist die Wiederholung, das sind Dinge, die sich durch Wiederholung einprägen. Nur dass ich bei jemandem, der kein Französisch spricht, nicht jeden Tag eine Dolmetscherin an meiner Seite haben werde, um ihm die Medikamente zu erklären, jeden Tag. (IP2: 450)

Auch hier wird das Zuziehen eines*er Dolmetscher*in (sei es Kollegin oder Familienangehöriger) nicht in Betracht gezogen. Dennoch hat das Fehlen des Wiederholungsprozess einen direkten Einfluss auf die Behandlung. Ähnlich wie die Wiederholung kann auch das informelle Gespräch als ein wirksames Werkzeug der Pflegebeziehung genannt werden. Da es jedoch nicht offiziell Teil der Behandlung ist, sieht man da keine Dolmetschnotwendigkeit.

Zum Beispiel gehe ich in ein Zimmer, lege die Medikamenten bereit und erkläre, was es ist. Und dann reden wir über alles Mögliche. Zum Beispiel, wenn ich die Verbände mache, unterhalte ich mich gerne, ich mag es nicht, wenn alles still ist. Ich rede, ich stelle Fragen

über das Leben meiner Patient*innen oder wir sprechen einfach über dies und das – und ich finde es etwas schade in Bezug auf die Patient*innen, die kein Französisch sprechen. [...] Letztlich, anstatt während, sagen wir, zehn Minuten Verbandswechsel zu sprechen – sodass die Zeit unbemerkt vergeht und die Pflege für die Patient*innen angenehm ist –, sprechen wir nur fünf Minuten, und die anderen fünf Minuten ist es etwas stiller. Das ist schade. (IP6: 231–234)

Auch wenn alle Befragten dieses Verhalten als persönliche Präferenz im Zusammenhang mit ihrem „Werdegang“ (IP4: 313) beschreiben, ist doch klar erkennbar, dass es eher einen Bestandteil ihrer Rolle – wenn auch inoffiziell – darstellt als ein bloßes Charaktermerkmal. Sei es aus dem Anliegen heraus, die Pflege „angenehm“ zu gestalten, um „über alles Mögliche zu sprechen“ (IP6: 231–234), oder um zu erklären, „wozu jedes Medikament dient“ (IP2: 450 und IP4: 73) scheinen das informelle Gespräch sowie die in Form täglicher Wiederholung vermittelten Informationen eine entscheidende Rolle in der Behandlung zu spielen. Auf diese Weise werden Patient*innen in die Verantwortung für ihre Behandlung einbezogen, was deren Erfolgchancen erhöht (IP4: 92). Dieses Element der Behandlung verschwindet jedoch regelmäßig, sobald die Patient*innen kein Französisch sprechen.

Darüber hinaus werden viele Informationen schriftlich an die Patient*innen weitergegeben: unter anderem die bereits erwähnte „therapeutische Erziehung“ (IP2: 554) sowie das „Einverständnis“ (IP4: 183), in dem alle mit einer Operation verbundenen Risiken aufgeführt sind. Für IP4 ist klar, dass diese Dokumente den fremdsprachigen Patient*innen niemals vollständig übersetzt werden: „Ich werde nicht ins Detail von allem gehen, was dort notiert ist, weil man keine Zeit hat“ (IP4: 201). Es handelt sich erneut um Informationen im Zusammenhang mit ihrer Behandlung, auf die kein Zugang gesichert ist.

All diese Situationen schildern eine wenig gleichberechtigte Kommunikationssituation zwischen französischsprachigen und fremdsprachigen Patient*innen. Obwohl es Möglichkeiten der Überbrückung gäbe, werden diese aus unterschiedlichen Gründen nicht genutzt. Auf der einen Seite lässt sich bei den weniger erfahrenen Pflegekräften der Wille erkennen, ihre Bemühung zur Behandlungsgleichheit zu betonen. Es gebe „keine Unterschiede in der Behandlung“ (IP6: 234); „die Behandlung bleibt dieselbe“ (IP5: 458); „eigentlich ist es nur die Kommunikation, die unterschiedlich ist, ansonsten stehen sie auf demselben Niveau“ (IP5: 464). Die Formulierung „nur die Kommunikation“ von IP5 scheint den Willen der Interviewerin zu zeigen, dass sie zwischen den Patient*innen keinen Unterschied macht und somit die eigene Aufgabe richtig erfüllt. Diese Haltung findet sich besonders bei den weniger erfahrenen Pflegenden (IP5 und IP6). Der Anteil der Kommunikation an der Behandlung wird hier

minimiert und als etwas Persönliches dargestellt: „Nein, es ist wirklich nur in dem Beziehungsaspekt. Und ich spreche wirklich nur für mich, ich, die gerne mit Patient*innen spricht – nur da sehe ich den Unterschied“ (IP6: 252). Dennoch geben sie nach einigem Zögern Schwierigkeiten zu: „Ich weiß nicht, ich denke gerade nach. Es ist wirklich nicht einfach, wenn man Patient*innen hat, die kein Französisch sprechen“ (IP6: 181). Diese Ambivalenz ist bei den erfahreneren Pflegekräften weniger stark ausgeprägt, da sie sich der Ungleichheiten in der Behandlung stärker bewusst sind:

Aber weißt du, ich denke, die Armen starten auch schon mit einem gewissen... also ich werde dieses Wort nicht verwenden, aber gut, einer gewisser Behinderung im Vergleich zu anderen. Denn du siehst, wir leben in einer Gesellschaft, in der man Französisch spricht. Also derjenige, der Französisch lesen und sprechen kann, dessen Aufklärung wird natürlich optimal verlaufen, weil es unsere Basissprache hier ist – alle sprechen sie, wirklich alle. (IP4: 181)

Auch wenn die medizinische Behandlung einer bestimmten Pathologie bei Patient*innen, die Französisch sprechen, faktisch dieselbe ist wie bei fremdsprachigen Patient*innen, ist es offensichtlich, dass andere zentrale Aspekte der Behandlung, die durch Kommunikation vermittelt werden, fehlen. Dies betrifft sowohl weniger greifbare Elemente wie das informelle Gespräch als auch ganz konkrete Aspekte wie eine nicht behandelte Wunde, die nicht gemeldet wurde. Auf Seiten der Pflegekräfte zeigt sich bei den Jüngeren eine Art Verdrängung, erklärbar durch den Wunsch, gute Arbeit zu leisten, während die erfahreneren Pflegenden der Situation gegenüber realistischer eingestellt sind.

6.2 Lösungsstrategien zur Sprachbarriere

Um die negativen Folgen für die Behandlung so weit wie möglich zu begrenzen, greifen die Pflegekräfte des CCN auf mehrere Hilfsmittel zurück. Die wichtigsten sind: Englisch als Lingua franca, Familienangehörige als Dolmetschende, nonverbale Kommunikation, zweisprachige Kolleg*innen aus dem Pflgeteam sowie die Audiofunktion von Google Translate. Mit Ausnahme der Liste zweisprachiger Pflegekräfte, die nicht genutzt wird, wurden alle Hilfsmittel spontan von den Pflegekräften selbst im Angesicht einer akuten Notwendigkeit erdacht. Sie waren weder Gegenstand einer Vorgabe, noch einer Schulung seitens des CCN, wann und wie welche Strategie einzusetzen sei. Die Entscheidung liegt im Ermessen der Pflegekräfte. Folglich handhabt jede Befragte die Situationen unterschiedlich, nach eigener Einschätzung und abhängig davon, ob sie das jeweilige Hilfsmittel als hilfreich empfindet oder nicht. Der Rückgriff auf

zweisprachige Pflegekräfte wird im folgenden Kapitel vertieft behandelt. An dieser Stelle soll es um die anderen Strategien gehen.

Der Rückgriff auf Englisch als Lingua franca erfolgt nur eingeschränkt, da es häufig weder von den Patient*innen noch von den Pflegekräften selbst ausreichend beherrscht wird: „Manchmal gebe ich ihnen Wörter auf Englisch und sie kommen trotzdem nicht zurecht“ (IP3: 43). Wenn das Sprachniveau im Englischen nicht ausreicht, um sich verständlich zu machen, wird systematisch auf nonverbale Kommunikation zurückgegriffen. Alle sechs Befragten verlassen sich permanent auf das Lesen nonverbaler Signale, in erster Linie, um die Patient*innen zu verstehen. Bei der Doppelgänger-Frage („Ich muss mich um einen Patienten kümmern, der überhaupt kein Französisch spricht. Welchen Rat würdest du mir geben?“) ist dies häufig der erste genannte Hinweis:

Also ich würde dir raten, auf klinische Zeichen und vor allem auf die nonverbale Sprache zu achten. Auf das, was sie nicht unbedingt sagen, was man aber durch Erfahrung wahrnehmen kann. Also, ich weiß nicht, das kann zum Beispiel auf der Ebene des Schmerzes sein – ob der Patient sich auf eine bestimmte Weise hält, ob das Gesicht verkrampft ist. Also wirklich auf die nonverbale Sprache achten. Für mich ist das das Wichtigste. Manchmal sagt sie uns viel mehr als Worte. (IP6: 268)

Dies ist eine Informationsquelle, auf die sich die Pflegekräfte stützen, da ihnen keine anderen Mittel zur Verfügung stehen. Sie erscheint fast wie eine exakte Wissenschaft: „Ich sehe je nachdem, wie sie im Gesicht reagieren, und gebe ihnen, was nötig ist“ (IP5: 386). In der Richtung Pflegende > Patient*in wird die Verwendung von „Mimik“ empfohlen (IP5: 477; IP2: 60):

Zumal man ja nicht ständig die Familie hinzuziehen kann, die nicht 24 Stunden am Tag verfügbar ist, also läuft vieles über das Nonverbale. Also über Mimik, Laute, Dinge, die ein Stück weit international erkennbar sind, oder zum Beispiel durch Klatschen, um einen Rhythmus zu geben, indem man die Geste zeigt. (IP2: 60)

Für die Pflegekräfte ist es zum Bestandteil ihrer Kommunikationsart geworden, ihre „Fragen lebendig werden zu lassen, damit die Person sie wiedererkennen kann“ (IP3: 49). Die allgemeine Erwähnung des Nonverbalen durch die Befragten zeigt, wie wenige Hilfsmittel ihnen tatsächlich zur Verfügung stehen. Diese Strategie wird begünstigt, weil sie keine externe Hilfe oder Vorbereitung erfordert. Das Nonverbalen stellt eine spontane Lösung für ein nicht antizipiertes Problem dar (siehe 1.4). Doch es erfordert eine besondere Aufmerksamkeit für visuelle Details, die allen befragten Pflegekräften gemeinsam zu sein scheint („durch die Erfahrung“ IP6: 268).

Sobald die nonverbale Kommunikation nicht mehr ausreicht (was von der jeweils

verantwortlichen Pflegekraft entschieden werden muss), wird die Familie hinzugezogen. Mitunter geht die Initiative auch von den Patient*innen selbst aus, die „das Telefon reichen“ mit einem Angehörigen am anderen Ende der Leitung (IP2: 53). Die Familie ist eher verfügbar, um den Patient*innen zu helfen – im Gegensatz zu zweisprachigen Kolleginnen, die andere Aufgaben zu erfüllen haben. Es bietet auch Vorteile auf inhaltlicher Ebene. Für IP2 und IP6 ermöglicht die Familie den Zugang zu persönlicheren Informationen: „Sie geben uns viel mehr Informationen als die Patient*innen selbst“ (IP6: 268). In 90% der Fälle wird die Familie als Kommunikationsüberbrückungsstrategie hinzugezogen (IP2: 53).

Hier zeigt sich jedoch eine erste Divergenz in den Präferenzen (zur Veranschaulichung der Präferenzen siehe Tabelle im Annex 2) . Manche „bevorzugen es, wenn es die Familie ist“ (IP6: 107), da diese einen intimeren Zugang zu den Patient*innen ermöglicht, aber auch deshalb, weil sie dieselbe Kultur wie die Patient*innen teilt – was bei einer zweisprachigen Pflegekraft nicht immer der Fall ist, insbesondere im Hinblick auf die arabische Sprache:

Wissen Sie, es gibt Marokko, Algerien, Tunesien. Natürlich gibt es manchmal Unterschiede in der Art, Dinge auszudrücken, je nach Land oder Region. Also, sie können grob übersetzen, aber es ist nicht immer... Während man bei der Familie weiß, dass sie aus demselben Land kommt, dass es derselbe Dialekt ist oder so ähnlich. Deshalb ist sicher, dass wir die Informationen bekommen, dass sie verlässlichere Informationen haben. Also, für mich sehe ich das so. Ich bevorzuge es, wenn es die Familie ist. Nicht nur, weil sie den Patienten persönlich kennen, sondern auch, weil es sprachlich flüssiger läuft. (IP6: 107–109)

Andere hingegen fürchten eine Filterung der Informationen und äußern Misstrauen:

Es gibt Familien, die beschönigen, sie werden Dinge herunterspielen. Ich werde immer sagen, dass es etwas sehr Ernstes ist, worauf man achten muss. Und das Problem ist, dass du nie weißt, wie es übersetzt wird. (IP1: 933)

Diese Nähe der Familie zu den Patient*innen stellt auch für IP3 ein Problem dar, die es bevorzugt, die Familie nicht „in die Entscheidungen der Patientin einzubeziehen“, aus Angst, ihre „Wahl zu beeinflussen“ (IP3: 348). Auf terminologischer Ebene ist für IP3 klar, dass es besser ist, eine Kollegin hinzuzuziehen, da die Familie die medizinischen Fachbegriffe nicht kennt (IP3: 311). Dies veranlasst IP2 dazu, die Art der Dolmetschenden je nach Art der Kommunikation auszuwählen:

Das heißt, bei sehr formellen, sehr medizinischen, sehr protokollierten Dingen – etwa bei der Bekanntgabe von Medikamenten oder einer Diagnose – ist es besser, wenn es eine professionelle Dolmetscherin ist. Wenn es darum geht, sich nach Dingen zu erkundigen, die eher den Zustand der Patient*innen betreffen, wie sie sich fühlen, was sie eventuell mitzuteilen hätten, ist tatsächlich die Familie besser geeignet. Denn sie haben eine zweite Lesart des Patienten, durch die Gewohnheit, durch die gemeinsame Erfahrung, die die Pflegenden nicht haben. (IP2: 165)

Insgesamt passen sich die Befragten an die jeweils verfügbare Person zum Dolmetschen an. Ist es die Familie, dann nehmen sie ein „Sortieren der Informationen“ vor (IP3: 311), beschränken sich auf „Kleinigkeiten“ (IP1: 992) oder stellen „ziemlich einfache Fragen“ (IP6: 121). Für IP5 liegt die einzige Schwierigkeit mit der Familie in der Verfügbarkeit: „Vielleicht sind sie im richtigen Moment nicht da, und dann, wenn wir sie nicht brauchen, sind sie da. Wir sind gezwungen, sie anzurufen oder zu warten.“ (IP5: 500)

Hinsichtlich der Verwendung von Google Translate gehen auch hier die Meinungen auseinander. Für manche ist das Programm in den im CCN vertretenen Sprachen nicht zuverlässig genug (IP1: 195) und verliert seine Wirksamkeit, sobald der Inhalt der Botschaft komplexer wird (IP2: 182). Für andere hingegen ermöglicht die Anwendung, eine Interaktion aufrechtzuerhalten, sofern für die betreffende Sprache die Audiofunktion existiert. Eine Befragte berichtet von einem eindrücklichen Fall mit einer türkischen Patientin, bei der die Nutzung von Google Translate offenbar entscheidend für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung war:

Also habe ich Google Translate eingeschaltet und während des Verbandwechsels mit ihr gesprochen. Sie war fast den Tränen nahe, weil endlich jemand da war, der ihr erklärte, wie das mit der Narbe abläuft. Und in dem Moment war ihr Sohn wieder nach Paris zurückgekehrt. [...] Er sagte zu mir: ‚Ja, ich wollte Ihnen danken, weil meine Mutter ja schon eine Weile hier ist. Und heute hat sie direkt von Ihnen gesprochen, weil sie es sehr geschätzt hat, dass Sie ihr alles auf Türkisch erklärt haben.‘ Er fragte: ‚Aber sind Sie Türkin?‘ – ‚Nein nein, das war mit dem Telefon.‘ Daraufhin sagte er: ‚Nein, wirklich, vielen Dank.‘ Und da denkst du dir: naja, das ist doch selbstverständlich. Ich sehe nicht, wo da die Schwierigkeit liegt. Aber meine Kolleginnen hatten vorher gar nicht daran gedacht. (IP4: 382–384)

Wie IP4 hervorhebt, unterscheidet sich ihr Vorgehen von dem ihrer Kolleginnen. Die Nutzung von Google Translate veranschaulicht einmal mehr die Heterogenität der Maßnahmen zur Kommunikationsüberbrückung und den Wissensmangel, der sie kennzeichnet. Nach IP4 ist die Audiofunktion ihren Kolleginnen nicht bekannt oder zumindest nicht in ihrer Wirksamkeit. Ergänzend oder parallel zu den genannten Hilfsmitteln (Englisch, Familie, Google Translate) ist es häufig die Zusammenarbeit zwischen Kolleginnen, die es ermöglicht, eine Botschaft zu übermitteln oder eine Patientin zu verstehen. Die Befragten zeigen ein gegenseitiges Vertrauen in die Fähigkeit der jeweils anderen, das zu verstehen, was sie selbst nicht verstanden haben (IP6: 101). Wenn mehrere Pflegende gleichzeitig anwesend sind (z. B. bei der Aufnahme eines Patienten), zögern sie nicht, sich gegenseitig zu ergänzen:

Also manchmal sind wir mehrere, die für die Person übersetzen, weil wir wissen, wenn ich das Wort nicht habe, dann hat P**** es für mich, J**** hat es für mich. Genau, also machen wir alles zusammen. Gewicht, Größe, ok. Ah, verstanden. Gut, mach weiter! Und dann stellt eine von uns eine Frage. Ich stelle eine Frage, sie stellt eine Frage, wir sagen es ihm, und wir

sagen ihm: Es tut uns leid, Englisch... also, wir machen es in der Gruppe, Gruppenarbeit, anders geht es nicht. Danach bekommen wir die Informationen. (IP3: 54–356)

Die Fähigkeit, die die Pflegenden offenbar entwickelt haben, spontan zu reagieren und eigenständig Lösungen zu suchen, verdeutlicht einerseits den Mangel an Rahmenvorgaben seitens der CCN Leitung. Da es keinerlei Vorgaben zum Vorgehen gibt, entwickeln die Pflegenden ihre eigenen Strategien. Andererseits zeigen sie eine Reaktionsfähigkeit sowie eine Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse und für die zu findenden Lösungen, die den Eindruck einer starken Verantwortungsübernahme verstärkt. Aus den Interviews sticht vor allem die Reaktionsfähigkeit und die Hingabe hervor. Sie wollen „einen Weg finden“ (IP2: 469). Wichtig ist, dass die Botschaft ankommt. Auch wenn es Missverständnisse oder Verzögerungen in der Informationsweitergabe gibt, „dauert das nie lange“ (IP6: 101). Außerdem herrscht die Gewissheit, dass man sich aufeinander verlassen kann.: „Ich weiß immer, dass ich Hilfe bekomme“ (IP5: 412).

Die Zusammenarbeit zwischen Kolleginnen ist zwar allgegenwärtig sobald Kommunikationsprobleme auftreten, jedoch nimmt sie eine besonders konkrete Form an, wenn eine Kollegin die Rolle der Dolmetscherin übernimmt. In welchen Situationen dies geschieht und welche Auswirkungen dies für die Beteiligten und für die Behandlung hat, wird im Folgenden untersucht.

7. WENN KOLLEG*INNEN DOLMETSCHEN

7.1 Wann ruft man eine Kollegin zum Dolmetschen?

Jeder Moment der Behandlung stellt eine spezifische Kommunikationssituation dar (siehe 2.3). Es ist nicht immer möglich, eine Kollegin zum Dolmetschen heranzuziehen. Zudem wird dies nicht immer als notwendig erachtet. Der Moment der Behandlung, der offenbar die größten Schwierigkeiten bereitet, ist die „Aufnahme des Patienten“ (IP2: 53). Zu diesem Zeitpunkt werden alle Informationen zum Behandlungsverlauf erhoben:

Es ist etwas eher Grundsätzliches, um zu wissen, ob sie allein leben, ob sie gegen etwas allergisch sind, ob sie Angehörige haben, ob sie Prothesen tragen, solche Dinge eben. Ob sie im Heim oder in einer Wohnung leben, ob sie Treppen steigen müssen – da wir in der Rehabilitation sind, ist es besonders wichtig, dies zu wissen, vor allem in Abhängigkeit vom Alter. Ob es kardiovaskuläre Risikofaktoren gibt, Alkohol, Tabak, ob sie Schweinefleisch essen. (IP2: 511)

Eine solche Kommunikationssituation setzt einen Dialog in Form von Fragen und Antworten

voraus, in dem beide Seiten die Möglichkeit haben, sich auszudrücken (IP2: 529). Ist kein Familienmitglied anwesend, bevorzugen die Befragten das Hinzuziehen einer Kollegin. Nach Aussage von IP4 wird sie insbesondere in diesem Moment angefragt (IP4: 40).

Außerhalb der Patientenaufnahme unterscheiden sich die Befragten in ihrer Einschätzung des Bedarfs an Verdolmetschung. IP2 ist die Einzige, die systematisch in dem Thema vorgeht. Untersuchungsankündigungen, Änderungen in der Medikation und Diagnosen sind für sie „immer“ Anlass, eine Verdolmetschung zu veranlassen (IP2: 463). Im Übrigen orientiert sich IP2 an der Haltung des*der Patienten*in und achtet auf entsprechende Signale:

Ich sehe, dass sie beginnt, etwas längere Sätze zu bilden. Das bedeutet, dass sie mir etwas erklären will, das sich nicht durch Gesten zeigen lässt. In diesem Moment rufe ich dann eine meiner Kolleginnen aus einer anderen Abteilung, damit sie kommt und mir das übersetzt. (IP2: 108)

Umgekehrt antizipiert IP2 Situationen, in denen sie weiß, dass sie etwas Komplexes erklären muss, und bittet bereits im Vorfeld eine Kollegin um Unterstützung (IP2: 109). Auch IP3 scheint Kolleginnen gegenüber der Familie zu bevorzugen:

Eigentlich bevorzugen wir die direkte Beziehung zur Patientin. Wenn man über die Familie geht, bedeutet das, dass man die Familie in die Entscheidungen der Patientin einbezieht. Denn wenn sie es erklärt, könnte sie es übersetzen, indem sie sagt: ‚Ja, aber das ist etwas Gefährliches‘, und dabei ihre Meinung einfließen lassen. Dadurch würde die Wahl meiner Patientin beeinflusst. Wenn es aber meine Kollegin ist, erklärt sie es direkt der Patientin. Das ist praktischer. (IP3: 348)

Andere handeln weniger systematisch. Die Hinzuziehung einer Kollegin ist dann eher das Ergebnis eines Zufalls:

Ehrlich gesagt, wenn meine Kolleginnen neben mir sind, frage ich sie. Ich rufe sie dann einfach und sage: ‚Kannst du mal eben kommen?‘ (IP5: 539)

Im Gegensatz zu IP2, die ihr Vorgehen systematisiert hat, greifen die anderen erst dann auf Kolleginnen zurück, wenn sie „nicht verstehen“ (IP3: 250; IP5: 95; IP4: 40). Für einige gilt dies ausschließlich in Extremfällen: „Das ist wirklich nur, wenn es überhaupt nicht mehr geht.“ (IP3: 305). Bei IP5 zeigt sich zudem eine gewisse Zurückhaltung:

Ich komme zurecht, es ist meine Abteilung, mein Dienst, ich bekomme das hin. Wenn ich wirklich sehe, dass es eine Schwierigkeit gibt, dann würde ich nicht zögern, jemanden zu rufen. Aber bis jetzt hatte ich keine großen Schwierigkeiten, jemanden von einer anderen Abteilung oder einen der Dolmetscher von der Liste anzurufen. (IP5: 539)

Könnte es für IP5 eine Form von beruflicher Schwäche darstellen, eine Kollegin heranzuziehen? „Es ist meine Abteilung, mein Dienst, ich bekomme das hin“ zeigt den Willen, Autonomie zu

beweisen, als sei dies ein Beleg für gut erledigte Arbeit. Auch IP6 äußert die Sorge, ihre Kollegin zu stören:

Es stimmt, es ist auch lästig, die Kollegin ständig einzubeziehen. Denn sie hat ja auch ihre Arbeit. Also versuchen wir es, und wir schaffen es eigentlich immer, uns mit den Patienten zu verständigen. (IP6: 181)

Man könnte annehmen, dass dies spezifisch auf den Mangel an Erfahrung von IP5 und IP6 zurückzuführen sei. Es findet sich jedoch dieselbe Zurückhaltung bei IP1 und IP4. IP4 zieht systematisch Google Übersetzer vor, wenn die Sprache es zulässt (IP4: 390). Dasselbe gilt für IP1: „Ich rufe selten jemanden zum Dolmetschen“ (IP1: 977). Für IP1 und IP4 erklärt sich dies durch die geringe Anzahl an Sprachen, die in ihrer Abteilung abgedeckt sind. Daher greifen sie meist auf die Familie (IP1) oder auf Google Übersetzer (IP4) zurück.

Doch wie verhält es sich in all den Kommunikationssituationen, in denen die Familie nicht verfügbar ist, oder Google Übersetzer nicht ausreichend funktioniert? Ebenso wie bei IP2, die „nicht systematisch“ eine Kollegin bei der Medikamentenverteilung hinzuzieht, bleiben zahlreiche Informationen letztlich unübersetzt oder werden schlicht nicht ausgetauscht. Die zuvor beschriebenen Situationen mit nicht angegebenen Hämorrhoiden oder Dekubitus sind ein gutes Beispiel dafür (siehe 6.1). Wäre zu einem früheren Zeitpunkt eine Dolmetscherin anwesend gewesen, hätte der*die Patient*in ihre*seine Beschwerden möglicherweise äußern können. Dies zeigt sich auch in der Erklärung von IP6 zur Organisation des Dolmetschens:

Manchmal müssen wir gar nicht unbedingt Informationen weitergeben. Zum Beispiel, sie kommen auf die Abteilung, es ist der erste Tag, die Aufnahme – das ist der Moment, in dem wir die meisten Fragen stellen müssen, die meisten Unterlagen aushändigen, die meisten Informationen weitergeben. Wenn meine Kollegin dann frei ist, kommt sie tatsächlich, wir machen die Aufnahme gemeinsam, sie übersetzt usw. Und ich antizipiere dann den Ablauf des Tages. Meistens kommen sie am späten Nachmittag oder am frühen Nachmittag. Am Ende, wenn sie alles übersetzt hat, sage ich ihr: ‚Du kannst ihr sagen, dass ich um 18 Uhr komme, um ihr die Medikamente zu geben, und dass ich ihr morgen den Verband wechseln werde.‘ So weiß der Patient, dass ich um 18 Uhr komme, um die Medikamente zu bringen. [...] Bei den Medikamenten wird sie mir dann wahrscheinlich keine Fragen stellen, da sie ja bereits weiß, dass ich ihr die Medikamente bringen werde. (IP6: 175–180)

Aufgrund ihrer doppelten Arbeitsbelastung versuchen die dolmetschende Krankenpflegerin, den Moment des Dolmetschens zu verdichten. Indem sie Informationen und mögliche Fragen im Voraus antizipieren, vermeiden sie es, später erneut eingreifen zu müssen. Diese Organisation ist einerseits sinnvoll angesichts der Situation: die zweisprachigen Pflegekräfte haben ihre eigenen Patient*innen zu betreuen und können nicht dauerhaft bei den Behandlungen anderer Patient*innen anwesend sein. Andererseits erhalten fremdsprachige Patient*innen nicht die

Möglichkeit, sich jederzeit zu äußern, wie französischsprachige Patient*innen. Denn man geht davon aus, dass der*die Patient*in „weiß, warum sie*er hier ist“ (IP5: 663). Für IP2 ist dies übrigens die größte Schwierigkeit im Zusammenhang mit dolmetschenden Kolleginnen:

[Die größte Schwierigkeit] ist eigentlich der Moment danach. Denn im Moment übersetzt sie, das klappt, wir verstehen ungefähr alles, was der Patient will. Aber danach bleibt sie eben nicht ständig da, sie geht zurück auf ihre Abteilung, und so stehen wir wieder mit dem Patienten da, der nicht dieselbe Sprache spricht. Und dann fragen wir uns ständig: Will er wirklich nichts sagen, oder will er etwas sagen, das ich nur nicht verstehe? Solche Fragen eben. (IP2: 231–234)

Dies zeigt die Grenze der Verfügbarkeit der Pflegekraft. Zwar ist sie im Vergleich zur Familie präsenter, da sie permanent vor Ort ist, doch ihre Rolle ist durch die doppelte Arbeitsbelastung geprägt – also Dolmetschaufgaben und pflegerische Aufgaben. Auch wenn ihre momentane Anwesenheit einem unmittelbaren Bedürfnis gerecht werden kann, wäre es ein Trugschluss zu glauben, dass dies ausreicht, um sämtliche Kommunikationsprobleme zu bewältigen. Alle Informationen werden im Moment der Aufnahme gebündelt, sodass man danach keinen weiteren Kommunikationsbedarf mehr berücksichtigt. Auch wenn der*die Patient*in zu diesem Zeitpunkt eingeladen wird, seine Zweifel zu äußern, geht man davon aus, dass er später keine weiteren mehr haben wird.

Wenn der*die Patient*in beispielsweise eine Untersuchung durchlaufen soll, ist es Aufgabe des Dolmetschenden, ihm*ihr dies im Voraus zu erklären, um mögliche Zweifel zu antizipieren, die während der Untersuchung auftreten könnten, bei der nur der Arzt anwesend sein wird. IP3 veranschaulicht in diesem Auszug den Versuch, einer kongolesischen Patientin die Details einer bevorstehenden Untersuchung zu erklären:

Und dann sagt man ihnen: Es kommt ein Führungsdraht, Sie sind nicht vollständig betäubt, es ist eine lokale Betäubung dort, wo Sie sind. Sie sind mit dem Arzt zusammen, der Arzt schaut gleichzeitig mit Ihnen auf den Bildschirm und zeigt Ihnen das. Also, Sie schlafen nicht, Sie sind wach, man zeigt Ihnen, was passiert, was der Arzt gerade macht. Also wenn er mit dem Führungsdraht durchgeht, erklärt er Ihnen das, dass er durch die Arterien geht. Wenn es zu eng ist, weitet er sie. (IP3: 473)

Dies führt zu ganz konkreten Problemen, wie etwa bei der „Belastungsprobe“ (IP4: 188). Bei dieser Untersuchung muss der Patient nach präzisen Anweisungen in die Pedale treten, um seine kardiale Leistungsfähigkeit zu ermitteln. Der*die für diese Untersuchung zuständige*r Arzt*Ärztin hat weder die Gewohnheit noch die Anweisung, die Verdolmetschung zu verlangen: „Die haben auch so viele Belastungsproben durchzuführen, dass sie es sich nicht leisten können, ständig darauf zu warten, dass jemand übersetzt“ (IP4: 188). Selbst wenn die

Pflegekraft dem*der Patienten*in die Untersuchung im Vorfeld „in groben Zügen“ erklärt hat, kann es vorkommen, dass er die Anweisungen falsch versteht und seine Ergebnisse dadurch verfälscht werden:

Also er soll zwischen 20 und 40 bleiben, die Maschine darf zum Beispiel nicht unter 20 gehen und nicht über 40, wenn du trittst. Aber derjenige, der das nicht versteht?! Der wird das nicht kapieren, also tritt er einfach, tritt und tritt, er versteht gar nichts, und der Kardiologe sagt ihm: langsamer. Dann versucht er, ihm das mit Gesten zu zeigen, also macht er langsamer. [...] Man sieht es daran, dass es Patienten gibt, denen man nachher sagt: ‚Beim Belastungsprobe hätte ich gedacht, Sie hätten mehr geschafft, Sie sind nur bis 40 Watt getreten.‘ Und dann sagt er: ‚Ach so? Aber nein, der Kardiologe hat mir gesagt, ich soll aufhören.‘ (IP4: 188–191).

Oder der Fall einer Patientin, die dachte, dass der zu hoch eingestellte Sattel eine Absicht des Kardiologen sei:

Aber warum haben Sie das nicht gesagt? – Sie sagt: ‚Nein, ich dachte, das wäre absichtlich, dass das zum Belastungsprobe gehört, dass das eine zusätzliche Schwierigkeit wäre.‘ Und du merkst gar nicht, dass man selbst beim Übersetzen nicht alles abdecken kann, außer wenn du selbst anwesend bist und fragst: ‚Sind Sie richtig eingestellt, kommen die Pedale hin, passt alles?‘ – das geht wirklich nur, wenn man ins Detail geht. (IP4: 192).

Bei französischsprachigen Patient*innen erklärt die Pflegekraft ebenfalls im Voraus, worum es bei der Untersuchung gehen wird, damit sie vorbereitet sind. Während der Untersuchung kann der*die Arzt*Ärztin dann auf Fragen eingehen und eine konkretere Erklärung geben. Fällt diese zweite Erklärung weg, lastet die Verantwortung umso stärker auf der Pflegekraft, die in erster Instanz den künftig fehlenden Austausch ausgleichen muss.

Diese Missverständnisse sind das Ergebnis eines fehlenden Bewusstseins für die Notwendigkeit von Dolmetschenden Personen. Wie IP4 betont, erscheint es unmöglich, die Anwesenheit einer dolmetschenden Kollegin in allen Interaktionsmomenten im Krankenhaus zu gewährleisten. Auch wenn diese versuchen, durch Antizipation alle Informationen zu geben, die Patient*innen benötigen könnten, ist es unmöglich, eine konstante Anwesenheit an ihrer Seite zu ersetzen. Diese wäre zwar in manchen Situationen durchaus möglich, wird aber nicht aktiv gesucht. So berichtet IP5 von einer Situation, in der sie zufällig ein Gespräch eines Arztes „in Schwierigkeiten“ mit einer Patientin aus *Nationalität-IP5* mithört. Sie entscheidet spontan, einzuschreiten und zu dolmetschen, obwohl sie nicht darum gebeten wurde: „Ich war nämlich schon im Zimmer beim Patienten nebenan. Da war der Vorhang dazwischen. Ich hab’s gehört, hab meinen Kopf reingesteckt und gedacht ‚Na gut, solange ich da bin.‘“ (IP5: 427). Der Arzt schien gar nicht an diese Möglichkeit gedacht zu haben. Das wirft für IP5 selbst Fragen auf:

I: „Was hat er gemacht, bevor du eingegriffen hast?“

IP5: „Weiß ich nicht so genau. Ehrlich gesagt, bei den Ärzten weiß ich nicht, wie die das machen. Ich höre sie oft klagen, dass die Patienten kein Französisch sprechen. Das nervt sie ein bisschen, aber wie sie es dann in ihren eigenen Konsultationen handhaben, das weiß ich nicht.“ (IP5: 436–439).

Diese verschiedenen Situationen zeichnen weiterhin ein Bild eines mangelnden Problembewusstseins und eines Dolmetschens, das nur wenig oder gar nicht institutionalisiert ist. Es herrscht Unklarheit darüber, ob und wie das Dolmetschen durch Kolleg*innen stattfindet. Es werden nun ins Detail die Situationen geschildert, wo es tatsächlich zu einer Verdolmetschung durch Kolleginnen kommt.

7.2 Die Dolmetschsituationen

Die Kommunikationssituationen, in denen Pflegekräfte dolmetschen, lassen sich in zwei Typen unterscheiden: Dolmetschen mit Kolleginnen aus der Pflegekraft und Dolmetschen mit Ärzt*innen. Nur die beiden erfahrenen dolmetschenden Krankenpflegerinnen (IP1 und IP4) dolmetschen regelmäßig für Ärzt*innen. Diese beiden Interaktionssituationen folgen sehr unterschiedlichen Regeln und sind daher auch in der Analyse voneinander zu trennen.

7.2.1 Das Dolmetschen mit einer Pflegekraft

Obwohl das Dolmetschen durch Kolleginnen nicht durch Richtlinien geregelt ist, lassen sich einige wiederkehrende Elemente in der Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und dolmetschenden Krankenpflegerin beobachten. Je nach persönlichen Präferenzen und Verfügbarkeit der Dolmetschenden gibt es drei mögliche Konstellationen. An dieser Stelle gilt es zu erinnern, dass jeder*em Patientin*en eine Pflegekraft zugeteilt wird. Es kommt sehr häufig vor, dass die zuständige Pflegekraft die Sprache des Behandelten nicht spricht, da Patient*innen nicht nach Sprache zugeordnet werden (siehe 5.4).

Die erste Konstellation besteht in einer „Übernahme“ (IP6: 61). Die Dolmetschende übernimmt die Rolle der zuständigen Krankenpflegerin. Man spricht dann von einer Betreuung in der Fremdsprache und nicht mehr vom Dolmetschen. Dies ermöglicht es der zuständigen Pflegekraft, in dieser Zeit andere Aufgaben zu erledigen oder selbst die Rolle der Dolmetscherin zu übernehmen: „Sie übernimmt komplett, das heißt, wenn sie auf ihrer Station etwas zu tun hat, dann mache ich das für sie. Sie erklärt es mir, sie gibt mir kurze Übergaben, und ich übernehme – und umgekehrt gebe ich ihr Übergaben, und sie übernimmt wieder“ (IP6: 61). Diese

Konstellation ermöglicht eine Zeitersparnis und ist daher besonders in Situationen mit hoher Arbeitsbelastung ideal.

Manche bevorzugen es, während des Austausches anwesend zu bleiben, wenn dies möglich ist. Das ist die zweite Konstellation. Die Dolmetschende ist zwar zum Dolmetschen da, aber die zuständige Pflegekraft bleibt präsent. Auch wenn sie die verbale Aufgabe vollständig an die Kollegin delegiert, kann sie dennoch eine andere Funktion übernehmen. Für IP2 ist es entscheidend, anwesend zu bleiben, um eine zweite „Lesart“ des Patienten zu ermöglichen – insbesondere, wenn die Dolmetscherin telefonisch zugeschaltet ist (IP2 scheint die Einzige zu sein, die auf Telefon zurückgreift):

Ich würde dableiben. Denn in der Pflege gibt es sehr viel Nonverbales, das unterschätzt wird und das man am Telefon nicht wahrnehmen kann. Sei es Blicke, sei es Körperhaltung, sei es Kopfbewegungen. Man kann sehr wohl ‚ja‘ sagen und dabei den Kopf schütteln. Und deshalb würde ich dableiben, um die zweite Lesart des Patienten zu haben. Denn es gibt eine verbale Ebene, aber auch eine körperliche. Selbst wenn man nicht die Person ist, die das Gespräch führt, kann man trotzdem eine Stütze sein, um ein umfassenderes Bild davon zu bekommen, was passiert. (IP2: 202)

Für IP3 ermöglicht es die Anwesenheit außerdem, der behandelten Person, für den man zuständig ist, Interesse zu zeigen: „Die Patientin sieht so, dass man sich interessiert, dass man nicht sagt: ich kenne das nicht, ich lasse es einfach“ (IP3: 286). Unabhängig von der jeweiligen Konstellation wird jeder Einsatz der dolmetschenden Kollegin durch eine Rückmeldung über den Gesprächsinhalt abgeschlossen (IP2: 121). Dieses von allen Befragten erwähnte Ritual verdeutlicht die Bedeutung, die die Pflegekräfte den Informationen über ihre Patient*innen beimessen – auch dann, wenn diese nicht direkt mit ihnen kommunizieren: „Ich weiß alles, was zwischen den beiden gesagt wurde“ (IP2: 127).

Die dritte Konstellation ähnelt am meisten einem klassischen Fall des medizinischen Dolmetschens. Die zuständige Krankenpflegerin übermittelt die Informationen an die Kollegin, die sie für den*die Patienten*in übersetzt – und umgekehrt. Sie nimmt damit eine Dolmetschrolle im Sinne eines „Conduits“ (Davidson 2000: 381) oder einer „Vermittlerin“ (IP3: 83) ein: "Meine Kollegin stellt Fragen, ich übersetze sie dann ins *Sprache-IP4* und anschließend wieder ins Französische, damit meine Kollegin mitschreiben kann“ (IP4: 28).

Allerdings ist die Rolle der dolmetschenden Pflegekraft durch ihre Fluidität gekennzeichnet. Aufgrund ihrer Doppelfunktion tendiert sie dazu, die Rolle einer „Co-Therapeutin“ einzunehmen. Die Interaktion bewegt sich dann zwischen der zweiten und der dritten Konstellation. Dies hängt auch mit der Haltung der zuständigen Pflegekraft zusammen,

die ihre Kollegin in erster Linie als Pflegekraft betrachtet. Folglich richtet sie sich nicht mehr an den Behandelten sondern direkt an die Kollegin, die dolmetscht:

Ich werde zwar auch einen Blick für den Patienten haben, aber ich werde hauptsächlich mit meiner Kollegin sprechen und sagen: Kannst du ihm sagen, kannst du ihn fragen, ob dies oder jenes ist. Und dann denke ich mir, dass die Kollegin versuchen wird, sich verständlich zu machen. (IP6: 172)

Dies schafft eine doppelte Interaktionssituation. Einerseits findet ein Dialog zwischen Patienten*in und Dolmetscherin statt, andererseits zwischen Dolmetscherin und Pflegekraft – also Pflegekraft mit Pflegekraft. Die Rolle, die die Dolmetscherin übernimmt, beeinflusst, ob die Interaktion dyadisch oder triadisch verläuft. Für IP6 trägt die Dolmetschende die Verantwortung, die Aussagen für den*die Patienten*in zugänglich zu machen. An dieser Stelle zeigt sich erneut eine Auffassung der Dolmetscherin als Co-Therapeutin:

Also, ich weiß, dass ich, wenn man mich zum Beispiel ruft, um es einfach zu machen, um zu übersetzen, dass ich sofort... meine Kollegin wird mir einen Begriff sagen, der völlig paramedizinisch oder medizinisch ist, und ich werde sofort... weil ich davon ausgehe, dass wenn die Patientin schon kein Französisch versteht und wir dann noch mit einem französischen, aber medizinischen Begriff kommen, haben wir sie verloren. Also werde ich vereinfachen. Für mich ist das vielleicht meine Logik und nicht die der anderen. (IP6: 147)

Diese Erwartung erinnert an jene, die man an eine externe professionelle Dolmetscherin richtet (siehe 2.2). Im Kontext des Dolmetschens durch ein Mitglied des Pflorgeteams ist sie umso ausgeprägter, da der verwendete Wortschatz beiden Beteiligten vertraut ist. IP6 ist sich deshalb bewusst, dass sie als Dolmetscherin den von den Kolleginnen verwendeten medizinischen Wortschatz vereinfachen muss, um den Patient*innen das Verständnis zu ermöglichen. Die Verantwortung für die Vereinfachung des Diskurses wird ihr von der Kollegin übertragen. Umgekehrt erwartet sie dieselbe Vorgehensweise auch von einer Kollegin, die dolmetscht: „Also, auch wenn es meine Kollegin ist, die übersetzt, sage ich ihr: ‚Frag, ob er ein Antikoagulans hat‘, und sie wird dann fragen: ‚Nehmen Sie ein Medikament, das das Blut dünner macht?‘“ (IP6: 128).

Wenn sie für eine Kollegin dolmetscht, steht die Rolle der dolmetschenden Krankenpflegerin nicht fest. Sie schwankt regelmäßig zwischen den Extremen: von Nicht-Beteiligung - Conduit - bis zur vollständigen Übernahme des Gesprächs - Behandlung in der Fremdsprache - und durchläuft dabei Zwischenphasen der Beteiligung - Co-Therapeutin. Im Allgemeinen scheint sie aufgrund der Haltung ihrer Kolleginnen häufig in die Rolle der Co-Therapeutin gedrängt zu werden. Dies erklärt sich durch das Vertrauensverhältnis, das die Pflegekräfte untereinander aufweisen.

Für IP2 ist es jedoch wichtig, ihre Rolle als Vermittlerin nicht aus den Augen zu verlieren, um die Organisation der Patienten*inbehandlung zu respektieren. Wenn sie dolmetscht, ist sie nicht die zuständige Pflegekraft und muss daher darauf achten, keine Informationen für sich zu behalten. Selbst wenn sie die Antwort auf eine Patienten*infrage kennt, beantwortet sie diese nicht automatisch: „Ich übersetze die Frage trotzdem. Aber da sie auch Krankenpflegerin ist und ich ebenfalls, und ich auch die Antwort auf die Frage kenne. Ich übersetze aus Gewissensgründen.“ (IP2: 404)

Auch wenn die Interaktionssituation unterschiedlichen Beteiligungsmustern folgen kann, legen die Pflegekräfte großen Wert darauf, dass alle Informationen weitergegeben werden. Dies geschieht einerseits durch die Übernahme einer Conduit-Rolle, wenn die Situation es zulässt - das heißt, wenn die zuständige Pflegekraft anwesend bleibt und das Gespräch führt - oder durch die systematische Durchführung eines Nachgesprächs. So zielen alle Einsätze der dolmetschenden Krankenpflegerin letztlich auf dasselbe Ergebnis ab, auch wenn ihr Ablauf jeweils variiert.

7.2.2 Das Dolmetschen mit einem*er Arzt*Ärztin

Die Rolle und Funktion der dolmetschenden Krankenpflegerin sind wesentlich klarer, wenn sie in Anwesenheit eines*er Arztes*Ärztin dolmetscht. Die Konstellation ist immer dieselbe. Es handelt sich um einen Dreierdialog, bei dem die Pflegekraft als Vermittlerin agiert. Der*die Arzt*Ärztin ist bei jedem Gespräch systematisch anwesend, da er dieses zwangsläufig führt. IP1 beschreibt den Unterschied zwischen der Interaktion mit einem*er Arzt*Ärztin und der mit einer Kollegin:

Wenn es mit einem Arzt ist, er sagt mir den Satz, ich sage es dem Patienten, der Patient antwortet mir, und eigentlich bin ich dazwischen. Weil der Arzt, er ist in seinem Anamnesegegespräch, und nach und nach will er die Geschichte verstehen, er will die Dinge verstehen, also Schritt für Schritt. Wenn es mit meinen Kolleginnen ist, sagt sie mir 'du kannst ihm das sagen', 'es gibt das, das, das'. Ich übersetze es, und dann sage ich ihr 'gut, er hat verstanden, er weiß, dass er das alles nicht essen darf' und fertig. (IP1: 416–417)

Die Dynamik zwischen Dolmetschenden und Ärzt*innen ist völlig anders als die zwischen zwei Pflegekräften. Aufgrund seiner*ihrer hierarchischen Position nimmt der*die Arzt*Ärztin die Rolle des Wissenden im Austausch ein und verweist die Pflegekraft in die Rolle des Conduit: „Nein, nein, ich gebe nicht meine eigene Meinung wieder. Ich gebe genau die Worte der Patientin wieder, weil das dem Arzt dann ermöglicht, seine Diagnose zu stellen.“ (IP1: 477–480)

Auch der Rahmen des Gesprächs ist klarer gesetzt. Der*die Arzt*Ärztin bestimmt, wann es endet, und lässt dabei wenig Raum für die anderen Aufgaben der Krankenpflegerin. Mitunter wird der Termin sogar im Voraus festgelegt (IP5: 632). IP1 beklagt den mangelnden Respekt gegenüber ihrer eigenen Arbeitsbelastung und erinnert daran, dass „der Arzt König ist“ (IP1: 477). Während im vorherigen Kontext die Dolmetschende während des Dolmetschens durch die zuständige Pflegekraft ersetzt werden konnte, ist dies beim Arzt nicht der Fall. Sie muss daher ihre Aufgabe des Moments aufgeben (IP1: 512).

Besonders heikel ist das Dolmetschen für den*die Arzt*Ärztin in Notfallsituationen. IP1 berichtet von einer Vorbereitung für eine Notoperation, bei der der Patient im Intimbereich rasiert werden musste. Die Dolmetschende fühlte sich dabei verantwortlich, den Patienten zu informieren, obwohl der Arzt sie dazu nicht aufgefordert hatte: „Da hat man Druck, weil der Arzt sagt ‚schnell, schnell, beeilen Sie sich‘, aber man kann den Patienten nicht einfach ausziehen und rasieren, ohne ihm etwas zu sagen“ (IP1: 448). In einem solchen Fall befindet sich die Pflegekraft, die als Dolmetscherin anwesend ist, an der Schnittstelle ihrer beiden Rollen. Ihre Hauptaufgabe in diesem Moment – als Pflegekraft –, die ihr vom Arzt vorgegeben ist, besteht darin, den Patienten zu rasieren. Doch sie betrachtet es als ebenso unverzichtbar, den Patienten zu informieren. Hier tritt ihre moralische Pflicht als Dolmetscherin in den Vordergrund. Würde der Patient Französisch sprechen, hätte vielleicht der Arzt diese Aufgabe übernommen. Da dieser jedoch nicht mit dem Patienten kommunizieren kann, übernimmt die Dolmetscherin eigenständig diese Rolle, ohne dass diese Rollenübernahme ausdrücklich formuliert wird. Sie trifft die Entscheidung selbstständig, den Patienten zu informieren.

Die Diagnosemitteilungen stellen für die dolmetschenden Pflegekräfte ebenfalls eine heikle Situation dar. Im normalen Fall fallen diese ausschließlich in die Verantwortung der Ärzte: „Normalerweise ist es seine Aufgabe, die Diagnosen mitzuteilen. Aber wenn er die Sprache nicht kennt, ist es ein bisschen kompliziert“ (IP4: 234). In solchen Fällen übernimmt die dolmetschende Krankenpflegerin die Verdolmetschung und damit indirekt auch die Diagnosemittlung und muss deren Wirkung auf den Behandelten auffangen:

[Die Schwierigkeit in diesem Moment] ist eher der Stress des Patienten, die Tatsache, dass er die schlechte Nachricht nicht verkraftet, dass es für ihn wie ein Schlag von oben kommt. Und dann bist du ein Stück weit verantwortlich, weil du ihm die Dinge sagst. Also die mentale Auswirkung ist für dich nicht dieselbe. [...] Es ist eine heikle Situation, weil normalerweise, wie gesagt, der Arzt den Befund mitteilt. Damit sind wir sonst eher geschützt. Aber hier bist du es, die das heikle Thema direkt anspricht. Du stehst in der ersten Reihe. Und ja, das ist dann nicht einfach für dich. (IP4: 234)

Die Krankenpflegerin übernimmt eine Funktion, die ihr normalerweise nicht zugewiesen ist. Dies passiert in einem Rahmen, der nicht offiziell geregelt ist. Dadurch befindet sie sich in einer ungeschützten Position. Für IP4 ist diese Rolle problematisch. Für IP1 hingegen stellt die hierarchische Position der Ärzt*innen die eigentliche Schwierigkeit dar. In der Interaktion mit Ärzt*innen übernimmt die dolmetschende Krankenpflegerin Funktionen, die sie sonst nicht übernehmen würde. Sie muss zahlreiche Entscheidungen treffen: Soll sie erklären oder nicht? Soll sie vereinfachen oder nicht? Soll sie ihre pflegerischen Aufgaben priorisieren oder die Dolmetsch-Anfragen des*der Arztes*Ärzt*in erfüllen?

Im Gegensatz dazu bleibt die zweisprachige Krankenpflegerin bei der Verdolmetschung für Kolleginnen näher an ihrer ursprünglichen Rolle, auch wenn die Doppelbelastung deutlich spürbar ist. In diesem Kontext befindet sie sich häufiger in der Rolle einer Co-Therapeutin.

8. DIE DOPPELROLLE

Wie nehmen die dolmetschenden Pflegekräfte diese Doppelrolle wahr? Erkennen sie überhaupt eine Doppelrolle? Sehen sie sich selbst als Dolmetscherinnen? Unterscheiden sie klar zwischen den Funktionen von Dolmetscherin und Pflegekraft?

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde die Unterscheidung zwischen den beiden Rollen – wann Dolmetscherin, wann Pflegekraft – als zentrale Frage gestellt. Die Antworten zeigen jedoch, dass diese Frage nur indirekt beantwortet werden kann. Dies deutet darauf hin, dass die Rollen für die Befragten nicht strikt getrennt sind: Die Praktiken überlagern sich und bleiben eng miteinander verflochten. Wie IP1 es ausdrückt: „Das sind Dinge, die sich ineinanderfügen, ohne dass du es bemerkst“ (IP1: 506).

8.1 Wann Pflegekraft? Wann Dolmetscherin?

Nur in den Interviews von IP4 und IP2 lassen sich die beiden Rollen anhand bestimmter Kriterien unterscheiden. Für IP4 ist das entscheidende Kriterium die Funktion, die sie in der jeweiligen Situation übernimmt. Sobald es darum geht, den Patient*innen zu beruhigen, tritt die Rolle der Pflegekraft in den Vordergrund. Diese ist mit einer unterstützenden Haltung verbunden, während die Rolle der Dolmetscherin von ihr mit „Distanz“ beschrieben wird (IP4: 256). Diese Unterscheidung zeigt sich besonders bei der Mitteilung von Diagnosen:

Ich versuche, in der Rolle der Dolmetscherin zu bleiben, um nicht zu sehr betroffen zu sein. [...] In diesem Moment, als Dolmetscherin, schafft man wirklich Distanz, und das schützt auch. [...] Bei schlechten Nachrichten bleibe ich wirklich bei dem, was der Arzt sagt, und übersetze ohne Emotion. Da bin ich eine Dolmetscherin. (IP4: 260)

Für IP4 ermöglicht die Rolle der Dolmetscherin also eine gewisse Distanz zum Diskurs, die ihr hilft, die emotionale Belastung bei der Übermittlung schlechter Nachrichten zu minimieren – ähnlich wie es bereits IP1 beschrieben hatte (siehe 7.1.2). Diese Distanz ist jedoch nicht immer aufrechtzuerhalten. Insbesondere bei Patient*innen, die sie persönlich kennt, fällt es ihr schwer:

IP4: Wenn er anfängt zu weinen, dann musst du ... Nein, es ist nicht einmal ein ‚du musst‘, sondern du machst es einfach ganz natürlich. Ganz natürlich wirst du eine Stütze für ihn sein und versuchen, ihn zu beruhigen oder zumindest die Situation zu entschärfen. Auch wenn du spürst, dass das vielleicht gar nicht der Realität... Du versuchst es, aber es gelingt dir nicht. Zumindest mir gelingt es nicht. Wenn er dann auch noch entspricht. Aber du versuchst es dir einzureden ...“

I: „Bist du da mehr in deiner Rolle als Dolmetscherin oder als Krankenpflegerin?“

IP4: „Nein, da bist du in deiner Rolle als Krankenpflegerin. Die Dolmetscherrolle ist eher, wenn ich die Leute eigentlich nicht kenne. Wenn man mich ruft, wie ich dir gesagt habe, zum Beispiel wenn ein Arzt einen Ultraschall macht. Da mache ich einfach das, was ich zu tun habe, und versuche, mich ein bisschen zu distanzieren.“ (IP4: 274–282)

An dieser Stelle wird klar: Für IP4 ist sie in solchen Momenten keine Dolmetscherin mehr, sondern Krankenpflegerin. Für IP2 dagegen hängt die Unterscheidung vom Kommunikationsinhalt ab. Solange es um formale Informationen geht, bleibt sie in der Rolle der Dolmetscherin. Sobald Patient*innen jedoch Fragen zum Behandlungsprozess stellen, die ihr spezifisches Fachwissen als Krankenpflegerin erfordern, tritt sie in die Pflege-Rolle.

Also in diesem Fall haben sie nicht viele Fragen gestellt. Na ja, bei den Medikamenten schon, und da hatte ich dann auch meine doppelte Rolle als Krankenpflegerin, auch wenn ich gleichzeitig übersetzt habe, was die Patientin mir erklärt hat, weil es eben um die Medikamente ging. [...] Das waren aber trotzdem recht einfache Dinge, die keine großen Erklärungen erforderten und auch nicht unbedingt die Rolle der Krankenpflegerin oder Pflegekraft voraussetzten, weil es nur hieß: ‚Sie bekommen Antibiotika, wir geben sie Ihnen, weil Sie eine Infektion an dieser oder jener Stelle haben.‘ [...] In den anderen Fällen, wo es nur um ganz formale Dinge wie die Vergabe eines Termins ging, gab es nicht viel mehr Kommunikation, also brauchte es auch keine Krankenpflegerinrolle oder so. Es ging wirklich nur darum, die Information weiterzugeben. (IP2: 390–398).

8.2 „Ich bin keine Übersetzerin“

Solche kurzen Selbstbeschreibungen als Dolmetscherin sind die Ausnahme. Auch wenn sie zeitweise wie Dolmetscherinnen agieren, ist es für IP1 eindeutig: „Ich bin keine Übersetzerin, ich bin in erster Linie Krankenpflegerin.“ Obwohl IP1 seit mehr als zehn Jahren regelmäßig als

Dolmetscherin im Rahmen ihrer Pflegearbeit fungiert, nimmt sie sich nicht als solche wahr, da sie mit dem Begriff eine andere berufliche Identität verbindet:

Für mich ist Übersetzerin ein Beruf, und ich bin keine Übersetzerin, ich bin in erster Linie Krankenpflegerin. Ich versuche, die Aussagen meiner Kollegin oder des Arztes so genau wie möglich wiederzugeben. Aber Übersetzerin/Dolmetscherin, das ist ein Beruf, weißt du, so wie wenn man bei der UNO oder in einer Botschaft arbeitet. (IP1: 368)

Die Befragten unterscheiden klar die Funktion professioneller Dolmetscher*innen von der Funktion, die sie am CCN ausüben. Dies lässt sich auch durch die geringe Vertrautheit mit dem Beruf erklären. Keine von ihnen hatte in ihrer Laufbahn Kontakt mit medizinischen Dolmetscher*innen, teilweise scheinen sie sogar an deren Wirksamkeit zu zweifeln: „Ich kenne Orte, wo das gemacht wird, und selbst wenn es professionelle Dolmetscher gibt, funktioniert es offenbar nicht so gut“ (IP1: 656). IP6 wiederum hat „nie Dolmetscher getroffen“, obwohl sie bereits in vielen Einrichtungen gearbeitet hat (IP6: 312). IP1 verbindet das Bild professioneller Dolmetscher*innen mit einer Distanz zum Patienten, die dem Pflegeverhältnis schaden würde:

Also, die professionellen Dolmetscher. Ich finde, das... ist telefonisch, es gibt keine Interaktion, es gibt nichts, also bin ich dafür nicht sehr empfänglich. Wir sind in einer **Pflegebeziehung**, wir müssen von Angesicht zu Angesicht sein. (IP1: 686)

Diese Gedankenverbindung erinnert an die Wahrnehmung von IP4, die die Dolmetscherrolle ebenfalls mit einer Distanz zum Gesagten assoziierte und dies als Kriterium zur Abgrenzung von der Rolle der Krankenpflegerin benutzte (siehe 8.1). IP1 zweifelt sogar an der Verlässlichkeit der Übersetzung:

Ich hatte eine Kollegin, die mir erzählt hat, dass sie einen Patienten hatten. Also haben sie einen Dolmetscher angefordert, weil der Arzt ihm Dinge sagen wollte. Also haben sie gedolmetscht, und ein paar Tage später kam die Familie, und der Patient erklärt der Familie, was der Arzt ihm gesagt hat. Und der Arzt sagte: ‚Nein, das habe ich nicht gesagt.‘ (IP1: 662)

Später stellt IP1 auch die Fähigkeit professioneller Dolmetscher*innen infrage, beruhigend auf den Patienten einzuwirken:

Wenn du schlechte Nachrichten überbringst, der Patient wird sehen. Er wird zuhören, du kannst ausführen, du kannst aktives Zuhören praktizieren, du kannst Empathie zeigen. Du kannst versuchen, ihn zu beruhigen, aber ich bin mir nicht sicher, ob der Dolmetscher das macht. Wenn der Arzt ihm sagt: ‚Also, er muss wissen, dass er Krebs hat,‘ dann wird der Dolmetscher sagen: ‚Also, Herr ***, Sie haben Krebs.‘ (IP1: 689–692)

Auch IP6 äußert Zweifel an der Diskretion externer Dolmetscher*innen:

Ich denke nicht, dass das hier möglich ist, aber es wäre gut eine Person, ein Dolmetscher, der mit dem Patienten kommt, vorherzusehen... Ich weiß nicht, ob sie zur Verschwiegenheit

verpflichtet sind. Na ja, weil sie trotzdem sehr persönliche und vertrauliche Informationen weitergeben. (IP6: 305).

Diese Antworten zeigen einen klaren Mangel an Wissen über das Dolmetschen. Dabei gibt es in Frankreich eine wichtige Organisation (ISM), die medizinisch-soziale Dolmetscher*innen mit medizinischen Einrichtungen vernetzt (siehe 1.1). Es geht hier nicht darum, den individuellen Mangel an Interesse der Pflegenden des CCN an bestehenden Lösungen zur Kommunikationsüberbrückung hervorzuheben, sondern vielmehr den Bildungsdefizit in diesem Bereich sichtbar zu machen. Genau aus diesem Grund hat ISM die Ausbildung und Sensibilisierung zum Hauptauftrag gemacht – sowohl für die öffentliche Hand als auch für die lokalen Akteure des Krankenhaussektors, etwa durch die Veröffentlichung von Charten und die Organisation von Konferenzen mit den Betroffenen. Es scheint, als seien die Pflegenden des CCN von solchen Initiativen nie erreicht worden.

Vor diesem Hintergrund ist es logisch, dass die Pflegenden des CCN, die Dolmetschaufgaben übernehmen, sich selbst nicht in einer Dolmetscherrolle sehen. Dies entspricht dem fehlenden institutionellen Rahmen, der ihre Praxis begleitet. Ihre Dolmetschfunktion ist nirgends festgehalten, sie werden auch nicht vor der Einstellung über diese Möglichkeit informiert. IP3 hatte sich vor ihrem Einstieg als Pflegehelferin nicht vorgestellt, „das zu machen“ (IP3: 184).

Diese distanzierte und teilweise unbewusste Haltung der Befragten zu ihrer Dolmetschfunktion erlaubt auch eine gewisse Distanz zu Qualitätsansprüchen, was sogar von Vorteil sein kann. Keine der Befragten äußerte Stress oder Frust im Zusammenhang mit dem Dolmetschen. Im Gegenteil, es zeigt sich eine gewisse Gelassenheit. Diese Distanz verhindert, dass die Befragten lange bei einem fehlenden Wort verharren. Wichtig ist für sie die Übermittlung der Botschaft und das Verständnis des Patienten – was eine zentrale Eigenschaft professioneller Dolmetscher*innen ist.

Also, ich sage es anders, ich sage, dass er eine offene Operation haben wird und dass die Arterien... Also, ich weiß nicht, wie man Arterien und Venen sagt, also sage ich etwas anderes. Im Endeffekt ist es Bastelarbeit. (IP1: 388)

Wir finden immer Äquivalente. Ehrlich gesagt. (IP4: 147)

Ja, ich schaffe es wirklich, manchmal, wenn ich Wörter nicht verstehe, bitte ich sie, es noch einmal zu sagen oder auf eine Art zu erklären, die ich verstehen kann. (IP5: 109)

Die Distanz der Befragten zur sprachlichen Genauigkeit könnte die Ursache für die Reaktivität

sein, mit der sie es schaffen, „immer Äquivalente zu finden“. Die dolmetschenden Pflegekräfte des CCN zeigen eine Freiheit in der Wortwahl, die ihnen eine Anpassungsfähigkeit ermöglicht. Sie arbeiten mit dem, was ihnen zur Verfügung steht. Zudem ist es für sie kein Problem, Wissenslücken offen einzugestehen: „Aber nein, nein, wenn ich es nicht weiß, weiß ich es nicht. Ich sage es klar.“ (IP1: 668); und „Nein, wenn ich es nicht verstehe, sage ich es dem Arzt: ‚Ich verstehe nicht, was sie mir sagt‘ oder ‚Ich wüsste nicht, wie ich das übersetzen soll.‘“ (IP1: 488)

Diese Art, das Dolmetschen anzugehen, entspricht dem Rahmen – oder besser: Nicht-Rahmen – der die Praxis begleitet. Da die Dolmetschtätigkeit nicht offiziell ist und auch nicht institutionell anerkannt wird, fühlen sich die zweisprachigen Pflegekräfte nicht einem Qualitätsdruck ausgesetzt. Dies erlaubt ihnen, keinen Stress zu empfinden, den man in ihrer Situation jedoch erwarten könnte.

8.3 Dolmetschen ist ein Teil der Rolle

Einerseits gibt es seltene Momente, in denen die Dolmetschfunktion klar von der der Krankenpflegerin trennbar ist (siehe 8.1). Andererseits identifizieren sich die Befragten nicht mit der Dolmetscherrolle (siehe 8.2). In Wirklichkeit scheinen die Rollen ineinander überzugehen.

Auf die Frage, ob sie „gern“ dolmetsche oder nicht, antwortet IP1: „Weder ich mag es, noch mag ich es nicht“ (IP1: 880). Diese scheinbare Neutralität gegenüber der Dolmetschfunktion entspricht der allgemeinen Haltung der Befragten. Dolmetschen scheint „Teil“ ihrer Arbeit zu sein – ein Teil, über den sie sich keine Gedanken machen, ob sie ihn mögen oder nicht, da er schlichtweg getan werden muss.

In dem Maße, in dem das Dolmetschen ermöglicht, dass ein*e Patient*in behandelt wird, gehört es für die Pflegenden zu ihrem beruflichen Selbstverständnis:

Also wir gehen davon aus, dass es ein Patient ist, er muss behandelt werden, das ist das Wichtigste. Wir fragen nicht, ob er eine Krankenversicherung hat, wir fragen nicht, ob er Französisch spricht oder nicht. (IP3: 40)

Für IP3 wie auch für die anderen bedeutet die Arbeit als Krankenpflegerin die Übernahme einer Verantwortung gegenüber den Patient*innen. Besonders bei IP3, die Pflegehelferin und keine Krankenpflegerin ist, ist das Verantwortungsgefühl stark ausgeprägt. Es ist entscheidend, dass die Patientin weiß, dass sich die Pflegekraft „um sie sorgt“ (IP3: 292):

Also wir sind die erste Ebene, okay. Die ersten Personen, die sie sehen, dass sie die

Krankenpflegerin vielleicht nicht sehen, ja, den ganzen Tag oder sonst wie, weil sie hier und da unterwegs ist, also sie schnell vorbeikommt, um zu sagen, meine Kollegin ist im Stress, aber ich bin da. „Also, wenn Sie sie rennen sehen, keine Sorge, wir sind zusammen. Wenn Sie mich rennen sehen, sie ist da. Wenn Sie sie rennen seht, ich bin da. [...] Ich habe nur **Sie** in diesem Moment, also sind Sie meine Priorität. Wenn ich das Zimmer verlasse, fange ich wieder an zu rennen. Aber wenn ich im Zimmer bin...(IP3: 204–215)

Diese ausgeprägte Sorge um das Wohlbefinden der Patientin, insbesondere wenn sie fremdsprachig ist, zeigt ein starkes Bewusstsein für die Bedürfnisse der Patient*innen bei IP3 und den tiefen Wunsch, dass diese respektiert werden. Diese Aufmerksamkeit ist untrennbar mit ihrem Selbstverständnis als Pflegekraft verbunden. Besonders die Aufmerksamkeit, die IP3 fremdsprachigen Patient*innen schenkt, könnte darauf hindeuten, dass sie das Dolmetschen als natürliche und innewohende Praxis ihres Berufs begreift. Dolmetschen ermöglicht ihr, ihre Pflicht als Pflegenden zu erfüllen – genauso wie die Erklärung von Medikamenten, die Sicherstellung, dass der*die Patient*in alles verstanden hat, oder die Gewährleistung, dass er*sie alles sagen konnte, was er wollte. Für IP6 ist es ebenso unverzichtbar, gar logisch, „sich die Mittel zu geben, um das Verständnis des Patienten zu sichern, egal wie lange es dauert“:

Aber sonst sage ich mir nicht, 'oh, er versteht es nicht, es bringt nichts, ihm das zu erklären'. Nein, wenn ich es für wichtig für die Behandlung halte, dass der Patient dies oder jenes versteht, werde ich mir die Mittel geben, ihm zu erklären, dass wir über die Familie, über die Kollegen, über Google Übersetzer gehen, auch wenn es zehn, zwanzig Minuten dauert, um zu schreiben oder zu sprechen und es dann zu übersetzen, wir nehmen uns die Zeit. Weil es wichtig ist und jeder gleich behandelt werden muss. (IP6: 52)

Dieses Verantwortungsbewusstsein ist bei IP4 so stark ausgeprägt, dass sie den Arzt wegen seines geringen kommunikativen Bewusstseins und seiner mangelnden Aufmerksamkeit für den Patienten kritisiert, wenn dieser eine unpassende Körpersprache zeigt:

Also ja, da sage ich dem Arzt, hör zu, es ist schwierig für ihn, weil er die Sprache nicht versteht, also wie er die Sprache nicht versteht, verlässt er sich auf das, was er in deiner Gestik sieht, und deine Gestik war nicht passend. Weil du genervt warst, aber er hat das interpretiert als...(IP4: 297)

Die Befragten gehen mit einer gewissen Natürlichkeit an ihre Doppelrolle heran. Es ist „logisch“, es ist „ihr Job“. Es ist in Wahrheit „ein Teil ihrer Rolle“ (IP1: 269). IP3 zögerte nicht, als sie zum ersten Mal gebeten wurde, für eine Patientin auf *Sprache-IP3* zu dolmetschen, obwohl sie dies zuvor nie in Betracht gezogen hatte: „Sofort, aus der Situation heraus. Ich sagte mir, na gut, dann los“ (IP3: 190–191). Zudem ist für die Befragten eine reibungslose Kommunikation eine Möglichkeit, „sich nützlich zu machen“, und somit ein integraler Bestandteil ihrer Pflegearbeit:

Aber mein Beruf ist nichts anderes als, sich nützlich zu machen. Also in Wirklichkeit mache ich da keinen großen Unterschied. Sobald ich für einen Patienten übersetze, ist das für mich Teil meiner Arbeit. Er spricht kein Französisch, wie bekommt er diese Information, wie gebe ich ihm die Information? Nun, das ist Übersetzung. (IP1: 898)

Für IP5 ist es sogar ihre „Pflicht“, für den Patienten „nützlich“ zu sein, und also auch zu dolmetschen, wenn nötig (IP5: 239). Für IP1 wiederum ergibt sich diese Verantwortung aus der geopolitischen Realität Frankreichs als multikulturellem Land. Sie hat diesen „Teil“ ihres Berufs nie infrage gestellt:

Ah na ja, auf jeden Fall, ich habe es immer als Teil meiner Rolle gesehen. Sobald du in einem Land bist, das multikulturell ist, und sobald du Patienten hast, in unserer Klinik, weil wir, auch wenn wir gewinnorientiert sind, Menschen aufnehmen, die die AME³⁵ haben, die diese Art von Hilfe haben. Also bedeutet das Patienten, die nicht Französisch sprechen, oder zumindest sehr sehr wenig. Also hat es mich nie, wie soll ich sagen, gestört. Es geht mehr darum, die Zeit zu finden. Was mich stört, ist eher manchmal, die Dinge nicht richtig zu machen. Weil du keine Zeit hast. (IP1: 269)

Die Gleichbehandlung fremdsprachiger und französischsprachiger Patient*innen und die Bereitstellung der notwendigen Mittel zur Kommunikation sind für die Pflegekräfte des CCN zentral. Ob dies als persönlicher Wesenszug oder als Wunsch, den Beruf richtig zu machen, dargestellt wird – ein starkes Empathievermögen ist bei allen Befragten vorhanden und scheint direkt aus ihrem Beruf zu resultieren. Dieses Pflichtbewusstsein zeigt sich deutlich bei IP5, die die Akten Patient*innen aus *Nationalität-IP5* „aus Neugier“ durchschaut, um sicherzustellen, dass alle Informationen eingetragen sind – auch wenn sie nicht von Kolleg*innen darum gebeten wurde (IP5: 270).

Diese Sensibilität für Kommunikationsbedürfnisse scheint teilweise aus Ereignissen im persönlichen Lebensweg zu stammen. Nachdem das Interview bereits beendet war, vertraute sich IP4 an und erklärte, was für sie die Ursache ihrer besonderen Sensibilität sei:

Siehst du, ich weiß, dass ich sensibler bin, was Sprachbarrieren angeht, weil meine Mutter in meinem persönlichen Leben nicht lesen und schreiben kann, sich aber dennoch sehr sehr gut auf Französisch ausdrückt, aber am Anfang war es nicht so. Vielleicht ist das der Grund, warum ich denke, dass ich etwas sensibler bin als andere in dieser Hinsicht. (IP4: 312)

Nach ihrer Einschätzung hat diese Erfahrung mit ihrer Mutter ihre Beziehung zu Patient*innen beeinflusst, und darüber hinaus auch ihren Wunsch, den Beruf der Krankenpflegerin zu ergreifen:

Deshalb habe ich diesen Beruf gewählt, weil ich die Menschen liebe. Ich kümmere mich nicht um Computer und Dokumentation, das interessiert mich nicht. Was mich interessiert, ist der Mensch. Und leider gelingt es uns immer weniger, menschlich zu sein, weil man uns

³⁵ Staatliche medizinische Hilfe in Frankreich

Aufgaben auflädt, die zu... Sekretariatsarbeit geworden sind, wir machen alles, wir sind so vielseitig, dass man irgendwann nicht mehr kann. (IP4: 340–341)

Für IP3 ist es „unnormal“, eine Patientin zu behandeln, ohne sich „in ihre Lage zu versetzen“:

Wir nehmen sie, legen sie dort hin, machen das, gehen wieder raus, fragen nicht nach ihrer Meinung, sie weiß nicht, was mit ihrem Körper passiert. Für mich ist das **unnormal**. Für mich ist das das Wichtigste. Und sich besonders in die Lage des Patienten zu versetzen. Denn ich hätte es nicht gemocht, keine Informationen zu bekommen, wenn ich in einem anderen Land wäre und ein Problem hätte. Ich hätte es nicht gemocht, wenn niemand die Sprache spricht. Also versuche ich, es so zu machen. (IP3: 365)

Dies scheint ebenfalls aus einem Erlebnis zu stammen, das sie nachhaltig geprägt hat und ihr heutiges Verhältnis zu den Patient*innen beeinflusst:

Ich hatte in Spanien einen Schwächeanfall, ich hatte Angst, dass man mir etwas amputiert, weil ich kein Spanisch sprach. Glücklicherweise gab es eine Dolmetscherin. Deshalb bin ich auch etwas sensibler. Ich bin auch jemand, der gerne für andere sorgt. (IP3: 413)

Diese Zeugnisse erleuchten, dass Empathie und Bewusstsein für die kommunikativen Bedürfnisse Teil der Persönlichkeit dieser Pflegekräften sind. Sie betrachten es als integralen Bestandteil des Berufs der Krankenpflegerin, für das Wohlbefinden der Patient*innen auf allen Ebenen zu sorgen. Mit der Entscheidung für eine pflegerische Laufbahn scheinen sie sich dieser Mission verschrieben zu haben. Diese beinhaltet, dafür zu sorgen, dass fremdsprachige und französischsprachige Menschen gleichbehandelt werden. In diesem Rahmen erscheint das Dolmetschen als ein weiteres Werkzeug, das nicht vom Rest getrennt ist. Dieses Werkzeug tritt spontan auf, nicht vorzeitig geplant, und ist kaum Gegenstand von Reflexion.

9. ABSCHLIEßENDE REFLEXIONEN

9.1 Vorteile und Nachteile des Dolmetschens für die Pflegenden am CCN

9.1.1 Vorteile

Um diese Analyse der Funktionsweise des Dolmetschens am CCN abzuschließen, soll dieses Kapitel einen Überblick über die Auswirkungen des Dolmetschens auf die dolmetschenden Pflegekräfte geben. Die Dolmetschtätigkeit ist nicht offiziell. Folglich äußern die Befragten, wenn man sie nach ihren Gefühlen in Bezug auf das Dolmetschen fragt („Nimmst du gerne diese Rolle ein?“), häufig eine neutrale Position: „Weder ich mag es, noch nicht“ (IP1: 880); „Es stört mich nicht“ (IP4: 213). Diese neutrale Position entspricht dem Stellenwert, den die Befragten dem Dolmetschen in ihrer Funktion als Krankenpflegerin beimessen (siehe 8.3). Dennoch treten

auch positive Empfindungen hervor, insbesondere bei IP4, die gegen Ende des Gesprächs erklärt:

Es ist ein Glück. Im Sinne, dass es ein Glück für den Patienten ist. Und ich habe immer gesehen, dass es ein Reichtum ist, Sprachen zu haben, siehst du, sogar eine doppelte Kultur, siehst du, für mich ist es immer ein Reichtum. Also ist es eher ein Glück für den Patienten, jemanden zu haben, der ihn versteht, der ihm erklären kann und der tatsächlich auf seine Bedürfnisse und seine Fragen antworten kann. (IP4: 287–288)

In ihrem Verhältnis zur Dolmetschfunktion hebt IP4 also vor allem die Vorteile für Patient*innen hervor. Krankenpflegerin und zugleich zweisprachig zu sein bedeutet für IP4 in erster Linie eine Gelegenheit für die Patient*innen, ihnen noch nützlicher zu sein. Sie selbst scheint es nicht als Belastung zu betrachten, und nicht einmal darüber nachzudenken, ob es ihr gefällt oder nicht. Sie ergänzt: „Ich sehe es nicht als Last, so im Sinne von, ja die anderen würden das nicht machen, ich werde mich damit rumschlagen, nein nein“ (IP4: 290).

Bei den jüngeren Pflegekräften hingegen wird die Frage nach den Konsequenzen des Dolmetschens für sie selbst stärker thematisiert. IP3 war besonders geprägt von den beiden Situationen, in denen sie dolmetschen musste. Bei ihr spürt man ein Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung, das durch das Dolmetschen vermittelt werden kann. Vor allem für IP3 war das Dolmetschen ein Vektor der Aufwertung ihrer Position im Krankenhaus. Einerseits durch die Patientin, die ihr Niveau im *Sprache-IP3* lobte, das in Frankreich heute selten geworden ist. Die Befragte erwähnt dies mehrfach, was zeigt, dass es für sie bedeutsam war: „Sie hat mir gesagt ‚das ist sehr sehr gut‘. Danke an eure Eltern, denn es ist eine Sprache, die in Frankreich verloren geht, die Leute sprechen ihren Dialekt nicht mehr so viel. Und das hat mich gefreut.“ (IP3: 191). Außerdem erfuhr sie auch Wertschätzung durch ihre Kolleginnen:

Denn selbst die Tatsache, dass meine Kolleginnen gekommen sind, um mich zu holen, zeigt, dass jeder von uns wichtig ist und etwas beiträgt. Wenn wir alle Französisch sprechen, bringt man irgendwann nichts mehr bei. Ich bin nicht da, die andere macht den Eingang, ist dasselbe. Aber jetzt, wenn sie mir sagen, na ja, jetzt bin wirklich ich dran. Das ist super. (IP3: 191)

Darüber hinaus ist IP3 die Einzige, die auch ein Interesse am Erlernen von Fremdsprachen zeigt und den Wunsch äußert, sich in diesem Bereich weiterzuentwickeln: „Ich lerne gerne andere Sprachen.“ (IP3: 285). Dies verschafft ihr zusätzliche Anerkennung bei Kolleginnen:

Und die Mädels sagen mir manchmal 'komm, weil du manchmal alles und irgendwas verstehst. Wir wissen nicht, wie du das machst, aber komm und versuche es. (IP3: 519–521)

Für IP6, die nie zum Dolmetschen herangezogen wurde, weckt die Idee, dies zu tun, eine gewisse Lust:

Ich weiß nicht, ich finde es gut. Oh, ich finde es gut. Ich weiß nicht. Ich weiß nicht warum, aber ich hätte es gerne gehabt. Ich hätte es gerne gehabt, dass es eines Tages eine Situation gibt mit einer Person, die *Sprache-IP6* spricht und die ich übersetzen kann. Aber genauso, wenn ich in mein Land gehe, wenn ich in mein Land gehe und da Menschen sind, die kein Französisch sprechen und denen es schwer fällt, Dinge zu erklären, nun, dann hätte ich es gerne... (IP6: 418–427)

Auch bei IP6 spürt man den Wunsch, über ihre „gewöhnliche“ Rolle als Krankenpflegerin hinaus nützlich zu sein, so wie es einige ihrer Kolleginnen sind. Möglicherweise spielen ihr junges Alter und ihr entsprechendes Bedürfnis nach Anerkennung eine Rolle.

Diese positiven Gefühle in Bezug auf das Dolmetschen bleiben bei den Befragten jedoch eher selten. Zwar sehen IP3, die zweimal dolmetschte, und IP6, die nie dolmetschte, darin eine Form der Anerkennung und eine Möglichkeit, sich noch „nützlicher“ zu machen. Die Krankenpflegerinnen, die täglich dolmetschen, zeigen sich dagegen distanzierter. Für IP1 ist es etwas, das gemacht werden muss, ohne dass sie daraus besondere Zufriedenheit schöpft. Es ist eine Form beruflicher Pflicht, die sie nicht hinterfragt. Bei IP4 hingegen kommt eine Zufriedenheit hinzu, die sie als „Reichtum“ ausdrückt.

9.1.2 Nachteile

Ebenso wie die positiven Gefühle werden auch die negativen Gefühle nicht klar ausgesprochen, sondern treten eher unterschwellig oder auf Nachfragen hin hervor. Dies hängt natürlich mit der fehlenden Anerkennung der Dolmetschpraxis zusammen, die eine institutionelle wie auch individuelle Infragestellung kaum zulässt. Einige Punkte sind jedoch hervorzuheben, die eindeutig negative Folgen für die dolmetschenden Pflegekräfte darstellen.

Das Hauptproblem ist die Ausübung einer Funktion, die nicht offiziell anerkannt ist, und damit alle Probleme, die daraus entstehen. Die tatsächliche Arbeitsbelastung der Pflegekräfte wird nicht berücksichtigt, da sie nicht angesprochen ist. Sie findet informell statt und ist nirgendwo dokumentiert. Die zweisprachigen Pflegekräfte des CCN müssen daher zusätzlich zu ihren üblichen Aufgaben die Dolmetschertätigkeit für Patient*innen übernehmen, die nicht in ihrer direkten Verantwortung steht. Folglich stellt dies zwangsläufig eine zusätzliche Arbeitsbelastung dar, die von der Institution nicht als solche anerkannt wird. Auf die Frage, ob sie sich unter Zeitdruck fühlt, wenn sie für eine:n Arzt/Ärztin dolmetscht, antwortet IP1:

Naja, es gibt den Zeitdruck, weil der Arzt da ist, seine Antwort will und sich Zeit nimmt. Aber aus meiner Perspektive, in meiner Arbeitsbelastung, also ich habe meinen Job. Und er, weil er da sitzt, nimmt er sich Zeit, stellt Fragen, denkt nach, schaut gleichzeitig in seine

Akte. (IP1: 512)

Wie alle ihre Kolleginnen – ob zweisprachig oder nicht – betreut IP1 vier Patient*innen und trägt die gesamte damit verbundene Arbeitslast (Pflege, administrative Aufgaben, Patient*innenbetreuung, Besprechungen mit dem Ärzt*innenteam usw.). Das Dolmetschen kommt dazu, meist ungeplant und vor allem aufgezwungen. Es ist unbestreitbar, dass dies eine zusätzliche Belastung darstellt. Wie IP6 sagt: „Es stimmt, es ist auch lästig, die Kollegin ständig hinzuzuziehen. Denn sie hat ja auch ihre Arbeit“. Dennoch wird dies weder von IP4, für die es „nie“ eine Belastung sei (IP4: 322), noch von IP1 besonders betont, die meint: „Die Arbeitsbelastung ist auch nicht katastrophal“ und ergänzt: „aber manchmal habe ich Patient*innen, denen es nicht gut geht, da muss ich die ganze Zeit bei ihnen sein“ (IP1: 514).

Dies verdeutlicht das paradoxe Verhältnis der dolmetschenden Pflegekräfte zu ihrer Doppelrolle. Tatsächlich scheinen die einzigen Momente, in denen Stress entsteht, mit der allgemeinen Aktivität in der Abteilung verbunden zu sein – einer Belastung, die jede Pflegekraft treffen würde, nicht nur jene, die dolmetschen: „Zum Glück war es nicht so ein Tag wie gestern oder heute“ (IP3: 467). Das Stressgefühl wird also nie als direkte Konsequenz der Doppelbelastung betrachtet.

Den Pflegekräften obliegt es also, beide Funktionen miteinander zu kombinieren. Dies bedeutet manchmal, ihre Tätigkeit zu unterbrechen (vgl. IP1: 263) oder die Übergabe an eine Kollegin vorzunehmen (vgl. IP1: 520). Das gleichzeitige Bewältigen von Dolmetschanfragen und den üblichen Pflegeaufgaben kann eine erhebliche Herausforderung darstellen, da die Pflegekräfte auf ihrer Etage alleinverantwortlich sind. Dies macht das Heranziehen einer Kollegin zum Dolmetschen „ziemlich schwer und kompliziert“ (IP2: 209). Automatisch nimmt das Dolmetschen Zeit in Anspruch, die für andere Aufgaben genutzt worden wäre:

Ja, aber es ist vor allem so, dass sobald drei Personen in einem Gespräch sind und du die Verbindung zwischen den beiden machst, dauert es länger, weil du dem einen zuhören musst [...] und dann musst du... Also automatisch vervielfacht es sich mit zwei, sogar drei. In dieser Zeit bist du blockiert. Du machst nichts anderes. (IP1: 435)

Somit liegt es stets an der dolmetschenden Pflegekraft zu entscheiden, welche Aufgaben zu priorisieren sind, wobei sie die Dolmetschstätigkeit manchmal auf „später“ verschoben werden muss (IP1: 520). Diese Art von Entscheidung stellt eine zusätzliche mentale Belastung dar und sollte nicht in der Verantwortung der Pflegekräfte liegen.

Doch dies ist nicht die einzige Folge. Über das Risiko emotionaler Belastung hinaus, dem

sie sich beim Dolmetschen für Ärzt*innen aussetzen (siehe 7.2.2), geraten Pflegekräfte in heikle Situationen gegenüber Patient*innen. Für IP5 und IP1 ist es manchmal unangenehm, dieselbe Sprache wie die Patient*innen zu sprechen:

Und wenn ich es vermeiden kann, würde ich es vermeiden, aber naja. Manchmal ist es trotzdem unangenehm, *Sprache-IP5* zu sprechen. Nehmen wir an, es ist ein Doppelzimmer, ich spreche *Sprache-IP5*. Der Nachbar versteht nichts, okay. Vielleicht denkt der Nachbar: ‚Was sagt er? Was passiert da?‘ Vielleicht denkt er, wir reden über ihn, obwohl das überhaupt nicht stimmt. (...) Das ist so, wie wenn ich zum Friseur gehe und zwei arabische Kolleginnen sprechen miteinander, während sie an meinen Haaren rummachen, da frage ich mich schon, was los ist. Das ist nicht sehr beruhigend. (IP5: 185–187)

Auch IP1 kann von Patient*innen „genervt“ sein, die zwar auch Französisch sprechen können, sich aber entscheiden, *Sprache-IP1* zu sprechen, was eine besondere Nähe zu ihr und eine Distanz zu den anderen Pflegekräften schafft (IP1: 610). Zudem entsteht eine zusätzliche Belastung, wenn die zweisprachige Pflegekraft zur Bezugsperson des*der Patienten*in wird, obwohl dieser ursprünglich nicht in ihrer Verantwortung lag:

Es ist klar, dass ich für ihn, ab dem Moment, wo ich dieselbe Sprache spreche, ein Stück weit seine Bezugsperson bin. (IP1: 629)

IP5 äußert zudem die Befürchtung, in einen Konflikt hineingezogen zu werden, weil sie als Dolmetscherin fungiert. Auch wenn dies noch nie der Fall war, erinnert sie sich an eine „Konfliktsituation“ mit Patient*innen aus *Nationalität-IP5*, die ihr berichtet wurde, und hofft, dass es sie nie selbst treffen wird:

Ich wüsste nicht, in welcher Position ich mich dann befinden sollte. Ich wüsste nicht, ob ich meine Klinik verteidigen, meinen Patienten oder ob ich Dinge verbergen soll. Das hängt ganz vom Kontext ab, aber es kann einen in Schwierigkeiten bringen. Da denkt man sich: ‚Warum habe ich gesagt, dass ich ***** bin? Ich hätte sagen können, ich sei Mauritierin, lässt mich in Ruhe!‘ (lacht) (IP5: 220)

9.2. Vorteile und Nachteile des Dolmetschens für die Behandlung der Patient*innen am CCN

9.2.1 Vorteile

Inwiefern ist das Dolmetschen einer Pflegekraft von ihrer originären Funktion als Krankenpflegerin beeinflusst? Was unterscheidet die dolmetschende Pflegekraft von anderen Dolmetscher*innen? Im Kapitel 6.2 konnten bereits einige Vergleichspunkte zwischen dolmetschenden Familienangehörigen und dolmetschenden Pflegekräften herausgearbeitet

werden. In diesem Kapitel soll im Lichte der Erkenntnisse dieser Analyse, der Überblick über die Vorteile dieser besonderen Form des Dolmetschens für die Behandlung vervollständigt werden.

Wie bereits im Kapitel 8.3 erwähnt, scheinen die Pflegekräfte durch ihren Beruf ein besonderes Verantwortungsbewusstsein zu tragen. Dieses entspricht bestimmten Qualitäten, die auch von ausgebildeten Dolmetscher*innen erwartet werden (vgl. 2.1 und 2.2). Krankenpflegerinnen scheinen am besten geeignet, die Bedeutung zu erkennen, Patient*innen als Akteur*innen ihrer eigenen Behandlung einzubeziehen. Im spezifischen Fall des CCN ist die Pflegekraft besonders mit dem Auftrag betraut, dafür zu sorgen, dass Patient*innen nicht zurückkehren müssen. Folglich sind sie am ehesten in der Lage, die Tragweite des medizinischen Dolmetschens zu verstehen.

Aber wenn die Person kein richtiger Akteur ihres Zustands und ihrer Behandlung ist, kommt sie in den folgenden Monaten immer wieder zurück, und das ist nicht in unserem Interesse. Unser Interesse ist, dass wir ihr wirklich alle Schlüssel in die Hand geben, damit sie das, was in ihrem Leben nicht stimmte, verändert, es anpasst, sich an ihren neuen Gesundheitszustand im Alltag anpasst, um nicht zurückzukommen. Das ist unser Ziel, verstehst du? Mir macht es Freude, wenn die Patient*innen verstehen und nicht zurückkommen. Wenn du Patient*innen siehst, die gescheitert sind und zurückkommen, dann ist das... Scheiße. Gut, wir fangen wieder an. Verstehst du, das ist ein Misserfolg für uns. Und vor allem für ihn. Er muss Akteur seiner Krankheit sein und die Dinge selbst in die Hand nehmen. Wir können es nicht an seiner Stelle tun. Die Adhärenz ist wichtig, denn wenn er nicht wirklich mitmacht, kannst du nichts für ihn tun. (IP4: 66)

Das Interesse der Pflegekräfte daran, dass Patient*innen nicht erneut ins Krankenhaus zurückkehren, stellt einen Vorteil dar, der bei externen professionellen Dolmetscher*innen nicht unbedingt vorhanden ist.

Natürlich unterscheiden sich die Krankenpflegerinnen auch durch ihr medizinisches Wissen (siehe 3.2.2). Sie sind in der Lage, Patient*innen zu verstehen, die ihre Symptome nicht klar ausdrücken. Indem sie außerdem gleichzeitig die Rolle einer Co-Therapeutin übernehmen (siehe 2.2), können sie Fragen stellen, die eine bessere Diagnose ermöglichen. Schließlich können sie Informationen sinnvoll filtern und so eine effiziente Weitergabe an die Ärzt*innen ermöglichen:

I: Und bei der Dame, von der Sie sprechen, würden Sie sagen, dass Sie sowohl Übersetzerin als auch Pflegehelferin waren?

IP3: Ja. Ich habe beides gemacht, weil ich die Gelegenheit genutzt habe, sie zu fragen, ob sie schon Stuhlgang hatte, was super wichtig ist. Jemand hat mir gesagt, dass sie keine Schmerzen hatte und alles in Ordnung war. „Nein, aber es stimmt, dass manchmal, wenn ich esse...“, „Ach so? Möchten Sie danach eine kleine Massage?“ „Warum nicht.“ Und ich werde Bescheid geben, ich sage: „Es ist schon eine Weile her, dass sie Stuhlgang

hatte, ist das notiert oder so?’ (IP3: 228–233)

Im folgenden Auszug zeigt IP1 zum Beispiel die Bedeutung eines Zeichens, das harmlos erscheinen könnte, für sie aber eine ganz besondere Information bedeutet:

Wenn der Patient, wir haben ihn gerade dilatiert, wir haben einen Stent in eine der Herzerterien gesetzt, und dann geht es wieder zurück und er fühlt sich nicht wohl. Und wenn er so macht (atmet schwer) bedeutet das, dass er außer Atem ist, also ist das nicht normal. Das heißt, er hat gerade etwas. (IP1: 403–406)

Manchmal kann das Eingreifen der dolmetschenden Krankenpflegerin sogar die Entdeckung entscheidender Informationen über den Gesundheitszustand des*der Patienten*in ermöglichen, die diese*r dem*der Arzt*Ärztin nicht mitgeteilt hätte:

So erzählt man mir Dinge, die zum Beispiel der Arzt nicht erzählt bekommt, weil er keine Zeit hat. Und ich sage dann: ‚Ah, aber wussten Sie schon...‘ ‚Ach so, aber warum?‘ ‚Ja, sie hat eine Kur gemacht.‘ ‚Ah, aber das steht nicht in der Akte.‘ ‚Na ja.‘ (IP3: 225)

Man kann annehmen, dass die Vertrauensbeziehung des Patienten zur bilingualen Pflegekraft, bedingt durch ihre Doppelrolle, dieses Phänomen ermöglicht. Die dolmetschende Pflegekraft ist die einzige Person mit beiden Facetten: Einerseits besitzt sie technisches Wissen und stellt damit eine Autorität dar (auch wenn sie nur Krankenpflegerin ist, hat sie eine technische Ausbildung), andererseits kennt sie die Sprache und Kultur des*der Patientin. Außerdem kennt die Krankenpflegerin bereits die Gesprächspartner*innen (Patient*innen und Ärzt*innen), da sie täglich mit ihnen im Kontakt ist, was es ihr ermöglicht, vorherzusehen, was sie möglicherweise sagen werden: ‚weil ich sowieso weiß, dass der Arzt das denken wird‘ (IP1: 573).

Abschließend scheint es wesentlich, eine Fähigkeit der Krankenpflegerin hervorzuheben, die für eine Dolmetscherin von großem Vorteil ist: das Lesen der nonverbalen Signale. Während der Interviews zeigte sich dieses Element in der Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient*in omnipräsent bei allen Befragten (siehe 6.2). Es scheint, dass die Krankenpflegerinnen ein ausgeprägtes Gespür für nonverbale Kommunikation entwickelt haben, sodass sie fast konstant als Hilfsmittel zum Verständnis dient. Dies ist besonders aussagekräftig, da nonverbale Signale oft Schmerzen anzeigen, die Worte nicht ausdrücken können. Ein Beispiel:

Also schon die Beobachtung: Wenn du siehst, dass jemand ein Problem im Gesicht hat, wenn du ihm Medikamente gibst, und sie anfangen zu grimassieren, dann stimmt etwas nicht, sei es Schmerz oder sogar die Betreuung, das heißt, es gibt ein Problem. Also versuchst du herauszufinden, was es ist, du versuchst sie zu fragen: ‚Aua, tut es weh?‘, ‚Waschen?‘ Danach frage ich sie, ob es geht. Du versuchst das Problem zu finden und zu lösen. Du suchst. (IP5: 399)

9.2.2 Das Dolmetschen am CCN: Eine gelungene Maßnahme?

An dieser Stelle lässt sich das Ergebnis des Dolmetschens am CCN gut zusammenfassen. Trotz der klaren Vorteile, die die Anwesenheit dolmetschender Pflegekräfte am CCN bringt, ist die Kommunikationssituation weit davon entfernt, ideal zu sein. Schätzen die Pflegekräfte am CCN, dass die Organisation des Dolmetschens eine erfolgreiche Betreuung ermöglicht?

Obwohl die Befragten Lösungsstrategien anwenden (vgl. 6.2), zeigen sie einen gewissen Skeptizismus hinsichtlich der Gewissheit des vollen Erfolgs dieser Strategien:

Man kann nicht anders, als sich zu fragen, ob wir etwas verpassen. Denn es gibt auch Feinheiten in der französischen Sprache, Dinge, die ohne Worte nicht unbedingt vermittelt werden, wir denken, wir hätten es besser machen können, wir hätten dies oder jenes vorschlagen können. (IP2: 410)

IP2 zweifelt daran, dass die Informationen über den Patienten vollständig übermittelt werden und dass er sich ausreichend ausdrücken kann, trotz der getroffenen Maßnahmen. Das Risiko besteht darin, „etwas zu verpassen“. IP3 beschreibt das Problem umgekehrt und spricht damit die Verantwortung der Pflegekräfte an:

Manchmal denkt man, man schützt den Patienten, indem man bestimmte Informationen auslässt, aber eigentlich schützt man ihn nicht, weil er dann verloren ist. Dann sagen sie uns: „Ja, aber man hat mir das gemacht, aber ich wusste nicht, dass man mir das und jenes machen würde, ich habe nicht verstanden, warum man mir das getan hat.“ Ja, weil Informationen ausgefallen sind. Wir haben nicht erklärt, dass wir von dieser Untersuchung zu jener übergegangen sind, warum wir diese Option zu Beginn nicht genutzt haben und dann auf eine andere Option gewechselt sind. (IP3: 368–371)

Die „ausgefallenen Informationen“ spiegeln problematische Kommunikationssituationen wider, die durch mehrere Faktoren bedingt sind, wobei mangelndes Problembewusstsein eine zentrale Ursache darstellt. IP3 äußert hier ernsthafte Bedenken hinsichtlich der Missachtung des Rechts des*der Patienten*in auf Information. Sie geht noch weiter und spricht direkt die Missachtung der Zustimmung an:

Ja, für mich ist das ein Misserfolg, weil man niemanden zu einer Untersuchung schicken sollte, der nicht informiert ist. Das heißt, er hat eine Einwilligung unterschrieben, ohne wirklich einverstanden zu sein. (...) Ich hätte ihn nach einer Niere fragen können, es wäre dasselbe gewesen, und für mich ist das super gefährlich und nicht normal. (IP3: 383–389)

Diese von IP3 geäußerten Sorgen zeigen einen pragmatischen Ansatz zur Überbrückung von Kommunikationsproblemen. Diese Perspektive teilen auch IP4 und IP1, die berichten, dass die Behandlung manchmal fehlschlägt:

Sie waren motiviert, sie haben aufgehört zu rauchen, haben auf ihre Ernährung geachtet, und dann kommen sie wieder ins normale Leben und halten sich nicht mehr an das, was man empfohlen hat. Nun, das ist ein Misserfolg, weil man denkt, er fängt wieder von vorne an. Das, was wir ihm gesagt haben, hatte während des Aufenthalts Wirkung, und leider kommt er wieder in den Kreislauf und ja, das ist ein Misserfolg. Für ihn mehr als für uns. Aber auch wir hinterfragen uns selbst, weil wir uns fragen, was wir ‚verpuscht‘ haben während seines ersten Aufenthalts, dass er zurückkommt. (IP4: 172–173)

Es ist erfolgreich, solange er innerhalb der vier Wände ist, weil wir ihn geheilt haben. Er nimmt seine Medikamente, er isst, ihm geht es besser. Aber draußen ist es wieder etwas anderes. Es ist schon vorgekommen, dass wir einen Patienten hatten, der ziemlich ernst krank war, er wurde entlassen, wir haben ihm alles erklärt, und ein paar Tage später kam er wieder mit Herzstillstand und starb. Dann kann man nicht genau wissen, ob es daran lag, dass er es nicht verstanden hat, oder ob er seine Medikamente nicht genommen hat, weil es ihm egal war? Das wirst du nie wissen. (IP1: 556)

Die Ehrlichkeit von IP1 und IP4 steht im Kontrast zum Eindruck, den IP3 und IP5 vermittelt haben: das einer funktionierenden Struktur, die auf die Bedürfnisse der Patient*innen achtet (siehe 5.1). Aber sie sind nicht die Einzigen, die die Schwächen des CCN offenlegen. IP2 sagt, sie sei „frustriert“, dass nicht alle Patient*innen Zugang zu denselben Informationen haben (IP2: 411). Für IP6 kann es „passieren“, dass man „einige Informationen verpasst“, ohne dass dies für die Befragte dramatisch wirkt: „Wir sind nicht perfekt.“ (IP6: 511). Für IP2 ist klar, dass selbst wenn ein Patient sagt, er habe verstanden, dies nicht unbedingt der Fall ist (IP2: 52).

10. FAZIT

Die Dolmetschstätigkeit durch zweisprachige Pflegekräfte am CCN bietet eine spontane Lösung für die zahlreichen Probleme, die Sprachbarrieren bei der Betreuung fremdsprachiger Patient*innen verursachen. Aufgrund ihrer pflegerischen Erfahrung sind die Pflegekräfte des CCN in der Lage, die Bedeutung von Kommunikation in der Pflege zu verstehen, da diese, wie von Anne Vega (2000) beschrieben, einen integralen Bestandteil ihres Beruf bildet. Durch ihre zentrale Position im Krankenhaus, ihr technisches Wissen, ihre Nähe zu den Patient*innen und ihre Beziehungen zu den Ärzt*innen, verfügen sie über eine gute Ausgangssituation um zu Dolmetschen. Darüber hinaus stellt ihre Aufmerksamkeit für nonverbale Signale einen weiteren kommunikativen Vorteil dar. Pflegekräfte zeigen sich anpassungsfähig im Umgang mit Kommunikationsproblemen und flexibel in der Interaktionsgestaltung. Dolmetschen ist hier somit in eine kooperative und lösungsorientierte Dynamik eingebettet. Es geht dabei nicht um Leistungsdruck, sondern um den Wunsch, dem Wohl der Patient*innen zu dienen. So ermöglicht die dolmetschende Pflegekraft den Zugang zu den für die Behandlung notwendigen Informationen. Laut Anne Vega ermöglicht der Fokus auf technische statt relationale Aufgaben den Pflegekräften eine schützende Distanz. Die Pflegekräfte des CCN nutzen das Dolmetschen selbst jedoch genauso als ein Mittel der Distanzierung (z. B. bei der Übermittlung von Diagnosen) und als Instrument zur Aufrechterhaltung der Pflegebeziehung und ihrer wesentlichen Ziele: Patient*innenbeteiligung, Compliance und Gewährleistung der Einwilligung.

Das Dolmetschen am CCN ist jedoch durch einen fehlenden institutionellen Rahmen gekennzeichnet, der keine gelungene Organisation der Dolmetschung ermöglicht. Das Fehlen von Richtlinien für mehrsprachige Kommunikationspraktiken wirkt sich erheblich auf den Arbeitsalltag der Pflegekräfte aus. Ein Beispiel hierfür ist die Liste zweisprachiger Pflegekräfte, die sich als Scheinmaßnahme erwiesen hat. Darüber hinaus erscheint die Organisation der Pflege (z.B. die Zuteilung der Patient*innen) teilweise fragwürdig, da Sprachbarrieren kaum berücksichtigt werden. Daher sind die Pflegekräfte auf ihr eigenes Urteilsvermögen und ihre Entscheidungen angewiesen. Sie haben ein eigenes internes System des Dolmetschens entwickelt. Um sich der jeweiligen Situation anzupassen, variiert die Interaktion zwischen triadisch und diadisch. Die Rolle der dolmetschenden Person wechselt je nach Situation: Sie agiert mitunter als Vermittlerin (mit dem*der Arzt*Ärztin), als Co-Therapeutin (mit den Pflegekräften) oder als Betreuerin in der Fremdsprache, wenn erforderlich. Aufgrund der

ungeeigneten Organisation der Patientinnenaufnahme werden Kommunikationsbedürfnisse zeitlich gebündelt, sodass lediglich eine teilweise Abdeckung der Bedürfnisse möglich ist. Auch wenn die Partizipation und vollständige Information der Patient*innen für die Pflegekräfte als unabdingbar gelten, werden diese Ziele in der Realität nur selten erreicht. Dieser fehlende Rahmen hat Folgen. Die dolmetschenden Pflegekräfte tragen in vielerlei Hinsicht die Verantwortung für einen Ausgleich in der Pflegebeziehung: Sie müssen für Informationsdefizite und fehlende Wiederholungen im Alltag aufkommen. Oft sehen sie sich mit Situationen konfrontiert, auf die sie nicht vorbereitet wurden (z.B. bei der Übermittlung von Diagnosen.).

In diesem Kontext identifizieren sich die dolmetschenden Pflegekräfte nicht mit der Ausübung einer Doppelfunktion. Eine Trennung der beiden Rollen erscheint ihnen nicht relevant. Da das Dolmetschen die Kommunikation – und damit indirekt die adäquate Behandlung der Patient*innen – ermöglicht, bildet die Dolmetschfunktion für die Pflegekräfte des CCN einen integralen Bestandteil ihrer pflegerischen Tätigkeit im mehrsprachigen Kontext. Daher kann man nicht von einem wie von Schulze et al. (2003) beschriebenen Rollenkonflikt, da beide Rollen untrennbar miteinander verflochten sind. Die Natürlichkeit, mit der die Pflegekräfte diese Funktion übernehmen, erschwert jedoch die Sichtbarmachung einer zusätzlichen Belastung, die dennoch deutlich vorhanden ist. Normalerweise betreuen sie vier Patient*innen, gelegentlich müssen sie jedoch deutlich mehr übernehmen. Dadurch geraten sie in potenzielle Konfliktsituationen und tragen eine zusätzliche emotionale Belastung. Für einige von ihnen stellt das Dolmetschen zugleich eine Quelle der Wertschätzung dar. Für alle gilt: Die Dolmetschfunktion wird nicht infrage gestellt, sondern als Teil der beruflichen Pflicht betrachtet.

Trotz ihrer günstigen Positionierung und der Vorteile, die sie mitbringen, bleiben die am CCN eingeführten Lösungen zur Überwindung von mehrsprachigen Kommunikationsbarrieren weitgehend unzureichend. Die befragten Pflegekräfte räumen selbst ein, dass sie nie sicher sein können, ob die kommunikativen Ziele tatsächlich erreicht werden. In Anlehnung an Bührig und Meyer (2004) stellen sie sogar die Gültigkeit einer unter solchen Bedingungen erteilten Einwilligung zu einer Behandlung infrage. Zwar liegen im Rahmen dieser Untersuchung keine quantitativen Daten vor, doch die geäußerten Zweifel der Teilnehmer*innen scheinen die Ergebnisse von Elderkin (2001) zu stützen. Demnach haben fremdsprachige Patient*innen ein höheres Risiko, die Klinik vorzeitig zu verlassen oder eine nötige Behandlung nicht fortzusetzen.

Obwohl am CCN bereits Verbesserungsvorschläge, wie die Bereitstellung schriftlicher Informationsdokumente, diskutiert wurden, ist deren Umsetzung bislang nicht erfolgt. Diese

institutionelle Trägheit scheint weniger auf einen Mangel an Kompetenz als auf einen Mangel an politischem Interesse zurückzuführen zu sein, da die interkulturelle Kommunikation von den Gesundheitsbehörden weiterhin nicht als Priorität betrachtet wird. Obwohl die Haute Autorité de Santé (französische Gesundheitsbehörde) das Dolmetschen seit 2017 als wesentliches Instrument zur Gewährleistung der Gleichbehandlung in der Patient*innenversorgung anerkennt, wurden bislang keine konkreten Maßnahmen in diesem Bereich umgesetzt. Der Schwerpunkt liegt weiterhin auf der Überwachung und Sanktionierung der Einhaltung von Hygiene- und Sicherheitsvorschriften.

Angesichts dieser Situation erscheint es dringend notwendig, die Berufsrolle der Pflegekräfte im multikulturellen Kontext offiziell neu zu definieren und die sprachliche und interkulturelle Ausbildung fest in die professionelle Qualifizierung zu integrieren. Dies steht im Einklang mit den seit Langem von zahlreichen Forscher*innen formulierten Beobachtungen über die Notwendigkeit der Ausbildung bilingualer Pflegekräfte (z. B. Bischoff, 2007; Elderkin-Thompson et al., 2001; Meyer, 2003). Die Pflegekräfte verfügen bereits über ein starkes Pflichtbewusstsein und ausgeprägte Empathie. Das sind wesentliche Eigenschaften, um eine effektive kulturelle Vermittlungsrolle zu übernehmen - vorausgesetzt, sie werden entsprechend ausgebildet und anerkannt. Solange das Dolmetschen jedoch kein verbindliches Recht für die medizinische Einrichtungen darstellt, können sich die Praktiken nicht nachhaltig verändern. Die Arbeit von ISM Interpretariat zur Anerkennung der Bedürfnisse an Dolmetscher*innen in Frankreich trägt aktiv dazu bei.

Diese Arbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auf Grundlage der Perspektiven von sechs befragten Personen in einer einzigen Institution ist es nicht möglich, ein vollständiges Bild der Situation zu zeichnen. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der untersuchten Einrichtung um eine private Institution handelt. Die Ergebnisse sind daher nicht ohne Weiteres auf öffentliche Einrichtungen übertragbar. Darüber hinaus ist anzumerken, dass jede medizinische Einrichtung in Frankreich über ein eigenes System verfügt und die Strukturen im öffentlichen Sektor teilweise erheblich abweichen. Das Ziel besteht jedoch darin, die Diskrepanz – ja sogar die mögliche Heuchelei – zwischen den rechtlichen Texten und deren tatsächlicher Anwendung in Bezug auf den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung aufzuzeigen. Der Fall des CCN dient dabei als illustratives Beispiel, das die bisher nicht anerkannte zusätzliche Verantwortung der dolmetschenden Pflegekräfte sowie die Auswirkungen auf die Qualität der Pflege verdeutlicht. Um den notwendigen Wandel hin zu

einem tatsächlich gleichberechtigten Gesundheitssystem zu fördern, wäre eine Vertiefung der Untersuchung wünschenswert, insbesondere durch die Einbeziehung von Ärzt*innen, Leitungspersonal und Entscheidungsträger*innen. Außerdem wäre die Perspektive von Patient*innen auch eine wertvolle Datenquelle für die Bewertung der Konsequenzen des Dolmetschens für die Pflege. In dieser Hinsicht wäre eine quantitative Datenerhebung zu konkreten Behandlungsfällen von Patient*innen ebenfalls von großer Relevanz, um den Einfluss der Dolmetschpraxis auf die Behandlung und das Behandlungsergebnis zu quantifizieren.

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit legen nahe, dass das Dolmetschen durch Pflegekräfte weder als bloße Improvisation noch als Ausnahme verstanden werden sollte, sondern als Symptom einer tieferliegenden politischen Leerstelle. Die Unsichtbarkeit der Dolmetschtätigkeit durch Pflegekräfte verweist auf ein strukturelles Problem. Solange dieses Vorgehen nicht eindeutig geregelt wird, bleibt die Verantwortung für sprachliche Vermittlung auf einzelne Pflegekräfte abgewälzt, ohne, dass ihnen entsprechende Ressourcen, Anerkennung oder Ausbildungen zur Verfügung stehen. Es ist dringend notwendig, das Ad-hoc-Dolmetschen in medizinischen Einrichtungen zu regulieren und dementsprechend klare Rahmenbedingungen zu schaffen, die den tatsächlichen Kommunikationsbedürfnissen im Pflegealltag gerecht werden.

11. LITERATURVERZEICHNIS

- Allaoui, R. (2005). *Dolmetschen im Krankenhaus: Rollenerwartungen und Rollenverständnisse* (1. Aufl.). Cuvillier.
- Angelelli, C. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge University Press.
- Angelelli, C. V. (2019). *Healthcare interpreting explained* (1st edition). Routledge.
- Backus, A., Gorter, D., Knapp, K., Schjerve-Rindler, R., & Swanenberg, A. P. C. (2013). Inclusive Multilingualism: Concept, Modes and Implications. *European Journal of Applied Linguistics*, 1(2), 179–215.
- Baker, D. W., Hayes, R., & Fortier, J. P. (1998). Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. *Medical Care*, 36, 1461–1470.
- Baraldi, C., Gavioli, L., Rossato, L., Antonini, R., Torresi, I., & Cirillo, L. (2017). Intercultural mediation and “(non)professional” interpreting in Italian healthcare institutions. In *Non-professional Interpreting and Translation*. John Benjamins Publishing Company. (Vol. 129, 83–106).
- Beaud, S. (1996). L’usage de l’entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l’entretien ethnographique. *Politix* 9(35), 226–257.
- Beaud, S. (2012). La sociologie française au milieu du gué. *SociologieS*(01)
- Beaud, S., & Masclet, O. (2006). Des « marcheurs » de 1983 aux « émeutiers » de 2005. Deux générations sociales d’enfants d’immigrés. *Annales : histoire, sciences sociales* (French ed.), 61(4), 809–843.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris: Seuil.
- Böser, U. (2016). Interviews and focus groups. In: Baer, James B. & Angelelli, C. V (Hg.) *Researching Translation and Interpreting*. London: Routledge, 236–246.
- Bischoff, A. (2001) *Overcoming language barriers to healthcare in Switzerland*. Inauguraldissertation an der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät. Basel, Universität Basel.
- Bischoff, A., & Steinauer, R. (2007). Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. *Pflege*, 20(6), 343–351.

- Bührig, K., & Meyer, B. (2004). Ad hoc-interpreting and the achievement of communicative purposes in specific kinds of doctor-patient discourse. Univ.
- Bührig, K., & Meyer, B. (2015). La pratique multilingue, les régimes linguistiques et la culture traductionnelle dans des hôpitaux allemands. *Langage et société*, 153, 75.
- Buser K., Scheller T., Wildgrube, K. (2003). *Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie – Kurzlehrbuch zum gegenstandskatalog*. München, Urban & Fischer Verlag.
- Carr, S. E. (1997). *The critical link : interpreters in the community : papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995)* (1st ed.). J. Benjamins.
- Clark, H. H. (1992). *Arenas of Language Use*. Chicago: University of Chicago Press / CSLI.
- Clark, H. H. (1996). *Using Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clifford, A. (2005), «Healthcare Interpreting and Informed Consent: What is the Interpreter's Role in Treatment Decision-Making?», *TTR : traduction, terminologie, rédaction* 18(2), 225-247.
- Cooper-Patrick, L., Gallo, J., Gonzales, J., Vu, H., Power, N., Nelson, C., & Ford, D. (1999). Race, gender, and partnership in the patient–physician relationship. *JAMA*, 282, 583–589.
- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4(3), 379–405.
- Demazière, D. (2007). À qui peut-on se fier ? Les sociologues et la parole des interviewés. *Langage et société* 121–122(3), 85–100.
- Drennan, G. (1996). Counting the cost of language services in psychiatry. *S Afr Med J*, 86, 343–345.
- Drennan, G., & Swartz, L. (2002). The paradoxical use of interpreting in psychiatry. *Social Science & Medicine*, 54(12), 1853–1866.
- Dresing, T. & Pehl, T.(2024). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 9. Auflage. Marburg.
- Duflou, V. (2016). *Be(com)ing a conference interpreter: An ethnography of EU interpreters as a professional community*. Amsterdam: John Benjamins.

- Duque, A.-L. (2020). Quelles médiations dans les pratiques d'interprétariat ? *Rhizome*, 75-76, 110-119.
- Duque, A. L., Giacolome, V., Richemond, I., & Borie, H. (2015). D'une langue à l'autre. *Rhizome*, 55(1), 70–75.
- Elderkin-Thompson, V., Silver, R., & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1348–1358.
- Französische Regierung (2006) *Charte de la personne hospitalisée*.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf (Stand: 20.08.2025).
- Französische Regierung (2016). *Code de la santé publique. Chapitre 1, Titre 1*.
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/> (Stand: 20.08.2025).
- Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *Zentralblatt Für Psychoanalyse* 2(9), 483–489.
- Gavioli, L. (2015). On the distribution of responsibilities in treating critical issues in interpreter-mediated medical consultations: The case of « le spieghi(amo) ». *Journal of Pragmatics*, 76, 169–180.
- Harold, B. (2013). *Wege zur transkulturellen Pflege: mit Kommunikation Brücken bauen* (1. Aufl.). Facultas.WUV.
- Harris, B., & Sherwood, B. (1978). Translating as an Innate Skill. In Gerver & Sinaiko (Eds.), 155–170.
- Haute Autorité de Santé (2017). *Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique*. <https://www.has-sante.fr/> (Stand: 20.08.2025)
- Hsieh, E. (2008). “I am not a robot!” *Interpreters' Views of Their Roles in Health Care Settings*.
- Hsieh, E. (2009). Bilingual health communication: Medical interpreters' construction of a mediator role. In D. Brashers & D. Goldsmith (Eds.), *Communicating to manage health and illness*. Routledge, 135–160.
- Humboldt, W. von. (1836). *Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaues und ihren Einfluß auf die geistige Entwicklung des Menschengeschlechts* (Bd. 1). Dümmler.
- ISM (2024). *Note de positionnement*. <https://ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2024/04/Note-de-positionnement-VF-pages-1.pdf> (Stand: 20.08.2025).

ISM (2012). *Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France*.

<https://www.migrationssante.org/> (Stand: 20.08.2025).

Jacobs, EA, Karavolos, K, Rathouz, PJ, Ferris, T.G., Powell, L.H. (2005) Limited english proficiency and breast and cervical cancer screening in a multiethnic population. *Am J Public Health*. 95(8), 1410-6.

Kaufert, J. M., O'Neil, J. D., & Koolage, W. W. (1991). The cultural and political context of informed consent for Native Canadians. In B. Postl et al. (Eds.), *Circumpolar Health 90*. Winnipeg: University of Manitoba Press, 181–184.

Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation : Der Einstieg in die Praxis* (2., aktualisierte Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), 167–192.

Marin, I., Farota-Romejko, I., Larchanché, S., & Kessar, Z. (2012). Soigner en langue étrangère. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 111(4), 11-19.

Martínez-Gómez, A., Saldanha, G., & Baker, M. (2020). Non-professional interpreting. In *Routledge Encyclopedia of Translation Studies* (3rd ed., 370–375). Routledge.

Mason, I. (2006). On Mutual Accessibility of Contextual Assumptions in Dialogue Interpreting. *Journal of Pragmatics*, 38, 359–373.

Meeuwesen, L., Twilt, S., ten Thije, J. D. & Harmsen, H. (2010), « 'Ne di- yor ?' (What does she say ?): Informal interpreting in general practice », *Patient education and counseling* 81 (2), 198-203.

Meyer, B. (2003). Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift*, 1–25.

Mikkelsen, H. (2000). *Introduction to court interpreting*. St. Jerome Publ.

Oddone, I.; Ré, A.; Briante, G. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail*. Paris: Ed. Sociales.

Organisation internationale de normalisation (2020). *Norme ISO 21998. Services d'interprétation — Interprétation dans le domaine de la santé — Exigences et recommandations*. <https://www.iso.org/> (Stand: 20.08.2025)

- Piccoli, V. (2023). Sujets délicats. In V. Piccoli, V. Traverso & N. Chambo (Eds.), *L'interprétariat en santé: Pratiques et enjeux d'une communication triadique*. Presses de Rhizome, 208–215.
- Pöchhacker, F. (2000). *Dolmetschen: konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Stauffenburg-Verl.
- Pöchhacker, F. (2016). *Introducing Interpreting Studies*. Routledge.
- Pöchhacker, F., & Kadric, M. (1999). The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter: A Case Study. *Translator*, 5(2), 161–178.
- Prunč, E. (2008). Zur Konstruktion von Translationskulturen. In *Translationskultur - ein innovatives und produktives Konzept* ; Larisa Schippel (Hg.), Berlin, S. 19-
- Putsch, R. W. (1985). Cross-cultural communication: The special case of interpreters in health care. *JAMA*, 254(23), 3344–3348.
- Rivadeneyra, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C., & Waitzkin, H. (2000). Patient-centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *American Journal of Medicine* (108) 470–478.
- Schulze, B., Nowak, P., Krajic, K., Trummer, U., & Pelikan, J. M. (2003). Improving interpreting in clinical communication – pathway for implementation and evaluation. Ludwig-Boltzmann Institute, Wien.
- Sevilla Mátr, J. F., & Willis, D. R. (2004). Using bilingual staff members as interpreters. *Family Practice Management*, 11(7), 34.
- Singy, P., & Guex, P. (2005). The interpreter's role with immigrant patients: Contrasted points of view. *Communication and Medicine*, 2(1), 45–51.
- Stivers, T., & Heritage, J. (2001). Breaking the sequential mold: Answering 'more than the question' during comprehensive history taking. *Text*, 21(1), 151–185.
- Stuker, R. (1998). *ÜbersetzerInnen im Gesundheitsbereich: das medizinische Anamnesegespräch im Migrationskontext*. Lizentiatsarbeit, Univ. Bern.
- Tebble, H., Bastin, G. L., Brunette, L., Hemlin, I., & Clarke, H. (2003). Training Doctors to Work Effectively with Interpreters. In *Benjamins Translation Library*. John Benjamins Publishing Company, Vol. 46, 81-95.
- Tebble, H. 2012. "Interpreting or Interfering?". *Coordinating Participation in Dialogue*

Interpreting ed. by Claudio Baraldi & Laura Gavioli, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins, 23–44.

Thouroude, V. (2021). La situation de communication lors de la consultation médicale avec et sans interprète. Points de tensions et stratégies développées par les interacteurs de la situation de soin. *Cahiers internationaux de sociolinguistique*, N° 17(1), 145–177.

Thizy, C. (2013). L'écoute, un outil précieux aux soignants. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 113(2), 47–53.

UE (2016). *Charte sociale européenne 2016. Partie I, article 11, et Partie V, article E.* <https://eur-lex.europa.eu/> (Stand: 20.08.2025).

Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Éditions des archives contemporaines.

Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London/New York : Routledge.

Weiss, R., & Stuker, R. (1999). Wenn PatientInnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen... - Konzepte zur Übersetzungspraxis. *Sozial- und Präventivmedizin*, 44(6), 257–263.

Woloshin, S., Bickell, N. A., Schwartz, L. M., Gany, F., & Welch, H. G. (1995). Language barriers in medicine in the United States. *JAMA*, 273(9), 724–728.

Woloshin, S., Schwartz, L. M., Katz, S. J., et al. (1997). Is language a barrier to the use of preventive services?. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 472–477.

12. ANNEX

12.1 Annex 1 : Interviewleitfaden

Thema 1: Vorstellung der Person

1. Können Sie sich bitte vorstellen und mir Ihren beruflichen Werdegang schildern?
2. Wie haben Sie die Sprache *** gelernt?
3. Können Sie mir erzählen, welche Bedeutung diese Sprache heute für Sie hat?

Thema 2: Organisation des CCN

4. Können Sie mir die Organisation Ihrer Abteilung und Ihre Rolle innerhalb der Abteilung beschreiben?
5. Können Sie Ihre Aufgaben beschreiben?
6. Können Sie mir erzählen, wie die Aufnahme von Patient*innen, die kein Französisch sprechen, im CCN erfolgt? Können Sie mir die verschiedenen Etappen schildern?

Thema 3: Modalitäten der Dolmetschertätigkeit

7. Können Sie mir Situationen schildern, in denen das CCN Sie als Dolmetscherin anfordert? Können Sie ein konkretes Beispiel nennen? Können Sie mir eine Situation schildern, in der Sie eine Kollegin zum Dolmetschen heranziehen?
8. Wie wird verfahren, wenn keine dolmetschende*r Kolleg*in verfügbar ist?
9. Übernehmen Sie sowohl die Funktion der Dolmetscherin als auch die Krankenpflegerin? Können Sie mir beschreiben, wie das abläuft?
10. DOPPELGÄNGER: Angenommen, ich müsste Sie morgen ersetzen und werde zum Dolmetschen angerufen – was würden Sie mir empfehlen?
11. Gibt es einen Unterschied, ob Sie für Pflegekräfte oder Ärzt*innen dolmetschen?
12. Wie könnte Ihrer Meinung nach die Aufnahme ausländischer Patient*innen im CCN verbessert werden?

Thema 4: Schwierigkeiten

13. Welche Schwierigkeiten sehen Sie in der Kommunikation mit ausländischen Patient*innen?
14. Welche Herausforderungen ergeben sich beim Dolmetschen? Können Sie ein konkretes Beispiel nennen? Welche Herausforderungen ergeben sich beim Gespräch mit einem *er ausländischen Patient*in und einer dolmetschende Kollegin ?
15. Nehmen Sie kulturelle Unterschiede zwischen ausländischen Patient*innen und dem Pflegepersonal wahr? Können Sie ein konkretes Beispiel geben?

Thema 5: Beziehung zu den Patient*innen

16. Welche Funktionen erfüllt das Dolmetschen aus Ihrer Sicht für die Patient*innen? Und für das Pflegepersonal?
17. Können Sie mir von Ihrer Beziehung zu den Patient*innen erzählen, für die Sie dolmetschen? Können Sie mir von Ihrer Beziehung zu den Patient*innen erzählen?
18. Können Sie mir von Ihrer Beziehung zu den Patient*innen erzählen, für die Sie nicht dolmetschen?

Thema 6: Beziehung zu den Kolleg*innen

19. Können Sie eine Behandlungssituation beschreiben, in der eine Kollegin für Sie gedolmetscht hat?
20. Was ist für Sie am wichtigsten, wenn eine Kollegin für Sie dolmetscht?
21. DOPPELGÄNGER: Angenommen, ich müsste Sie morgen ersetzen und müsste mich um einen*e Patienten*in kümmern, der kein Französisch spricht, was würden Sie mir empfehlen?
22. Welche Schwierigkeiten treten auf, wenn eine Kollegin für Sie dolmetscht?
23. Wie würde aus Ihrer Sicht eine ideale Behandlungssituation mit einem*einer Patienten*in aussehen, der*die kein Französisch spricht?
24. Gibt es etwas, das Sie mir noch mitteilen möchten, das bisher nicht angesprochen wurde, insbesondere im Zusammenhang mit Dolmetschen und der Kommunikation mit ausländischen Patient*innen?

12.2 Annex 2 : Fallvergleich zum Thema „Lösung zur Sprachbarriere“

	Hinzuziehung der Familie als Lösung:	Google Traduction als Lösung
IP1	• Übersetzt nicht immer treu • Manche minimieren Informationen • Keine Möglichkeit der Nachkontrolle • Wenn Familie dolmetscht: begrenzt sich auf das Einfache	• Nur wenn nichts anderes möglich • Funktioniert nicht für Dialekte
IP2	• Familie erkennt Stress, kennt Patient*innen besser • Familie auch sensibel für nonverbale Signale • Kolleg*innen besser für sensible, formelle, medizinische Informationen • Um sich über emotionalen Status des Patienten zu informieren: besser Familie	• Google Translate nur für einfache Inhalte • Hilft nur als Notlösung
IP3	• Familie versteht medizinische Begriffe oft nicht • Informationen müssen mit Familie gefiltert werden • Folge: schnellere Sorgen, Patient*innen gestresst • Besser Kolleg*innen als Familie, um sie nicht bei Entscheidungen einzubeziehen	• Sehr wenig verwendet • Funktioniert nicht gut
IP4	• Familien sprechen manchmal selbst nur schlecht Französisch • Ansonsten keine besonderen Schwierigkeiten	• Verwendet alltäglich • Funktioniert sehr gut mit bestimmten Sprachen • Vor allem mit der Audiofunktion → Patient*innen verstehen gut • Audiofunktion ermöglicht es, echte Gespräche mit Patient*innen zu führen • Sprachen ohne Audiofunktion problematisch

IP5	• Familie nicht immer verfügbar, wenn benötigt • Patient*innen teilt sich manchmal aus Scham/Privatsphäre nicht mit	• Für Türkisch funktioniert gut • Wird hauptsächlich für Türkisch genutzt • Funktioniert je nach Sprache unterschiedlich
IP6	• Zieht die Familie den Kollegen vor • Familie gibt mehr Informationen als Patient*innen selbst • Familie kennt Patient*innen besser	• Nur im Notfall

12.3 Annex 3: Interviewtranskript IP1

1 :16 - :03

2 Intervenant 2

3 Alors bon, comme je t'ai dit, c'est mon premier entretien, j'ai peut être beaucoup de questions, je m'en rends pas trop compte. On va pas dépasser non plus 1 h et demie, mais si jamais il en reste on voit à la fin, peut être que je te rappellerais peut être, on verra. N'hésite pas à développer.

4 Est ce que tu peux d'abord me dire ton âge et ce que tu fais dans la vie ?

5 :06 - :24

6 Intervenant 1

7 Donc j'ai 47 ans et je suis infirmière depuis cinq ans. Avant, j'étais aide soignante donc j'ai toujours été dans le soin et je suis dans un établissement privé, à but lucratif.

8 :01 - :24

9 Intervenant 2

10 Qui est donc le CCN.

11 :01 - :00

12 Intervenant 1

13 Oui le Centre Cardiologique du Nord.

14 :02 - :18

15 Intervenant 2

16 Ok, Et donc tu es là bas depuis cinq ans.

17 :20 - :10

18 Intervenant 1

19 J'y suis depuis 20 ans et je suis partie le 31 décembre.

20 :12 - :24

21 Intervenant 2

22 T'es partie?

23 :01 - :23

24 Intervenant 1

25 Ouais ouais j'ai démissionné le 31 décembre.

26 :00 - :22

27 Intervenant 2

28 Ok.

29 :24 - :06

30 Intervenant 1

31 Bah je suis partie pour mon master quoi, j'arrivais plus à travailler mes cours et tout ça devenait...

32 :08 - :23

33 Intervenant 2

34 Donc tu viens de démissionner ou alors après 20 ans de?
35 S:
36 Oui. De boîte.
37 Z:
38 D'accord, d'accord. Tu parles donc ***** et français.
39 :00 - :03
40 Intervenant 1
41 Tout à fait.
42 :05 - :06
43 Intervenant 2
44 ***** parce que tes parents parlent *****?
45 :06 - :17
46 Intervenant 1
47 Oui, parce que je suis d'origine marocaine. Mes parents sont tous les deux marocains et moi je suis français. Je suis née ici, j'ai fait ma scolarité ici, donc je parle l'***** de la maison parce que c'était la maison, c'était la langue qu'on parlait à la maison.
48 :19 - :22
49 Intervenant 2
50 Et toi, tu définirais comment ton niveau d'*****?
51 :24 - :15
52 Intervenant 1
53 Je dirais moyen. Je peux tenir une conversation et tout, mais après si ça commence à être un peu soutenu, c'est mort.
54 :17 - :15
55 Intervenant 2
56 Donc t'as parlé que avec tes parents ?
57 :17 - :12
58 Intervenant 1
59 Oui, ou quand je vais au Maroc, je vais dans une boutique. Ça m'aide dans la vie quotidienne on va dire.
60 :12 - :18
61 Intervenant 2
62 Et tu vas souvent au Maroc?
63 :20 - :07
64 Intervenant 1
65 Oui, régulièrement.
66 :09 - :06
67 Intervenant 2

68 T'as quand même un contact avec la culture?

69 :06 - :20

70 Intervenant 1

71 Oui, alors ça fait partie, oui, ça fait partie de mon identité.

72 :22 - :05

73 Intervenant 2

74 Ok, donc tu m'as dit depuis tu as travaillé 20ans au CCN et tu faisais un plein temps? Tu travaillais combien d'heures par semaine ?

75 :07 - :01

76 Intervenant 1

77 J'étais à plein temps, mais après bon, on est toujours à faire des heures supp. Ah je pouvais faire minimum douze fois cinq. Ça fait quoi ça ? Ça fait du 60 heures.

78 :03 - :00

79 Intervenant 2

80 Minimum?

81 :02 - :05

82 Intervenant 1

83 Non, maximum par semaine.

84 :05 - :08

85 Intervenant 2

86 Ok. Et est ce que tu peux me décrire rapidement le comment le fonctionnement du centre ? Combien de patients à peu près ? C'est quoi ton service?

87 :10 - :10

88 Intervenant 1

89 Alors moi je suis en soins intensifs. C'est un service qui prend en charge les patients en phase aiguë de leur pathologie cardiaque. Donc ils viennent en général à 80 % par l'SAMU. Donc soit ils sont transférés dans un établissement, des urgences à notre établissement. Parce que quand les patients arrivent aux urgences après si les établissements on pas de la place ou que ça ne fait pas partie de leur compétence, ils transfèrent les patients dans la structure adaptée à la pathologie.

90 Soit ils viennent du domicile et c'est le SAMU aussi, soit ils viennent des autres étages parce qu'ils sont pas bien et ils viennent chez nous. Voilà en gros.

91 Z:

92 Et les autres services, c'est quoi ?

93 :17 - :10

94 Intervenant 1

95 Et les autres services, c'est de la médecine. Donc les patients viennent faire des bilans ou sinon ils sont pas très bien et ..Médecins de ville décide de l'hospitaliser ou ils viennent faire des bilans parce qu'ils vont se faire opérer et après t'as un autre service, l'aréachir où tous les patients qui ont été opérés d'une chirurgie cardiaque sont dans ce service là.

96 Après y'a de l'ambulatoire, on fait tous les examens en ambulatoire. Et puis y'a des consultations sans rendez vous. Quand les patients sont pas très bien et qu'ils n'arrivent pas à avoir de rendez vous avec leur

cardiologue, bah ils viennent dans ce service si on peut appeler ça un service, parce que c'est un peu... Ils ont créé ça a été vite dépassé parce que ça... Comment on appelle ça ? Ça fait du bouche à oreille et ça marche super bien.

97 :20 - :19

98 Intervenant 2

99 Et donc toi, c'était plutôt l'urgence.

100 :21 - :19

101 Intervenant 1

102 Oui moi c'est plutôt le patient qui va pas bien, qui a sa douleur, qui respire pas bien et qui vient chez moi.

103 :21 - :07

104 Intervenant 2

105 D'accord. Et comment tu décrirais tes fonctions principales en tant qu'infirmière ?

106 :09 - :02

107 Intervenant 1

108 Les fonctions principales.

109 :04 - :09

110 Intervenant 2

111 En quoi consiste ton poste ?

112 :11 - :03

113 Intervenant 1

114 Mon poste... Il y a la fonction technique où le médecin te prescrit et tu dois appliquer: poser une perfusion, poser une sonde, donner un traitement, passer un traitement veineux, faire un gaz du sang, faire des pansements aussi. Et puis après t'as toute la partie aide. Dans le sens je l'aide à sa toilette, je l'installe même si y a des aide-soignantes hein mais ça fait partie aussi de mon rôle. Aide à la toilette, aide à l'installation, aide aux repas, aide à la marche voilà. Après tout ce qui est relationnel, interaction, éducation. L'informer des examens, lui demander son consentement.

115 :22 - :17

116 Intervenant 2

117 Et tu dirais que cette partie là, relationnelle, occupe une grosse partie du quotidien?

118 :19 - :11

119 Intervenant 1

120 Une grosse partie... Je trouve que va pas assez à mon avis. parce qu'on a beaucoup d'administratif, on a beaucoup de...

121 :11 - :19

122 Intervenant 2

123 Donc il y a ça aussi dans tes tâches?

124 :21 - :02

125 Intervenant 1

126 Oui, oui, oui, parce que.

127 Répondre au téléphone... Prévoir tel examen, il faut appeler, il faut essayer d'avoir la personne, ça répond

pas. Il faut rappeler, le bilan, ça demande...Il y a beaucoup de taches administratives.

128 :03 - :08

129 Intervenant 2

130 Et tu m'as dit que c'était principalement des patients étrangers?

131 :10 - :24

132 Intervenant 1

133 Oui, parfois on se retrouve avec un Français, on va dire un Français de souche. Et puis tout le reste c'est plutôt étrangers.

134 :01 - :07

135 Intervenant 2

136 Et c'est plutôt quelle origine?

137 :09 - :15

138 Intervenant 1

139 Alors.. T'as surtout des origines maghrébine, africaine. Et puis maintenant, comme on est une nouvelle immigration en France, beaucoup d'indiens et pakistanais.

140 :20 - :11

141 Intervenant 2

142 Et c'est quoi le pourcentage de tes patients qui parlent pas assez français pour communiquer?

143 :13 - :23

144 Intervenant 1

145 Dans ce service ? On a quinze patients.

146 C'est des soins intensifs.

147 :24 - :07

148 Intervenant 2

149 Donc qui restent là, qui dorment là?

150 :09 - :03

151 Intervenant 1

152 Oui. Et sur les quinze patients, franchement, parfois ça arrive que. Et chaque infirmière, elle a quatre patients. Ça arrive que parfois tes quatre patients ils parlent pas bien français.

153 :05 - :05

154 Intervenant 2

155 t'as quatre patients et quand il y en a un qui s'en va y'en a qui rentre?

156 :07 - :23

157 Intervenant 1

158 Voilà. Ca roule toujours en quinze patients.

159 S:

160 Ah oui toujours, on peut pas faire plus. T'façon y'a que 15 lits.

161 Z:

162 Y'a une file d'attente?

163 :00 - :16

164 Intervenant 1

165 Non, il n'y a pas de file d'attente parce que quand il y a de la place on prend, quand y'a pas de place, on dit au SAMU, il n'y a pas de place.

166 Sinon on arrive à ... Sinon on fait de la place.

167 :05 - :11

168 Intervenant 2

169 Et comment se passe donc pour ces patients là qui ne parlent pas français, leur accueil depuis le début jusqu'à la fin ? Est ce qu'il y a toujours une personne qui va traduire pour la personne ou est ce que c'est on se débrouille ? Comment ça se passe ?

170 :13 - :22

171 Intervenant 1

172 Alors moi je dirais que. Tu as plusieurs solutions. Soit quand le patient ne parle pas français, alors il y a pas du tout parler et il y a du bricolage parce qu'il arrive un peu à se débrouiller avec des oui, non et des mots simples. Alors soit il y a une famille qui est présente et qui fait la traduction, soit ils parlent une langue et il y a quelqu'un du personnel qui parle cette langue et cette personne qui fait la traduction.

173 Soit il y a rien du tout et on fait Google traduction.

174 :19 - :24

175 Intervenant 2

176 Donc il y a ces trois options.

177 :01 - :24

178 Intervenant 1

179 Il n'y a que ces trois options dans la clinique.

180 :01 - :07

181 Intervenant 2

182 Est ce que tu saurais dire quel pourcentage de chacun est utilisé?

183 :08 - :22

184 Intervenant 1

185 Je dirais que c'est beaucoup famille. Et puis après soignante. Et puis Google Traduction, c'est vraiment quand on a rien du tout. Parce que même si la famille elle est pas là, on a un numéro. On peut les appeler.

186 :24 - :04

187 Intervenant 2

188 Donc Google traduction c'est pas du tout satisfaisant pour toi?

189 :06 - :17

190 Intervenant 1

191 Non pour moi c'est pas satisfaisant parce que... Alors je pense que pour certaines langues ça passe, par exemple l'anglais, l'italien. Mais par contre quand c'est des dialectes qui commencent à être un peu compliqués c'est mort. Je pense que faire la traduction français en dialecte indien au fin fond d'un pays, c'est mort. Je pense que ça doit pas être si précis.

192 :19 - :16

193 Intervenant 2

194 Donc toi t'étais sur sollicitée aussi pour traduire ?

195 S:

196 Oui

197 Z:

198 Et à quelle fréquence ?

199 :18 - :24

200 Intervenant 1

201 Franchement, ça dépend. C'est pas quotidien, mais je pourrais pas te dire tous les jours parce que... Parce que après la traduction, elle se fait surtout au début, parce qu'on a besoin de pas mal d'informations et tout de suite maintenant, parce que c'est très procédural.

202 :23 - :00

203 Intervenant 2

204 À l'accueil du patient?

205 :02 - :01

206 Intervenant 1

207 Voilà. Et puis après, bon c'est ponctuel, il faut qu'il fasse tel examen, il faut lui dire qu'il va voir ci, il faut lui dire qu'il faut qu'il mange pas, qu'il boit pas. Mais c'est pas au quotidien.

208 :03 - :22

209 Intervenant 2

210 Parce que les 4 patients qui te sont attribués est ce que c'est pas fait en fonction des langues aussi ?

211 :01 - :06

212 Intervenant 1

213 Donc du tout. Ca n'a rien à voir.

214 :08 - :14

215 Intervenant 2

216 C'est pas une possibilité? Enfin du coup tu peux pas y avoir quatre patients d'une collègue...

217 :16 - :02

218 Intervenant 1

219 Oui qui parle l*****, et c'est pas mes patients à moi, et qui va me solliciter.

220 :02 - :14

221 Intervenant 2

222 Mais tu es sollicitée seulement dans ton service?

223 :16 - :22

224 Intervenant 1

225 Oui, que dans mon service, oui.

226 :24 - :11

227 Intervenant 2

228 Donc sur une totalité de quinze patients.

229 :11 - :09

230 Intervenant 1

231 Parce que dans la clinique, dans le personnel, il y a énormément de Maghrébins et d'africains et d'indiens qui travaillent. Donc je pense que chaque service a ses propres interprètes.

232 :07 - :00

233 Intervenant 2

234 Vous êtes combien d'infirmières à la fois dans le service?

235 :02 - :10

236 Intervenant 1

237 Dans ce service ? On est quatre infirmières et trois aides soignantes et une ASH avec trois médecins et un cadre

238 :12 - :17

239 Intervenant 2

240 Tout ça en même temps.

241 :19 - :22

242 Intervenant 1

243 Tout ça tous les jours.

244 :24 - :18

245 Intervenant 2

246 Donc ça fait combien ? Une quinzaine. Donc une quinzaine de personnels, de patients. Quand t'es sollicité, on t'appelle, on vient te chercher, on t'appelle sur son téléphone, c'est comment?

247 :20 - :08

248 Intervenant 1

249 Non c'est un petit service. Donc on me dit viens j'ai besoin de toi. Je comprends rien à ce qu'elle me dit. Est ce que tu peux venir traduire.

250 :10 - :17

251 Intervenant 2

252 Est ce que ça t'arrive de refuser ?

253 S

254 Non.

255 Z

256 Ou si t'as pas le temps ou si tu fais un truc à ce moment là?

257 :19 - :00

258 Intervenant 1

259 Alors si je fais un truc à ce moment là, je lui dis je finis ça et j'arrive, parce que c'est déjà le plus urgent. Puis j'aime pas interrompre mes tâches, mais j'ai jamais refusé.

260 :02 - :11

261 Intervenant 2

262 Et ça te prend du temps ? Tu dis c'était pas tous les jours, mais est ce que ça fait quand même une partie de ton métier de traduire ? Tu le vois comme une partie de ton rôle?

263 :11 - :22

264 Intervenant 1

265 Ah bah de tout façon oui, je l'ai toujours pris comme une partie de mon rôle. A partir du moment où t'es dans un pays où c'est multiculturel et qu'à partir du moment où t'as des patients, dans notre clinique parce que même si on est à but lucratif, on prend des gens qui ont l'AME, qui ont ce genre d'aide. Donc ça veut dire des patients qui ne parlent pas français, ou en tout cas très très peu. Donc ça m'a jamais, comment dire, embêté. C'est plus de trouver le temps. Ce qui m'embête, c'est plus de parfois ne pas faire correctement les choses quoi. Parce que t'as pas le temps.

266 :23 - :05

267 Intervenant 2

268 Correctement les choses. Tu parles de la traduction?

269 :07 - :09

270 Intervenant 1

271 Oui, de traduire chaque chose, demander à chaque fois le consentement pour parfois t'as pas le temps, tu leur dit qu'il va faire un examen pour voir si le cœur va bien et tout, mais après tu leur tends le papier pour qu'ils signent le consentement tu vois.

272 :11 - :08

273 Intervenant 2

274 On va revenir plus tard dessus si ça te dérange pas. Cette fameuse liste dont tu m'as parlé, donc toutes les personnes qui sont bilingues dessus. Il y a combien de personnes sur cette liste ? C'est la liste pour tout le..?

275 :10 - :19

276 Intervenant 1

277 C'est pour tout l'établissement et j'en ai aucune idée.

278 :21 - :19

279 Intervenant 2

280 Et les gens en fait, ils savent, ils te connaissent, donc ils savent que tu es bilingue ou qu'ils regardent pas la liste?

281 :21 - :07

282 Intervenant 1

283 Oui, dans mon service, oui, oui, oui.

284 :09 - :08

285 Intervenant 2

286 Le service est petit donc...

287 :10 - :01

288 Intervenant 1

289 Oui, parce qu'on sait par exemple, une fois, on a eu un patient russe. On savait que on connaissait une aide-soignante. Quand tu es là depuis très longtemps, tu sais qui parle quoi. On savait qu'il y a une aide soignante qui est là et qui parle russe, donc on l'a sollicitée, mais il faut être ancienne. Après bon si t'as pas ces rouages là, on t'as toujours la cadre et puis le protocole, on a accès facilement, c'est pas..

290 :03 - :13

291 Intervenant 2

292 Le protocole, c'est cette liste là?

293 Oui.

294 Donc c'est plus la voie officielle pour

295 Oui

296 Ok. Toi tu l'a déjà utilisée?

297 :15 - :02

298 Intervenant 1

299 Ben moi, comme je connais.

300 T'as pas besoin?

301 Voilà. Par exemple. Je te dis pour le russe, je savais.

302 Quand j'ai un patient qui parle tamoul, je sais qui appeler Il y a deux patients, il y a deux salariés, mais après il faut qu'il soit là. C'est toujours pareil, faut qu'ils travaillent. Les gens travaillent pas tous les jours.

303 :18 - :00

304 Intervenant 2

305 Et donc y sont pas là?

306 :02 - :19

307 Intervenant 1

308 Si c'est pas là, c'est la famille ou c'est en dernier recours Google Traduction.

309 :21 - :09

310 Intervenant 2

311 Et toi, on t'a mis sur la liste quand t'es arrivé ou comment ça se passe ?

312 :11 - :05

313 Intervenant 1

314 Alors la liste, ça fait longtemps que n'a pas été renouvelé. Je sais pas si j'y suis ou pas.

315 J'en ai aucune idée.. Oui oui je sais.

316 Tu penses que tu saurais pas si tu étais?

317 :13 - :06

318 Intervenant 1

319 Non, Mais parce que moi, comme avant, je n'étais pas dans cette structure. J'y suis passé quand je suis passée infirmière parce que c'est deux sites. Sur l'autre structure j'y étais, mais je me dis que comme c'est les mêmes protocoles, les mêmes procédures... Après normalement c'est toujours pareil. Les procédures, elles doivent être renouvelées assez régulièrement. Donc est ce que ça a été fait ... Je crois que si je le suis, je crois que ma cadre elle était repassée un jour pour dire qui parle quoi.

320 :21 - :10

321 Intervenant 2

322 D'accord. C'est quoi la procédure officielle pour faire ça, tu dois passer par le cadre?

323 :12 - :04

324 Intervenant 1

325 En vrai c'est le cadre qui va voir avec ce salarié qui parle quelle langue.

326 Elle demande l'autorisation si elle veut ou pas.

327 :13 - :07

328 Intervenant 2

329 C'est possible de dire non?

330 :09 - :07

331 Intervenant 1

332 Oui, je pense que oui. Si t'as pas envie de traduire tu traduis pas. Tu mets mon prénom, mon service, la langue que je parle et le téléphone auquel je peux être joint.

333 :09 - :20

334 Intervenant 2

335 C'était le cas avant. Dans l'autre?

336 :22 - :19

337 Intervenant 1

338 Moi sur les deux hein, c'est la même chose, c'est la même boîte, sauf que c'est sur deux sites différents.

339 :21 - :05

340 Intervenant 2

341 Donc tu ne sais pas combien il y a de personnes sur la liste?

342 :07 - :05

343 Intervenant 1

344 Non franchement, mais bon vu le nombre de personnes qu'il y a, il y'en a bien au moins une centaine. Après, ça ne veut pas dire qu'une centaine, il y a beaucoup de langues parlées. Ça peut être une centaine, mais je sais pas moi, la moitié en *****, un quart parle portugais.. On a quand même des salariés.

345 Il y a beaucoup de salariés qui sont d'origine maghrébine dans la clinique. Donc ça veut pas dire que...

346 :15 - :08

347 Intervenant 2

348 Est ce qu'il y a des médecins sur cette liste ou il y a que des infirmières, des aides soignantes..?

349 :10 - :20

350 Intervenant 1

351 Non y a même du personnel administratif et des médecins ça commence parce qu'avant non. Mais comme là ils ont recruté des nouveaux médecins et là il y en a peut être deux, trois ou quatre qui parlent l'*****, tu vois.

352 :22 - :14

353 Intervenant 2

354 ils ont recruté récemment?

355 :16 - :12

356 Intervenant 1

357 Oui récemment, il y en a deux qui sont là depuis longtemps. Après je sais pas s'ils sont sur la liste, mais c'est sûr que il y a dix ans ou quinze ans, tu vois les populations... Avant, il y a 20 ans, 30 ans, le médecin c'était un blanc, de famille aisée parce que tout le monde ne pouvait pas faire des études de médecine.

358 Maintenant, il y a quand même des médecins qui sont issus du milieu ouvrier et qui sont médecins qui automatiquement et qui ont aussi des origines. Donc c'est tu vois un peu plus quand même.

359 :05 - :03

360 Intervenant 2

361 Et donc si on revient un peu au rôle que t'as, j'aimerais bien savoir comment tu vis, comment tu perçois ce double rôle. Est ce que tu le perçois comme un double rôle de traductrice et d'infirmière ? Est ce que ça représente une difficulté, un stress particulier pour toi tout ça ?

362 :05 - :15

363 Intervenant 1

364 Alors traductrice, moi je trouve être traductrice, c'est un métier et je suis pas traductrice, je suis avant tout infirmière maintenant, j'essaye de retranscrire au plus juste les propos de ma collègue ou du médecin. Parce que être traducteur/interprète c'est un métier, tu vois, comme quand tu travailles à l'ONU ou une ambassade. Mais après que ça m'engendre du stress, ça peut parce que parfois j'arrive pas à trouver les mots et ça m'énervé, ça m'agace. Et puis c'est surtout que faut que le patient il ait bien compris.

365 Donc même si il te dis oui oui oui ...et parfois il faut rabâcher, tu vois, il faut rabâcher les choses pour qu'ils comprennent bien, pour que ça rentre bien dans la tête. Donc c'est parfois ce n'est pas évident.

366 :06 - :17

367 Intervenant 2

368 Et par rapport à ça, faut qu'ils comprennent. Est ce que c'est important ? Qu'est ce qui est le plus important pour toi quand tu traduis ?

369 :19 - :04

370 Intervenant 1

371 C'est qu'ils comprennent, qu'ils comprennent les informations que je vais donner et qu'ils soient en accord avec ces informations là et qu'en même temps qu'ils comprennent parce que automatiquement si il a bien compris, moi il va m'envoyer une réponse. Je dis n'importe quoi. Est ce que vous avez une allergie ? Et il me répond que oui ou non qu'il a pas une allergie parce que sinon après c'est un peu compliqué.

372 :04 - :07

373 Intervenant 2

374 Il y a quoi comme difficultés qui peuvent se passer ? Donc parfois il y a les mots qui demandent par exemple.

375 :09 - :14

376 Intervenant 1

377 Oui, bon après j'essaie de les trouver puis j'arrive à les retrouver. Mais sinon j'arrive toujours à bidouiller pour

que le patient après il me dit. "Ah, vous voulez dire ça ?" Je lui dis oui mais... c'est sûr que lui parler comme un médecin qui serait ou une infirmière au Maroc, c'est pas ça. Parce que on est dans un milieu où il y a un langage particulier et la médecine a son langage propre et ça s'apprend.

378 Moi je l'ai appris en français et je l'ai pas appris en *****. Donc lui dire qu'il va avoir un pontage fois six bah lui dire en ***** c'est compliqué.

379 :14 - :16

380 Intervenant 2

381 Qu'est ce que tu fais alors?

382 :18 - :06

383 Intervenant 1

384 Ben je le dis autrement je dis qu'il va avoir une opération ouverte et que les artères... Alors je sais pas dire artères et veines donc je vais lui dire autre chose. Enfin de compte c'est du bricolage.

385 :08 - :18

386 Intervenant 2

387 Comment tu t'assures qu'il a compris ?

388 :20 - :12

389 Intervenant 1

390 Ben souvent je redemande. Et puis en même temps, quand ils comprennent les patients, déjà ça se voit au faciès et puis aux questions. L'interaction quoi, c'est l'échange qui va te dire si le patient, il a compris, ou pas. De toute façon.

391 :14 - :19

392 Intervenant 2

393 Est ce que c'est important pour toi de traduire aussi tout ce que lui dit? De l'interpréter au soignant ?

394 :21 - :13

395 Intervenant 1

396 Oui, si il a mal, si il se sent pas bien. Tu peux pas négliger ce genre d'information parce que ça fait partie de ta prise en charge et ça peut avoir des conséquences plus ou moins graves si tu les négliges.

397 :15 - :08

398 Intervenant 2

399 Parce que ça c'est tu penses que ton savoir d'infirmière aussi qui fait que tu sais l'importance de ces informations ?

400 :10 - :20

401 Intervenant 1

402 Ah bah oui, ça ça a à voir avec mon boulot. Si le patient, on vient de le dilater, on lui a mis un stand dans une des artères du cœur et puis qui redescend et qu'il ne se sent pas bien. Et qui dit comme ça (souffle), ça veut dire qu'il est essoufflé, donc c'est pas normal. C'est qu'il est en train de me faire un truc.

403 :22 - :00

404 Intervenant 2

405 J'ai des situations plus d'urgence souvent auxquelles t'as à faire?

406 S

407 Oui,

408 Z

409 et dans ces moments là d'urgence, tu traduis tout ce que les deux disent ou est ce que t'as des conversations avec chacun et tu repasses l'information ? Comment tu gères ?

410 :02 - :07

411 Intervenant 1

412 Alors quand c'est avec un médecin, il me dit la phrase, je dis au patient, le patient me répond, en vrai, je suis entre les deux. Parce que le médecin, il est dans sa démarche d'anamnèse et petit à petit il veut comprendre l'histoire, il veut comprendre les truc, donc c'est step by step.

413 Quand c'est avec mes collègues, elle va me dire "oui, tu peux lui dire ça, il y a ça ça ça ça". Je vais lui traduire et puis après je vais lui dire "bon c'est bon il a compris il sait qu'il doit pas manger tout ça et voilà.

414 :02 - :05

415 Intervenant 2

416 Et là, y a moins de réponse du patient quand c'est avec une infirmière?

417 :07 - :04

418 Intervenant 1

419 Alors ça dépend ce qu'elle lui demande. Ce qui va avoir beaucoup de réponses, c'est lors des entrées des patients parce qu'on a énormément de questions à poser. Le poids, la taille, s'il y a des traitements, s'il y a des allergies, comment il vit ? Est ce qu'il y a des enfants ? Sa personne de confiance.. Tout ça, il faut lui demander. Est ce qu'il est hospitalisé à l'étranger ? Donc tu te doutes bien chez une personne lambda qui te répond comme toi et moi en même pas dix minutes, c'est torché. Une personne qui parle pas français ça peut prendre 1 h.

420 :01 - :11

421 Intervenant 2

422 Même avec toi qui traduit.

423 :13 - :22

424 Intervenant 1

425 Alors en *****, non, mais si c'est une personne où on a une personne, et même si on a quelqu'un par le bout du fil, ça prend du temps parce que...

426 :22 - :09

427 Intervenant 2

428 de trouver la personne?

429 :11 - :12

430 Intervenant 1

431 Oui mais c'est surtout que à partir du moment où il y a trois personnes dans une conversation et que toi tu fais le fil moteur entre les deux, ça prend du temps parce que t'es obligé d'écouter l'autre nenene après faut que toi tu... Donc automatiquement le multiplie par deux, voire trois. Pendant ce temps là, toi t'es bloquée. Tu fais pas autre chose.

432 :14 - :01

433 Intervenant 2

434 Il y a une pression au niveau du temps? Tu sens qu'il faut que tu raccourcisse un peu?

435 :03 - :15

436 Intervenant 1

437 Bah parfois oui, parce que j'ai mon boulot, j'ai mes patients. Et que j'ai des choses à faire parfois. Mais bon, on essaie toujours de faire en sorte que les choses soient bien faites.

438 :15 - :01

439 Intervenant 2

440 Quand donc de la part du médecin ou de l'infirmière pour laquelle tu traduit, il n'y a pas de pression du temps?

441 :03 - :05

442 Intervenant 1

443 Alors si parfois le médecin, c'est toujours pareil... Il est roi, "tu viens, s'te plaît, me traduire...". J'lui dit bah non là j'suis occupée, fait d'autres patients et on se retrouve après. Mais sinon, en général non, il y a pas une pression. La pression c'est quand le patient il est pas bien et quand il faut qu'on prépare pour le bloc et qu'il faut le raser. Et puis t'as un rapport avec la nudité, tu vois le respect de la nudité, de l'intimité.

444 Donc il faut lui expliquer tout ça. Là t'as une pression parce que le médecin il dit vite vite vite allez dépêchez vous, mais tu peux pas le déshabiller sans rien lui dire et le raser sans rien lui dire.

445 :12 - :09

446 Intervenant 2

447 Donc là par exemple, c'est une situation où tu vas expliquer?

448 :11 - :22

449 Intervenant 1

450 Brièvement, je vais pas rentrer dans le détail.

451 :24 - :13

452 Intervenant 2

453 Mais c'est le médecin qui te dit quelque chose que tu traduis ou ça vient de toi?

454 :15 - :07

455 Intervenant 1

456 Sinon c'est moi qui lui dit qu'il faut qu'il monte au bloc, e cœur il est pas bien.

457 Z:

458 Parce tu le sais, t'as pas besoin que le médecin te le dise.

459 Donc là t'as un rôle de l'infirmière qui parle ***** ?

460 S:

461 Ouais, hmhm.

462 Z: Est ce qu'il y a une différence entre le moment où tu fais que traduire et le moment où t'es infirmière?

463 :15 - :07

464 Intervenant 1

465 Non il y a pas de différence parce que mon boulot c'est le même. Si je le dis pas en ***** je le dis en français, mais je le dirai avec plus d'aisance.

466 :09 - :07

467 Intervenant 2

468 Mais là, les moments où tu me disais que tu faisais que traduire, il pose une question, tu traduis.

469 :09-:0

470 Ah oui, là c'est sûr oui là je suis traductrice.

471 :05 - :01

472 Intervenant 2

473 La là tu mets pas ton propre avis, d'infirmière quoi.

474 :01 - :07

475 Intervenant 1

476 Non, non, je ne mets pas mon propre avis non. Je redonne exactement les propos de la patiente parce que ça permet au médecin après de faire son diagnostic.

477 :08 - :24

478 Intervenant 2

479 Donc tu modifies?

480 Non.

481 Tu raccourcis rien?

482 :02 - :24

483 Intervenant 1

484 Non, après si je comprends pas et ben je le dis au médecin," je comprends pas ce qu'elle me dit" ou o "je saurais pas traduire ça".

485 :04 - :05

486 Intervenant 2

487 Ok, donc ça, ça arrive aussi.

488 :07 - :00

489 Intervenant 1

490 Oui ça arrive.

491 :02 - :14

492 Intervenant 2

493 Tu fais une différence entre les moments où tu fais que traduire et les moments où tu te fais plus,

comme par exemple quand il faut aller au bloc. Là t'es un peu entre les deux. C'est plutôt des situations d'urgence où tu fais plus que traduire? Je sais pas si c'est clair la question.

494 :16 - :11

495 Intervenant 1

496 Dans je veux dire dans le sens que c'est quand je suis en situation d'urgence que je traduis plus?

497 :13 - :05

498 Intervenant 2

499 C'est la question que je me pose ou est ce que tu définis clairement les moments où t'es infirmière et traductrice et les moments où t'es que traductrice?

500 :05 - :23

501 Intervenant 1

502 Non parce que c'est des choses, des choses qui s'emboîtent sans que tu fasses attention quoi.

503 :00 - :22

504 Intervenant 2

505 Mais par exemple, est ce que tu dirais que ce moment là avec le médecin de diagnostic, c'est un moment où il y a le temps et donc où tu prends plus le temps de traduire tout ce qui est dit parce que c'est important?

506 :22 - :18

507 Intervenant 1

508 Bah il y a le temps, parce que le médecin il est là et qu'il veut avoir sa réponse et que lui prend son temps. Mais après si tu te places, moi de mon point de vue dans ma charge de travail, toi, ben j'ai mon boulot quoi. Mais lui, comme il est là, il est assis, il prend son temps, il pose des questions, il réfléchit, il regarde en même temps son dossier.

509 Donc lui, lui, il a tout son temps, il fait sa visite. Il a tout sur son temps, c'est très relatif. Après, si tu te places, moi de mon point de vue, ben, moi aussi j'ai mon truc. Alors après ça dépend, il y a des fois où je ne suis pas pressée, j'ai pas une pression dans mon travail.

510 La charge de travail, elle est pas non plus catastrophique, mais parfois j'ai des patients qui sont pas bien donc faut que je sois à côté d'eux tout le temps.

511 :15 - :22

512 Intervenant 2

513 Et donc dans ces moments là, tu tu raccourcis ou non?

514 :24 - :21

515 Intervenant 1

516 Ben c'est pas que je raccourci, c'est que..Alors soit je dit à une collègue, je vais faire, surveille ma patiente. Parce que nos patients ils sont scopés donc si il y a un problème, on saura tout de suite. Soit si j'ai vraiment pas le temps, je lui dis "bah pas tout de suite, ce sera plus tard".

517 :23 - :11

518 Intervenant 2

519 D'accord, mais pendant la consultation, tu ne vas pas faire en sorte que ce soit plus rapide pour retourner à tes tâches?

520 :11 - :01

521 Intervenant 1

522 Non non non, ça sera quand le médecin me dira merci, c'est bon.

523 :03 - :19

524 Intervenant 2

525 Donc tu donnes quand même un point d'honneur à traduire tout pour le diagnostic?

526 :21 - :14

527 Intervenant 1

528 Oui oui. Je m'arrête, de tout façon c'est jamais arrivé, mais je m'arrête et de toute façon lui aussi il s'arrêtera si on nous dit arrêt cardiaque mais c'est jamais arrivé.

529 :16 - :19

530 Intervenant 2

531 Est ce que c'est déjà arrivé qu'il y ait un conflit entre le patient et le médecin ou l'infirmière ? Et t'es entre les deux ?

532 :21 - :18

533 Intervenant 1

534 Pendant la traduction?

535 :20 - :20

536 Intervenant 2

537 Oui. Un patient qui n'accepte pas un traitement par exemple, qui comprend pas.

538 :22 - :06

539 Intervenant 1

540 Oui, c'est déjà arrivé, ça. C'est déjà arrivé parce que soit il comprend pas, soit il a pas d'information et ça l'énerve, soit... En vrai il est là. Mais à partir du moment où t'as une barrière de la langue, moi je pars du principe que tu peux pas être, ta prise en charge, elle est pas pareil que si il n'y a pas la barrière de la langue, elle sera beaucoup plus optimale sans barrière qu'avec la barrière.

541 :19 - :07

542 Intervenant 2

543 Et tu penses pas qu'avec la traduction tu arrives à dépasser cette barrière ?

544 :09 - :10

545 Intervenant 1

546 Alors après, ça dépend, y'a des patients qui se contentent du peu. Et puis tu leur dis les choses simplement et "oui oui". Et puis t'as des patients, comme dans ceux qui ont pas de barrière hein, vont te demander tout le temps pourquoi ceci pourquoi cela et ça, il faut renchérir à chaque fois hein. Donc c'est après ça dépend de la personnalité du patient.

547 :12 - :23

548 Intervenant 2

549 Mais du point de vue du médecin, du point de vue de la santé, est ce que tu penses que c'est c'est réussi, c'est réussi ou est ce que les communications sont réussies avec la traduction ou y a des fois où..

550 :00 - :22

551 Intervenant 1

552 C'est réussi à l'instant où il est entre les quatre murs parce qu'on l'a guéri. Il prend ses traitements, il mange, il va mieux. Mais après, quand c'est à l'extérieur, c'est encore autre chose. C'est déjà arrivé, qu'on a eu un patient, qui était assez grave, qui est ressorti, on lui avait expliqué et il est ressorti et quelques jours après et il est revenu en arrêt cardiaque et il est mort. Après on ne peut pas savoir exactement si c'est dû parce qu'il a pas compris? Est ce qu'il a pas pris ces médicaments parce qu'il s'en fichait? Tu sauras jamais.

553 :18 - :23

554 Intervenant 2

555 Est ce que tu fais aussi en sorte de faire comprendre au patient l'importance du traitement ?

556 :23 - :15

557 Intervenant 1

558 Ah oui oui moi je suis claire, moi je leur dis si vous le prenez pas, vous êtes morts. Alors parfois ça les fait flipper, parfois je les ramasse en petits morceaux. Mais au moins ça a le mérite d'être clair.

559 :17 - :04

560 Intervenant 2

561 Et ça tu le dis quand tu traduis.?

562 Ah oui oui.

563 Quand tu traduis, tu le dis même si la personne que tu traduis ne l'a pas dit, même si le médecin n'a pas dit par exemple?

564 00:34:43:06 - 00:34:45:04

565 Intervenant 1

566 Oui, parce que de toute façon le médecin, je sais qu'il va penser ça.

567 00:34:45:05 - 00:34:48:09

568 Intervenant 2

569 Nous parle parfois tu dis des choses quand même qui viennent de toi.

571 Intervenant 1

572 Oui, parce que ça partie de l'éducation thérapeutique, l'éducation du traitement.

573 La façon dont il va vivre après son infarctus, ça fait partie de notre rôle. On est obligé d'éduquer, on est obligé de leur dire "voilà, vous prenez tel traitement, c'est pour telle chose, ça fait telle chose. Si vous prenez pas, ça fera telle chose." Il faut qu'on leur explique, parce que sinon ils vont pas le prendre, ça peut être pire.

574 Et puis surtout il faut qu'ils travaillent sur certains facteurs de risque. Si par exemple il fume, je vais lui dire est ce qu'il fume, il va me dire oui. Je vais lui demander comble, je vais lui proposer le patch, il va me dire oui ou non parce qu'après c'est son choix. S'il a pas envie. Il me dit non, non, je ne veux pas de patchs, j'arrêterai, je vais arrêter.

575 Ok. Bon, même si je persiste, il faut vous aider parce que la cigarette ça s'arrête pas comme ça. Lui il persiste toujours. Et bein après à l'extérieur quand il va sortir, il faut que tu le rabâche. "Oui, faites attention, si vous reprenez la cigarette, ça va revenir parce que c'est votre facteur de risque". Mais s'il a pas envie d'arrêter, il arrêtera pas, tu vois.

576 :19 - :09

577 Intervenant 2

578 Ça, c'est des choses que tu dis aussi?

579 :11 - :23

580 Intervenant 1

581 Oui, oui, oui, Le tabac, le diabète, le surpoids, tous ces trucs là, on leur dit, on leur dit, on leur dit à la femme si par exemple c'est elle qui cuisine.

582 :00 - :04

583 Intervenant 1

584 Et puis après on a un avantage, c'est que même si il parle pas français, on les envoie quand même en réadaptation cardiaque, ce qui permet de travailler un peu sur les facteurs de risque et donc d'être avec d'autres patients. Et puis en même temps, le cœur c'est un muscle, il faut le requinquer. Donc ils font du vélo, des activités sportives et tout ça.

585 :06 - :04

586 Intervenant 1

587 Donc c'est assez, comment dire... Mélangé, c'est pas le mot que je voulais dire, mais voilà, il y a plusieurs ethnies, donc ce qui fait que, ils arrivent toujours à trouver quelqu'un avec qui parler et puis parler de leur propre expérience. Donc ça, ça peut être bien aussi pour les patients.

588 :06 - :12

589 Intervenant 2

590 De se parler entre eux?

591 :14 - :22

592 Intervenant 1

593 Oui. De leur vécu, oui je trouve que c'est bien.

594 :24 - :12

595 Intervenant 2

596 Est ce que ta relation avec les patients est différente avec ceux à qui tu traduis du fais que tu traduis?

597 :14 - :05

598 Intervenant 1

599 Oui, parfois elle peut être différente, il y a peut être parfois un peu plus de familiarité. En. vrai ça dépend de l'âge de la personne, mais la majorité, il y en a. Donc ça peut être chiant mais bon.

600 :23 - :02

601 Intervenant 2

602 Mais c'est plutôt chiant ou c'est plutôt pour toi bien d'avoir cette relation peut-être aussi de confiance?

604 Intervenant 1

605 Non, ça dépend comment c'est utilisé par le patient, c'est toujours pareil. Parce que t'as des patients, la barrière de la langue ... Le fait que je parle la même langue, même parfois, même s'il y a pas de barrière de la langue, il va te parler en ***** parce qu'ils voient que t'es *****.

606 Après ça peut m'agacer ça, parce que on est dans un service en France et que par rapport à mes collègues, j'aime pas trop. Et par rapport au médecin, je préfère qu'ils me parlent en français pour qu'ils entendent..

607 :20 - :19

608 Intervenant 2

609 tu veux dire des patients qui parlent français?

610 :21 - :18

611 Intervenant 1

612 Voilà aussi, ça peut arriver. Bon après ça dépend, comment c'est utilisé parce que parfois chez certains patients, le fait qu'on a la même langue, c'est comme si on partageait quelque chose. Il y avait comme si il y avait un lien un peu plus important que par rapport

613 aux autres et qui te paraît bénéfique.

614 :12 - :13

615 Intervenant 1

616 Ca te paraît bénéfique?

617 :15 - :09

618 Intervenant 1

619 Non. Non, parce que tu sais, c'est pas parce que je parle la même langue que lui, qu'il est pas con. Dans le sens que parfois y'a des patients, c'est l'horreur. Surtout qu'ils sont de plus en plus agressifs, de plus en plus irrespectueux. Les familles c'est pas mieux. Donc ça dépend du profil du patient on va dire.

620 :11 - :14

621 Intervenant 2

622 Est ce que parfois ça permet peut être qu'ils aient plus confiance en toi que le médecin puisqu'ils comprennent pas le médecin et te comprennent toi?

623 :16 - :20

624 Intervenant 1

625 Oui ça c'est sûr. Après, le fait de parler la même langue d'un patient. C'est sûr que pour lui, à partir du moment où j'ai la même langue que lui, je suis un peu sa référente.

626 :20 - :13

627 Intervenant 2

628 Est ce que c'est pour toi une surcharge de travail ? Par rapport à tes autres collègues ?

629 :15 - :10

630 Intervenant 1

631 Ben si c'est mon patient, ça ne change rien. Si c'est pas mon patient, tout dépend comment ma collègue va me solliciter. Mais quand même, moi je suis maghrébine, d'origine maghrébine. On est à la quatrième génération de maghrébins. Maintenant, c'est rare, même si il lui parle pas français, t'as quand même des enfants qui sont là ou l'épouse qui parle français. Il y a toujours un moyen de communication avec l'entourage, contrairement aux indiens en pakistanais, qui sont plutôt sans papiers et que leur entourage est au pays, là c'est plus compliqué. Mais la population maghrébine, c'est comme les Portugais, il y a des Portugais qui parlent, qui parlent très mal français. Il y a toujours la fille ou la femme.

632 :19 - :11

633 Intervenant 2

634 Ce qui fait que t'es pas si sollicitée que ça?

635 :12 - :19

636 Intervenant 1

637 Non, franchement non. Je te dis, il faut vraiment que ce soit un profil de patient qui n'a pas du tout de... Alors après un peu parfois, les Syriens, les Iraniens. Ces pays là... les Afghans. Mais bon les Afghans de toute façon ils parlent pas l'*****, mais un peu les Syriens. Ouais, ça peut arriver parce que... Mais encore, ça c'est une autre langue.

638 Je peux comprendre certaines choses, mais les 3/4 je comprends pas parce que c'est un ***** parlé différent du mien.

639 Mais il y a toujours moyen de... En tout cas, la difficulté..

640 J'ai pas le souvenir d'avoir vécu une difficulté où vraiment j'ai pas pu donner mes informations. J'arrive toujours à trouver un truc quoi.

641 :22 - :03

642 Intervenant 2

643 Est ce que t'as vu t'aimes bien avoir ce rôle là?D'interprète.

644 :24 - :12

645 Intervenant 1

646 Non pas spécialement.

647 :14 - :12

648 Intervenant 2

649 Tu préférerais qu'ils prennent la famille ou des interprètes professionnels?

650 :14 - :06

651 Intervenant 1

652 Alors, il y a des interprètes professionnels. Voilà, moi dans ma structure ça se fait pas, mais je sais, je connais des endroits où ça se fait, et même quand il y a des interprètes professionnels, a priori ça marche pas tant que ça.

653 :08 - :23

654 Intervenant 2

655 D'accord.

656 :00 - :15

657 Intervenant 1

658 D'après ce que j'ai entendu. J'avais une collègue qui m'avait raconté qu'ils avaient eu un patient. Donc ils ont demandé un interprète parce que le médecin voulait lui dire des choses. Donc ils ont fait l'interprète et après la famille est arrivée quelques jours après et le patient explique à sa famille ce que le médecin lui a dit. Et le médecin a dit, "bah non j'ai pas dit ça".

659 :21 - :13

660 Intervenant 2

661 Oui. C'est déjà arrivé avec toi?

662 :24 - :14

663 Intervenant 1

664 Non, moi ça n'a jamais arrivé. Mais là c'est un interprète professionnel quand même. C'est quelqu'un que tu paies une blinde. Au téléphone. Donc je sais pas ce qu'il a compris, mais... Donc bon. Mais non, non moi quand je sais pas, je sais pas. Moi je le dis clairement.

665 :14 - :13

666 Intervenant 2

667 Puis tu te sens pas mal de pas savoir?

668 :14 - :01

669 Intervenant 1

670 Non. Après, comme j'ai une collègue aussi qui est maghrébine, algérienne, qui parle peut être un peu mieux que moi. Donc quand j'arrive pas à trouver un mot, je lui dit comment on dit ça et on arrive toujours à trouver... Mais parfois après y'a des gens avec leur accent, leur façon de parler, je comprends pas.

671 :03 - :14

672 Intervenant 2

673 Donc t'aimes pas forcément faire ça? S'il fallait pas le faire, ça t'irais aussi quoi?

674 :15 - :16

675 Intervenant 1

676 Oui, ça m'irait aussi. C'est pas mon..

677 :18 - :03

678 Intervenant 2

679 Tu penses que le fonctionnement de la clinique par rapport à ça, il est bien ou comment on pourrait améliorer l'accueil des étrangers? En faisant appel à des interprètes professionnels.

680 :03 - :23

681 Intervenant 1

682 Alors, les interprètes professionnels. Moi je trouve que ça... C'est par téléphone, il n'y a pas d'interaction, Il y a rien, donc je suis pas très preneuse pour ça. On est dans une relation de soins, il faut qu'on soit face à face.

683 :00 - :00

684 Intervenant 2

685 Pour toi, la relation de soins c'est important?Qu'est ce que tu appelles la relation de soin ?

686 :02 - :04

687 Intervenant 1

688 Le lien que tu vas créer. Et puis en même temps, si tu annonces une mauvaise nouvelle, le patient, il va voir. Il va écouter, tu peux développer, tu peux faire une écoute active, tu peux développer de l'empathie, Tu peux essayer de le rassurer, mais l'interprète, je suis pas sûre qu'il fasse ça. Si le medecin lui dit, "bon il faut lui dire qu'il a un cancer, bon bah l'interprète il va dire "Bon bah monsieur vous avez un cancer".

689 :14 - :10

690 Intervenant 2

691 Et toi, tu fais quoi ?

692 :12 - :22

693 Intervenant 1

694 Bon bah moi déjà on fait pas ce genre de diagnostic quoi. Si ça arrive, souvent c'est le médecin qui le dit. Après dans un second temps j'arrive, sachant que le patient est au courant de son diagnostic. Et puis s'il veut en parler, s'il a pas envie, ça arrive avec des patients, on ne va pas en parler. Si il veut en parler,

je prends le temps, je m'assois. S'il y a des interrogations, voilà. Et puis sur sa prise en charge. Si il est en colère, pas colère.

695 :24 - :18

696 Intervenant 2

697 Ça fait partie pour toi de ton ?

698 :18 - :04

699 Intervenant 1

700 Ça fait partie de mon boulot.

701 :06 - :24

702 Intervenant 2

703 D'infirmière?

704 :02 - :05

705 Intervenant 1

706 Ouais.

707 :07 - :20

708 Intervenant 2

709 Que tu sois bilingues ou non, ça n'a rien à voir? Est ce que parfois tu restes même après que le médecin soit parti quand t'as traduit pour rassurer le patient, parler avec lui ?

710 :22 - :02

711 Intervenant 1

712 Ah oui ça ça n'a rien à voir.

713 Z:

714 Est ce que parfois tu restes même après que le médecin soit parti, quand t'as traduit pour rassurer le patient, parler avec lui ?

715 S:

716 Non, pas spécialement. Sauf si c'est mon patient. Je vais rester dans la chambre, mais sinon je lui dis "Bon voilà, je vais partir. On se voit tout à l'heure. Est ce qu'il y a besoin ?" Si il me dit non je pars.

717 :04 - :02

718 Intervenant 2

719 Est ce qu'on t'a déjà demandé de faire des choses qui dépassent tes compétences ? Que ce soit dans la traduction ou en général, que ce soit trop?

720 :04 - :03

721 Intervenant 1

722 Dans la traduction ? Non. On m'a jamais demandé...

723 :05 - :12

724 Intervenant 2

725 La place des différences culturelles dans la traduction et dans le soin, est ce qu'elle est importante ?

726 :14 - :16

727 Intervenant 1

728 La culture est importante parce que la culture, leurs valeurs, leur religion, tout ça, c'est important. Si tu prends pas en compte ça, tu vas droit dans le mur. Parce que selon certaines cultures. Tu vois, par rapport à la nudité, par rapport. Aux examens. Moi je me souviens.. Nous ça peut nous sembler complètement fou, mais une fois j'avais eu un jeune qui avait 45 ans, qui avait une valve du cœur, qui était complètement pourrie.

729 Donc il était rentré chez nous, il avait fait un OAP et tout. Donc il était vraiment pas bien, on a réussi à le stabiliser mais il fallait qu'il se fasse opérer de la valve. Donc ça c'est un truc chez nous, on fait ça tout le temps. En plus il est jeune, il va bien récupérer, il a pas trop de soucis particulier. Ben il a refusé, il a refusé parce qu'il a dit qu'il allait voir ses... Il avait eu sa mère, sa mère qui était en Afrique et elle lui a dit "Non, non, non, tu te fais pas opérer, tu viens ici, on va aller voir le marabout." Donc voilà. Donc toi, ça te fait rire, moi ça me fait rire, mais eux, ça leur fait pas rien du tout.

730 :07 - :00

731 Intervenant 2

732 Et toi, tu avais un rôle à jouer dans cette histoire ?

733 :02 - :23

734 Intervenant 1

735 En plus, il était musulman et je lui ai dit ... Non parce que il parlait français ce monsieur mais après je lui ai dit bah c'est dommage parce qu'on a tout, on a tout fait hein

736 C'était mon patient en plus. En plus il était très croyant. Il était je crois sénégalais. Et je lui ai dit je dis "mais je comprends pas, vous êtes croyant, vous savez que voilà, dans la religion, se négliger dans sa santé, c'est péché et si vous avez les moyens de guérir, il faut les utiliser." Oui mais non, rien à faire, il est tellement péché et si vous avez les moyens de guérir, il faut les utiliser." Oui mais non, rien à faire, il est tellement ancré dans son truc.

737 :16 - :24

738 Intervenant 2

739 Donc il ne l'a pas..?

740 :01 - :09

741 Intervenant 1

742 Ah non, ben je pense qu'il doit être mort hein maintenant. On lui a dit clairement, on lui a dit "si vous vous faites pas opérer, vous reviendrez peut être, mais dans l'année vous serez mort".

743 :11 - :10

744 Intervenant 2

745 Ah oui vous lui avez dit.

746 :10 - :21

747 Intervenant 1

748 Ah oui le médecin il est obligé de lui dire.

749 :23 - :07

750 Intervenant 2

751 Ça arrive souvent, des particularités culturelles?

752 :10 - :15

753 Intervenant 1

754 C'est comme les les témoins de Jéhovah, une fois on en a eu une, c'était une opération à cœur ouvert, mais eux ils veulent pas être transfusé et ils te disent clairement non, je ne veux pas être transfusé. Si je manque de sang, vous me laissez mourir.

755 :17 - :10

756 Intervenant 2

757 Est ce que c'est interdit par leur loi ?

758 :12 - :22

759 Intervenant 1

760 Voilà, parce que c'est en lien avec l'âme et tout ça. Ils perdent leur âme à partir du moment où leur sang est mélangé je sais plus trop quoi. Et bien un médecin lui a dit, moi je peux pas vous garantir que vous serez pas transfusé. Donc elle est partie. Elle a dit qu'elle allait voir un chirurgien qui lui ne transfuse jamais. Bon ça c'est pas vrai je suis sûre qu'il transfuse mais il lui dit pas. Donc en vrai tu respectes pas les valeurs du patient, mais tu dis pas. C'est impossible dans une chirurgie cardiaque que tu transfuse pas, c'est impossible.

761 :19 - :13

762 Intervenant 2

763 Ca t'es arrivé pendant une discussion où tu traduais de remarquer qu'il y a un malentendu culturel, que toi tu comprends, mais que ni le médecin ni le patient ne comprend. Et d'en parler parce que tu penses que c'est sinon ils se comprennent pas?

764 :15 - :07

765 Intervenant 1

766 D'un point de vue culturel...

767 :09 - :24

768 Intervenant 2

769 Ça peut être sur la langue aussi. Il y a des mots qui se traduisent pas dans une langue par exemple.

770 :24 - :10

771 Intervenant 1

772 Oui oui.

773 :12 - :08

774 Intervenant 2

775 Et donc là tu dois te dire que tu dois expliquer ce mot là en ***** chez nous c'est ça et en français, y'a pas par exemple.

776 :10 - :20

777 Intervenant 1

778 Oui ça ça arrive. Après, c'est comme le repas, c'est la nourriture. Chez les maghrebins, les Africains, le rapport à la nourriture, c'est incroyable. Ils sont hospitalisés et sont mourants et on leur amène des tonnes de nourriture. Il a un rapport avec ça, c'est incroyable.

779 :22 - :17

780 Intervenant 2

781 Qui leur ramène?

782 :17 - :24

783 Intervenant 1

784 Bah des familles. Dès qu'ils sont utilisés, tu les vois avec des cabas et tout ça. Et il est diabétique et tout et je te ramènes du sucre et tout. Donc ça c'est culturel aussi.

785 :01 - :18

786 Intervenant 2

787 Ouais. Et toi ça t'arrive quand les soignants du personnel te demandent des explications, par exemple?

788 :21 - :05

789 Intervenant 1

790 Non parce que les filles, elles ont l'habitude. Quand tu travaille à Saint-Denis tu connais ta population. Par exemple chez nous. La personne âgée, il y a dans certaines familles ou elle bouge pas quoi et c'est la famille qui arrive et qui fait la toilette parce qu'elle refuse que ça soit nous. Et puis elle va la border, elle va ceci elle va cela.

791 Donc on se prend pas la tête, elle veut pas se laver, elle se lave pas. Et puis c'est la fille ou la belle fille qui vient à 14 h pour la laver. Parce que c'est culturel c'est comme ça.

792 Alors après culturel ? Je ne sais pas, parce que moi je suis maghrébins. Voilà. Ma culture européenne, elle est plus ancrée que ma culture maghrébine. Mais à partir du moment où il y a elle est capable de faire sa toilette, je le laisserais faire sa toilette parce que lui faire ça ne va pas l'aider. Même si tu leur en parle à la famille, ils vont pas le faire. Parce que y'a un respect de l'ancien, il y a un respect des parents. Donc même si elle doit crever à la tâche, elle le fera.

793 :18 - :07

794 Intervenant 2

795 T'as ce rôle d'explication aux familles de choses qui pour eux sont pas normales de leur dire ben là, pour le soin, pour le traitement, il faut faire ça.

796 :09 - :19

797 Intervenant 1

798 Quand je donne les médicaments oui oui, je leur dis aux familles. À partir du moment où si par exemple, c'est une personne âgée qu'elle vit chez sa fille et que sa fille elle a un aidant. Donc tu vois, ben je vais plus discuter avec l'aidant parce que la mamie elle se laisse porter par son aidant.

799 Parfois même je vais proposer même de dire bah voilà, si vous voulez, on peut mettre en place une infirmière, on peut mettre aussi, mais souvent elle refuse. Elle dit non, non, non, je peux très bien gérer comme ça, ça me va.

800 :22 - :01

801 Intervenant 2

802 Est ce que quand tu traduis, tu utilises la première ou la troisième personne?

803 :03 - :02

804 Intervenant 1

805 J'utilise je quand je parle de moi. En ***** il n'y a pas de vouvoiement. Donc le tutoiement et si je parle à la place d'un médecin, je dis "le médecin a dit".

806 :04 - :10

807 Intervenant 2
808 Et si tu parle à la place du patient ?
809 :12 - :11
810 Intervenant 1
811 "Il a dit" , je dis au médecin "Il dit que".
812 :13 - :03
813 Intervenant 2
814 Parce que tu parle aussi en je dans ces moments là? Qu'est ce que tu peux dire en je?
815 :05 - :12
816 Intervenant 1
817 Mais c'est par exemple, moi, je vais lui dire Je vais te demander ou j'arrive, voilà, je m'appelle *****, je suis infirmière, je suis là pour traduire et puis voilà. Pour différencier mes propos et ceux du médecin. Mais après si c'est mon patient ...
818 :14 - :11
819 Intervenant 2
820 Il y a pas de troisième personne du coup si c'est ton patient.
821 :13 - :20
822 Intervenant 1
823 Non, c'est lui et moi.
824 :22 - :18
825 Intervenant 2
826 C'est arrivé qu'il y ait des malentendus?
827 :20 - :10
828 Intervenant 1
829 Alors malentendu par rapport aux traductions que j'ai pu faire, pas spécialement. Il n'y a pas eu. Parfois c'est juste plus des manques, le manque d'information qui fait les malentendus.
830 :14 - :02
831 Intervenant 2
832 Le manque d'information, de quel côté?
833 :04 - :03
834 Intervenant 1
835 A partir du moment où il y a la barrière de la langue. D'un point de vue médical, le médecin ne va pas rentrer tous les jours, lui demander si ça va , si elle mal, vu qu'elle parle pas français.
836 :05 - :03
837 Intervenant 2
838 Donc il y a beaucoup moins de relation par rapport à un patient qui parle français?
839 :05 - :08
840 Intervenant 1

841 ça peut oui .On va dire que d'un point de vue médical. D'un point de vue infirmier, aide soignant, non, ça change rien. On va dire que cette charge elle repose un peu plus sur les aides soignants. Parce que c'est nous qui alerterons en disant écoute, là, tu vois, j'ai vu la famille hier, ils m'ont dit ça sur elle, ou elle s'est plaint de ça à son fils, ou alors on a traduit si on a traduit ça, mais le médecin il va pas se... Elle parle pas français, elle parle pas français hein...

843 Intervenant 2

844 Donc ça va passer par d'autres biais quoi?

845 Voilà.

846 Est ce que ça amène à ce que les patients qui parlent pas français s'expriment moins ?

847 :24 - :21

848 Intervenant 1

849 Oh oui bien sûr qu'ils s'expriment moins. Ils s'expriment moins, ils nous sollicite moins. Tu pourrais presque même l'oublier si tu fais pas attention.

850 :21 - :24

851 Intervenant 2

852 Oublier le patient?

853 :01 - :03

854 Intervenant 1

855 J'exagère mais dans le sens que. T façon c'est pas possible, on passe dans les chambres toutes les 2 h, mais c'est te dire que, parfois je lui repose 150 fois la même question "mal mal mal?" . Pour être sûr parce que, il se plaint jamais. Ouais, c'est plutôt ça. Ça peut être... souvent oui, ils se font un peu oubliés.

856 :05 - :06

857 Intervenant 2

858 Mais sur des patients qui parlent ***** et qui parlent pas du tout français mais qui parlent que ***** , est ce

que t'as l'impression qu'il parle moins, même si t'es là pour traduire mais qui ont plus de mal?

859 :08 - :00

860 Intervenant 1

861 Non pas spécialement. D'ailleurs si la porte est ouverte et qu'ils me voient, il me font "...".

862 Même si c'est pas mon patient.

863 :15 - :18

864 Intervenant 2

865 Donc ils sont plutôt à l'aise.

866 :20 - :02

867 Intervenant 2

868 Oui.

869 :04 - :18

870 Intervenant 1

871 Ça fait 20 ans que tu travailles dans le milieu hospitalier. Depuis 20 ans tu traduis?

872 Oui.

873 Et t'aime pas ça.

874 :20 - :10

875 Intervenant 1

876 Non, moi ni j'aime ni j'aime bien.

877 :12 - :06

878 Intervenant 2

879 Et tu penses que tu t'es amélioré dans la traduction? Il y a des mots que tu connais plus?

880 :08 - :03

881 Intervenant 1

882 Oui, j'ai appris certains mots, même amélioré est un bien grand mot. Une langue, ça se pratique donc franchement, l'*****, je parle pas tous les jours. Même ma mère, à 90 % je parle avec elle qu'en français.

883 :05 - :14

884 Intervenant 2

885 Donc tu parles beaucoup surtout au travail avec les patients en *****.

886 :16 - :12

887 Intervenant 1

888 Oui oui sinon si j'appelle le Maroc quoi. Et encore. L'*****oui, ça m'est arrivé peut être même plus de parler au boulot parfois que quand en famille.

889 :14 - :14

890 Intervenant 2

891 Oui, Et t'as pas une sensation de te rendre utile quand même. Quand je traduis?

892 :16 - :10

893 Intervenant 1

894 Bah si. Mais après mon métier c'est que ça, c'est de se rendre utile. Donc en vrai je fais pas trop la différence. A partir du moment où je traduis pour un patient, pour moi ça fait partie de mon boulot. Il ne parle pas français, comment avoir cette information, comment lui donner l'information ? Bah c'est la traduction quoi.

895 :23 - :02

896 Intervenant 2

897 Donc quand tu traduis pour toi, ça fait partie de ton rôle d'infirmière?

898 :04 - :08

899 Intervenant 2

900 Oui.

901 Ça t'arrive d'interpréter en dehors du travail ?

902 :10 - :01

903 Intervenant 1

904 En dehors du travail ?

905 Non, je crois pas. Ou genre, t'es dans le supermarché, elle te demande, combien ça coûte parce qu'elle ne voit pas très bien...

906 :07 - :22

907 Intervenant 2

908 Qui ça elle?

909 :24 - :17

910 Intervenant 1

911 Une cliente quoi. Mais c'est pas... Mais non ça m'est jamais arrivé.

912 :08 - :23

913 Intervenant 2

914 J'ai une dernière thématique, c'est sur ta relation avec les collègues, on en a pas trop parlé. En particulier comment se passe la collaboration quand toi tu traduis pour des collègues qui parlent que français ? Comment tu penses être perçue par ses collègues-là ?

915 :00 - :16

916 Intervenant 1

917 En vrai, ça leur retire une difficulté dans leur travail. Elles sont toujours contente. Quand je traduis et puis qu'elles ont une immédiateté de la réponse et qu'elles n'ont pas attendu la famille l'après-midi, ou appeler. En vrai, c'est plus simple de m'appeler parce que je suis à côté que de prendre le téléphone, d'appeler...C'est quand même plus simple, c'est plus rapide.

918 :23 - :17

919 Intervenant 2

920 Est ce que toi, en tant qu'infirmière qui traduit pas, tu préfères quand c'est une collègue qui traduit pour toi, ou quand c'est la famille?

921 :19 - :06

922 Intervenant 1

923 Ben c'est toujours pareil, parce que est ce que la famille va te dire exactement ce qu'on va dire ? C'est toujours pareil hein.

924 :08 - :11

925 Intervenant 2

926 Et la collègue il y a un doute aussi ou pas?

927 :13 - :00

928 Intervenant 1

929 Non. Mais la famille... Y'a des familles qui vont être préservatrices, elles vont minimiser les choses. Moi je vais dire que c'est quelque chose de très grave, voilà qu'il faut faire attention. Et puis le problème, c'est que tu sais jamais comment c'est traduit.

930 :02 - :08

931 Intervenant 2

932 Oui c'est sur que c'est un problème. Tu as déjà ressenti de la méfiance, de la part de tes collègues quand tu traduis?

933 Non jamais.

934 Vous vous faites confiance entre vous là-dessus?

935 Oui.

936 :10 - :10

937 Intervenant 2

938 Quand quand tu fais toi appelle à une collègue pour pour interpréter, c'est quoi tes attentes de cette traduction ?

939 :20 - :12

940 Intervenant 1

941 Qu'elle dise exactement ce que je dis. Pas plus, pas moins. D'ailleurs je lui dis.

942 :14 - :11

943 Intervenant 2

944 Tu sais aussi ce que tu attends par rapport à ce que toi tu sais comme tu connais le travail en tant que traductrice, donc quand tu dis pas plus, pas moins, c'est que tu sais qu'elles peuvent avoir tendance à faire plus ou moins?

945 :13 - :12

946 Intervenant 1

947 Non, non non, non, je pense pas, mais c'est vraiment, Je ne sais pas. Est ce que c'est une manière de me rassurer ? Puis c'est surtout, surtout, j'insiste beaucoup sur est-ce qu'il a vraiment bien compris, le patient. Est ce qu'il a bien compris qu'il fallait faire ci, il fallait faire ça.

948 :14 - :13

949 Intervenant 2

950 T'insistes beaucoup quand tu traduits ou quand tu traduis pas?

951 :15 - :03

952 Intervenant 1

953 Ben quand je traduis, bah si parce que je vais leur demander s'ils ont bien compris. Parfois je vais leur dire qu'est ce que vous avez compris pour qu'il me renvoie la chose.

954 :05 - :01

955 Intervenant 2

956 Quand tu traduis.

957 :03 - :20

958 Intervenant 1

959 Oui. Et puis quand c'est une collègue, je vais lui dir est ce qu'il a vraiment bien compris ce que tu lui ai dit ?

960 :22 - :08

961 Intervenant 2

962 Tu vérifies.

963 Oui.

964 Et tu as l'impression que c'est ça qu'elle traduit bien en général?

965 :10 - :21

966 Intervenant 1

967 Oui, parce que le patient, je vois qu'il y a une interaction entre eux? Donc c'est que...

968 :23 - :05

969 Intervenant 2

970 C'est ça pour toi, le signe qu'il comprend?

971 :07 - :17

972 Intervenant 1

973 Oui et puis qu'il est pas, il a pas l'air, comment dire... Moi c'est rare que j'appelle quelqu'un pour traduire. Je veux dire le personnel, parce que souvent, c'est soit de ***** et puis après si c'est de l'indien, parfois ça arrive, ou le tamoul, et après les autres langues, souvent c'est la famille. Ils disent oui oui vous pouvez nous appeler, on est là". Bon bah ça m'est déjà plusieurs fois d'appeler la famille. De dire "est ce que vous pouvez dire à votre mère qu'il va y avoir ça, faut pas qu'elle mange, elle va avoir un examen cet après-midi."

974 :18 - :23

975 Intervenant 2

976 Au téléphone?

977 Oui.

978 Intervenant 2

979 Et c'est quoi la différence que ce soit au téléphone avec la famille ou avec une collègue sur place ?

980 :16 - :04

981 Intervenant 1

982 Ben juste la différence c'est que je trouve pas la personne qui parle la langue, tu vois. C'est pour ça que je fais avec appel à la famille. Sinon c'est sûr que je.. Mais dans mon service à part ***** y a rien d'autre dans mon équipe. Avant il y avait espagnol, bon elle est partis. Il y a un peu d'anglais, mais c'est tout. Il y a pas de... Bon, il y a des antilles, mais bon après les antilles ils parlent français quand même. Mais non, il n'y a rien d'autre.

983 :02 - :14

984 Intervenant 2

985 Est ce qu'il y a des difficultés qui sont claires quand c'est la famille qui traduit quand c'est le téléphone ? Est ce que t'es sûr que le patient comprend?

986 :14 - :24

987 Intervenant 1

988 En général, c'est des petites choses que je demande. C'est est ce que vous pouvez lui dire de plus manger, de plus boire parce que.. Des choses simples. Ou "est ce que vous pouvez lui dire que elle va avoir un examen ?" En vrai c'est pour la prévenir.

989 :01 - :10

990 Intervenant 2

991 Et quand il y a du vocabulaire technique dont tu parlais.

992 :11 - :03

993 Intervenant 1

994 Non mais quand après c'est des grandes choses, les gens, il faut qu'ils soient en face de moi. Parce que bon en général, sauf si c'est vraiment en urgence quoi, que ça peut attendre 24 h. Quand ils arrivent le premier jour et que la famille est là ou sinon au pire elle appelle, j'explique tout de suite, "voilà ce qui va se passer, voilà ce qu'on va faire, voilà ce que la conduite à tenir on va faire ci, on va faire ça", pour que eux ils lui disent tout de suite. Alors bien sûr, il y a des gens, il faut tout le temps leur expliquer parce qu'ils oublient, ils s'imprègnent pas. Je reexplique, mais en vrai, je ne vais pas entrer dans le détail. Après, il y a des gens que je vais expliquer simplement, si il pose pas de questions c'est que il veut pas plus de détails. Il y a beaucoup de gens, même patients qui parlent français. "Non non c'est bon, vous m'expliquez juste comment ça se passe, c'est tout, je veux pas connaître." Il y a des gens qui les aiment pas ça. Ils aiment pas connaître les risques. Qu'est ce qu'il peut avoir, pas avoir. Ils veulent pas savoir ça, ça les intéresse pas. Je pense que après c'est anxiogène hein donc...

995 :24 - :17

996 Intervenant 2

997 T'a choisi de travailler à St Denis il y a 20 ans et d'y rester avec ce public là ou non ?

998 :19 - :20

999 Intervenant 1

1000 Oui j'avais fait un stage, et puis après on m'a proposé de travailler de temps en temps ponctuellement en tant que vacataire. Après, on m'a proposé un poste.

1001 Donc voilà. Mais j'ai fait plein de cliniques quoi, tout est relatif, mais t'as toujours quelque quelqu'un qui parle pas français hein. Quelle que soit la clinique.

1002 :24 - :15

1003 Intervenant 2

1004 Plus ou moins?

1005 :15 - :22

1006 Intervenant 1

1007 C'est Sûr que c'est plus abondant si t'es à Saint Denis que si t'es à Neuilly. Mais à Neuilly, mais à Neuilly, pour peu que t'aies des Saoudiens. Après ils parlent anglais eux, mais bon, ça reste quand même des étrangers. T'as toujours, pas tout le temps hein mais..

1008 :18 - :22

1009 Intervenant 2

1010 D'accord. Je crois que j'ai tout ce qu'il me faut.

1011 :22 - :11

1012 Intervenant 1

1013 Ok, j'espère que j'aurai bien répondu. Bon il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

1014 :13 - :12

1015 Intervenant 2

1016 Bien sûr t'as très bien répondu. Il se peut que j'ai oublié de te demander quelque chose, dans ce cas, je t'écris.

1017 :14 - :01

1018 Intervenant 1

1019 Oui il y a pas de soucis..

1020 :03 - :11

1021 Intervenant 2

12.4 Annex 4: Interviewtranskript IP2

1 :12 - :13

2 Intervenant 1

3 Le CCN en particulier et les pratiques d'interprétation avec les patients qui parlent pas français. Donc j'ai fait des entretiens avec des infirmières qui interprètent, et des infirmières qui n'interprètent pas. Comme toi il me semble?

4 :15 - :06

5 Intervenant 2

6 Qu'est ce que tu entends par interprète?

7 Qui traduisent.

8 Bah moi c'est... Enfin, je ne suis pas non plus bilingue, mais je me débrouille en anglais, donc quand il y a de l'anglais, ça m'est arrivé d'intervenir auprès d'autres collègues. Mais effectivement, mis à part l'anglais il n'y a pas d'autre langues...Je suis pas la référente d'ailleurs pour l'anglais dans l'établissement, mais mes collègues savent que si jamais il y a un truc avec l'anglais, ils peuvent faire appel à moi.

9 Il y a une référente pour l'anglais ?

10 Oui, il y a une référente. En fait, on a une liste des référentes dans notre classeur où bah pour plusieurs langues en fait, on a le numéro de portable de la personne à joindre en fonction de la langue qui est nécessaire.

11 :05 - :06

12 Intervenant 1

13 Vous utilisez cette liste?

14 :12 - :22

15 Intervenant 2

16 Alors on l'utilise. Mais c'est vrai que comme ils sont pas forcément tout le temps joignable directement pour diverses raisons, ils travaillent pas forcément aussi au moment où on en a besoin. On essaie aussi de se débrouiller un peu avec d'autres outils. Donc quand c'est des choses simples comme les médicaments, on essaye avec du non-verbal plutôt mimique sur des choses assez simples ou des dessins. Ça m'arrive de dessiner avec des patients, mais là c'est à titre personnel. Et sinon, on a des échelles pour la douleur en fait, avec des petits visages. Et donc les patients peuvent placer sur le curseur où est ce qu'ils se situent. Et nous on a de l'autre côté en fait. Donc ce qu'on appelle l'EVA, donc l'échelle verbale de... J'ai un problème avec le sigle, mais bref c'est un indice. J'ai une échelle de 1 à 10 pour avoir à évaluer la douleur. Et donc en fonction de où ils ont placé nous on a le chiffre de l'autre côté pour savoir à peu près où qui en sont sur la douleur. Donc ça c'est des trucs vraiment basiques. Quand on a besoin d'une chose un petit peu plus poussée, il y a soit... Notamment quand on change un traitement, on a Google traduction, on utilise aussi de manière ponctuelle ou alors les patients ont très vite le réflexe téléphone famille, ils s'appellent du coup en général un membre de leur famille référent vis à vis de ça. On a aussi d'autres collègues, quand on a possibilité effectivement que c'est une langue que l'une des collègues présente le jour parle, on fait appel à elle, bien évidemment.

17 :12 - :09

18 Intervenant 1

19 Oui, ok, on reviendra là dessus. Est ce que tu peux te présenter tout le monde en âge ? Ton poste ? Depuis combien de temps tu travailles ici et quel est ton service ?

20 :24 - :03

21 Intervenant 2

22 Alors moi je m'appelle ***** , je suis infirmière en rééducation cardiaque. J'ai 30 ans, bientôt 31 et je travaille ici depuis que je suis diplômée, donc depuis 2016, c'est à dire à peu près 8 temps.

23 :05 - :02

24 Intervenant 1

25 Dans le service de réadaptation cardiaque. Est ce que tu peux me décrire rapidement le fonctionnement du service ?

26 :04 - :01

27 Intervenant 2

28 Globalement, c'est des patients qui ont déjà été opérés dans la majorité, même s'il y a des exceptions, ou alors qui ont une maladie cardio-vasculaire et on va leur faire faire du sport en gros pour renforcer le cœur, le corps, les préparer. En fait, au retour à domicile, il y a également une prise en charge, donc d'adaptation des traitements avant justement la sortie et quelque éducation thérapeutique concernant des médicaments un peu clé et un peu important et des pathologies importantes qui nécessitent en fait un suivi.

29 :01 - :10

30 Intervenant 1

31 Après, derrière toi, quel est ton rôle et quelles sont tes fonctions ?

32 :12 - :12

33 Intervenant 2

34 Moi, je suis infirmière. Et mon rôle, en fait, ça va être tout ce qui est distribution des médicaments, réalisation des pansements. Ça va être également une partie de l'éducation thérapeutique. Donc dans le service, il y a un sur un médicament, donc les anticoagulants. Mais il y a également sur une maladie cardiaque qui s'appelle insuffisance cardiaque. Et puis après c'est de l'alerte essentiellement, surveillance de l'état des patients, surveillance des constantes et s'assurer que tout roule quoi.

35 :14 - :07

36 Intervenant 1

37 Est ce que tu peux me décrire le traitement d'un patient qui ne parle pas français depuis son arrivée jusqu'au jusqu'à son départ ?

38 :09 - :03

39 Intervenant 2

40 Le traitement, c'est à dire comment la prise en charge ? Globalement, quand un patient arrive et ne comprend pas le français, on essaye déjà de voir s'il est accompagné d'un membre de la famille puisque très souvent, ils sont déjà accompagnés. Quand c'est pas le cas, on essaye de voir si on a une personne à contacter. Parce que parfois quand ils parlent pas français, on a pas forcément la langue tout de suite dans laquelle ils communiquent et il y a beaucoup de langues différentes, notamment au niveau de l'Inde et du Pakistan. Pakistan ça va, mais l'Inde souvent il y a plein de langues, donc quand on a pas encore identifié

leur langue, on essaie de voir s'il y a pas un proche qu'on peut contacter ou au moins avoir la langue de référence et pouvoir lui communiquer le minimum des informations. Si on a pas ça, on essaie de faire une détection Google de la langue, ce qui est parfois approximatif je l'admet, parce que c'est quand même important. Et sinon ça va être des mimiques, donc ça va être du non-verbal, par exemple pour la prise des constantes, parce que ce qu'on fait essentiellement à l'admission d'un patient, ça va être le questionnaire. Donc, ça, justement, il faut qu'on arrive à identifier la langue dans laquelle ils communiquent. Ou alors qu'on ait une personne pour l'interprétation à ce niveau là. Parce que Google a ses limites. Et sinon, après, c'est essentiellement la prise de constantes. Après, c'est la partie médecin, l'auscultation. Et le problème, c'est que on fait un projet thérapeutique. Donc en fait, c'est globalement l'objectif de soins du patient dans le service, mais il est temporaire, le temps qu'on ait aussi le point de vue du patient, ce qu'il souhaite, etc. Puisque parfois il y a des patients qui se retrouvent dans notre service, mais qui adhèrent pas forcément à la rééducation. Mais ça du coup quand il y a une barrière de langue, on l'a, en général quelques jours après ou quelques heures après, en fonction de comment on arrive à rentrer en contact avec quelqu'un pour l'interprétation. Donc il peut y avoir des fois un peu de retard de prise en charge vis à vis du problème de langue notamment quand on a des patients qui parlent pas la langue et qui ont des fois, qui ose pas dire qu'ils ont mal ou qui présentent par exemple je ne sais pas, une plaie au niveau de la peau, mais qui ne l'ont pas signalé, ce genre de choses. Ils n'osent pas forcément en fait nous le signaler à nous, en tout cas en tant que soignants. Ou alors se manifester ou demander à quelqu'un de traduire. Parfois, ils attendent plusieurs jours et en parle seulement à leur famille avant de ...

41 :09 - :21

42 Intervenant 1

43 Comment vous le découvrez dans ce cas là?

44 :23 - :02

45 Intervenant 2

46 Bah par hasard. Soit c'est parce qu'on est en train de faire un autre soin et qu'en fait on tombe sur le truc. Donc notamment pour les plaies et ce genre de choses, soit c'est la famille qui finit par nous en parler, parce que quand on les croise, on leur pose aussi des questions. Parfois on sait bien que pour les patients des fois les blouses blanches, c'est aussi un peu compliqué. Ça peut rajouter aussi au fait qu'ils ne parlent pas. Alors on a déjà le problème de patients qui communiquent déjà en français, qui ont cette espèce de barrière vis à vis du soignant. Mais c'est d'autant plus compliqué quand on a ce problème là avec quelqu'un qui parle pas la langue quoi. Donc oui, la famille quand on quand on les voit. Mais ce qui est compliqué c'est que si il se manifeste pas, on va pas forcément, avoir le recours en fait à l'interprète parce que. Ce qui est compliqué là dessus... C'est un peu compliqué à expliquer. Parce qu'on y va aussi beaucoup à la perception.

47 :23 - :10

48 Intervenant 1

49 Tu me donner un exemple.

50 :12 - :13

51 Intervenant 2

52 Typiquement, ce qui est compliqué, c'est qu'on essaie au moins de faire passer des mots simples. Ou alors en tout cas pour moi, dans différentes langues de savoir au moins dire quelques mots basiques comment est ce que ça va où il y a un problème ? Là, le truc c'est que, bah du coup ils le disent pas forcément. Ou alors ils font "oui oui", mais en fait ils ont pas du tout compris et le problème en fait, il le signale, admettons qu'il y a pas la famille qui passe ce jour là, ils le signale le lendemain quand la famille passe et on est un peu pris au dépourvu parce que on essaie de voir comme on peut s'il y a un souci. Sauf que comme ils ne se manifestent pas forcément en mode "je vous montre quelque chose" ou une de langage, un peu, je dirais langage des signes presque, pour dire "il y a un problème", on va pas avoir le réflexe forcément de contacter un interprète pour savoir ce qui va pas, parce qu'ils l'affichent pas

forcément. Ça peut être culturel aussi parce qu'il y a certaines cultures où ils n'affichent pas les faiblesses. Ça c'est compliqué aussi.

53 Donc l'admission globalement, c'est essentiellement de la prise de constantes et après les questionnaires, et puis les détails, on revoit ça avec... Soit on appelle notre référent sur sur la langue, soit on essaye un petit peu avec Google Traduction, si on n'arrive pas à le joindre, ou alors on essaie de communiquer avec un membre de la famille. C'est plutôt ce qui est assez couramment fait parce que le patient lui même va appeler quelqu'un et nous le passer au téléphone. Sans qu'on ait même eu le temps des fois de réfléchir en fait à un autre moyen de communication. Ça vient souvent du patient, très très souvent. En fait, très souvent, ils sont déjà même au téléphone quand on les on reçoit parce que je pense qu'ils savent qu'ils vont pas trop comprendre. Et donc on commence, on y va, ça va. Et puis en fait on n'avait pas le temps de voir s'ils parlent français que ils tendent le téléphone. Donc ça, je dirais que c'est 90 % des cas. Donc c'est quand même très très fréquent. Donc, ce qui fait qu'on a des morceaux d'information quand même assez directs, mais ça peut arriver qu'il y ait des patients qui n'ont pas de famille et qui ne parlent pas français. On a eu comme ça, mais c'est plutôt les pays de l'Est, donc on a eu un Russe, des Ukrainiens. Là c'est un peu plus compliqué parce que c'est pareil, nous en tout cas dans nos classeurs de référents, on n'a pas forcément ces langues là, parce que c'est pas celle qu'on voit le plu souvent.

54 Et justement, j'avais déjà signalé qu'il faudrait peut être qu'on. Mais bon, ça met un peu de temps aussi au niveau de la direction, qu'on ait en catalogue, éventuellement celui qu'ils utilise à l'APHP ou ce genre de choses, parce que je crois qu'ils ont fait un accord avec les hôpitaux publics ont un accord en fait avec des traducteurs, donc une société de traduction, là, ce qui me semble est pas le cas au CCN.

55 :11 - :16

56 Intervenant 1

57 T'as fait une demande pour ça?

58 :18 - :07

59 Intervenant 2

60 Ben je l'avais signalé à plusieurs reprises effectivement dans ce contexte, mais ça, ça a pas trop avancé. Ce qui m'est souvent répondu en fait, c'est que c'est des langues qu'on croise très peu souvent et qu'on peut réussir à se débrouiller d'une autre manière. Voilà. Il y a pas forcément... Après globalement, le reste de la prise en charge, c'est un peu la même chose que pour les autres patients. Le seul truc c'est effectivement pour notamment les kinés quand ils vont avoir des instructions à donner, ça va être un petit peu plus compliqué. Surtout qu'on ne peut pas tout le temps en fait, solliciter la famille qui n'est pas disponible tout le temps 24 h sur 24, donc ça va être beaucoup avec du non verbal. Donc des mimiques, des sons, enfin des choses qui peuvent être un peu reconnues à l'international, ou par exemple taper des mains pour donner un rythme, on montre le geste. La kiné qui est plus simple quand même, c'est que c'est beaucoup de l'action et moins de l'explication. Par contre, au niveau médical, là quand même assez souvent, quand les patients ne communiquent pas, en fait en français, on va avoir tendance à faire vraiment beaucoup appel à la famille, notamment quand il y a des diagnostics ou des examens complémentaires à faire et ce genre de choses.

61 Donc bien sûr, avec l'accord du patient, mais ça, en général, on le voit dès l'entrée en fait du patient, et donc ça va être essentiellement les personnes de confiance. Souvent, c'est des patients qui parlent le français et que le patient a lui même désigné comme étant un référent dans la prise en charge et auquel cas, dès qu'il y a des informations assez sensibles à transmettre en tout cas sur le point de vue médical, ou des choses à signaler, ça va être fait en présence soit physique, soit téléphonique, de la personne de confiance. Pour qu'elle puisse également relayer l'information auprès du patient et qu'il n'y ait pas de loupé quoi.

62 :18 - :10

63 Intervenant 1

64 Pourquoi est ce que tu penses que le patient, tu disais parfois il veut pas vous dire. C'est une partie en partie culturelle. Pourquoi est ce qu'il veut pas dire?

65 :10 - :18

66 Intervenant 2

67 Il n'y a pas forcément que la partie culturelle je pense. Enfin, il y a un morceau culturel. Par exemple quand je dis et quand j'entends culturel, c'est que c'est un métier de femme et qu'on a certains hommes qui vont pas se sentir à l'aise de donner des détails en fait sur leur état même intime à une femme qui n'est pas leur femme.

68 On va avoir aussi ça, ce problème là sur, par exemple certains soins comme l'aide à la toilette, les patients vont pas être en capacité de se laver tout seuls. Mais comme on n'est pas une femme de leur famille ou un homme de leur famille, ils ne vont pas en parler. On va dire nan nan , en gros c'est bon, c'est bon, c'est en général les mots qu'ils connaissent, "c'est bon, ça va". Et après, en communiquant avec la famille, on s'aperçoit, même en regardant, on s'aperçoit qu'en fait l'épouse ou le fils en fait accompagne le patient faire sa toilette. On se dit bah mince. Mais en fait c'est juste que lui, dans sa conception, dans sa culture, c'est pas possible en fait de se montrer à nu ou de dévoiler en fait à quelqu'un qui n'est pas de sa famille.

69 On va avoir le problème sur certaines plaies parce qu'il y en a qui ont des fois des endroits qui sont à des endroits qui sont compliqués, notamment je pense aux escarres sur des personnes qui se déplacent pas beaucoup, qui peuvent arriver au niveau des fesses et donc c'est un peu pareil que pour la toilette en fait, c'est des choses qu'ils ont pas envie de montrer à quelqu'un qui n'est pas de leur famille. Ils vont avoir du mal effectivement à en parler.

70 :04 - :09

71 Intervenant 1

72 Et ça c'est d'autant plus sur les personnes qui parlent pas français?

73 :12 - :19

74 Intervenant 2

75 Bien en fait c'est plus compliqué chez les personnes qui parlent pas français. Parce que en fait, ceux qui parlent français, on va avoir des commentaires ou des mots, des fois qu'on va reconnaître qui peuvent s'assimiler à de la douleur ou des choses comme ça, alors que les autres, en fait, on ne va pas avoir... parfois juste le terme "aïe" ne se dit pas pareil en français que dans une autre langue. En fait, la manière d'exprimer la douleur est pas la même et du coup on peut passer à côté en fait de trucs comme ça. Et des fois on s'en rend compte peut être ça peut arriver quatre cinq jours derrière.

76 :23 - :20

77 Intervenant 1

78 Comment ?

79 :22 - :14

80 Intervenant 2

81 Ben parce qu'on tombe pile au moment où il est en train de faire une action qui lui fait mal et on le voit se crispé et donc là on dit "Il y a un truc". Mais parce qu'on le voit en fait.

82 :16 - :17

83 Intervenant 1

84 Et à ce moment là, qu'est ce que tu fais?

85 :17 - :21

86 Intervenant 2

87 Et bien à ce moment là, moi ce que j'essaye de faire c'est... Déjà j'arrête le patient. Mais. J'essaie déjà en fait avec des mots simples, donc en général "aïe" ou je montre la zone qui me semble être douloureuse. Si la communication passe pas du tout, j'essaye aussi un petit peu avec du Google traduction ou une collègue justement aux alentours si c'est la langue qui est là, c'est une langue qu'elle sait, qu'elle sait parler. Et sinon, sinon je montre le téléphone en mode appeler pour éventuellement appeler quelqu'un et là auquel cas on essaye de voir le patient, si lui il me file son téléphone c'est que il veut que j'appelle sa famille. Sinon moi j'essaye d'appeler quelqu'un qui parle la même langue pour avoir l'information.

88 Du coup ça, là en l'occurrence, ça vient. Je vais pas jusqu'à dire que du coup il y a un retard sur l'immédiat, mais en tout cas il y aura eu un retard effectivement par rapport au moment où il a commencé à avoir la plaie, potentiellement une plaie ou douleur qui s'est aggravée dans le temps, avant qu'on puisse réagir et du coup qui amène à des choix ou des retards de prise en charge et donc un allongement du traitement. Donc là je parlais pour un truc spécifique qui était vraiment les escarres, mais ça peut être pour plein de choses, ça peut être il est tombé, il n'a pas osé nous le dire. En plus la chute c'est compliqué puisque les gens ont des fois un petit peu honte de dire qu'ils se sont cassés la figure, parce que ça a souvent ça les met en échec en fait, dans leur autonomie.

89 Et même les personnes qui parlent français ont déjà du mal à dire qu'ils ont chuté. Donc quelqu'un qui parle pas, il va chuter, il va se cogner quelque part, il ne va pas nous l'avoir dit et du coup ça peut être léger, comme ça peut avoir des conséquences parce qu'il est sous anticoagulants, parce que du coup il y a des complications derrière.

90 Il s'est cogné à un endroit qui peut occasionner des lésions graves et du coup on l'a pas vu tout de suite et donc ce genre de choses.

91 :09 - :10

92 Intervenant 1

93 À quel moment tu fais appel à un collègue pour interpréter ?

94 :12 - :16

95 Intervenant 2

96 Dès que je sens qu'il y a autre chose que juste "ça va" ou "j'ai mal". Les patients savent quand même montrer quand ils ont envie de communiquer. En général, ils commencent à faire des phrases longues dans leur langue et là on voit que du coup ils ont besoin de dire quelque chose. Ou alors ils nous montrent le téléphone. Tout de suite ils vont prendre le téléphone pour appeler quelqu'un de leur famille. Et donc du coup, dès que je vois qu'il y a nécessité de phrases un peu plus longues, où c'est que c'est autre chose que j'ai mal ou quoi que ce soit, donc c'est qu'il y a besoin effectivement interprète, auquel cas je vais directement me diriger vers quelqu'un pour interpréter, soit électronique. Les dessins ça a ses limites aussi, donc c'est pas trop possible dans ces cas-là. Moi ça va parce que je dessine pas trop mal mais par contre les patients ça peut être compliqué. Ils dessinent pas tous bien.

97 :09 - :01

98 Intervenant 1

99 Et est ce que tu peux me parler de situations où des collègues ont interprété pour toi ?

100 :03 - :15

101 Intervenant 2

102 J'en ai plein en fait, c'est presque plus compliqué de trouver un exemple précis.

103 :17 - :14

104 Intervenant 1

105 Pas forcément, disons précis. Mais qu'est ce qui te vient à l'esprit quand tu pense à ces situations là ?

106 :16 - :18

107 Intervenant 2

108 Bah tout simplement des patients qui sont constipés, ça arrive assez souvent. Euh c'est à dire que ils essaient de faire des langages des signes, je comprends pas, je vois très bien qu'ils veulent me dire autre chose, je comprends pas. J'appelle une collègue. Par exemple, on a beaucoup de collègues qui parlent arabe ou kabyle. Et donc du coup, quelqu'un qui parle arabe ou kabyle, je vois qu'il commence à faire des phrases un peu longues, donc ça veut dire qu'elle veut m'expliquer quelque chose qu'on peut pas me montrer parce que les gestes me disent rien. Là je vais du coup appeler une de mes collègues dans un des étages pour qu'elle vienne et qu'elle me fasse la traduction. Ça peut être aussi: Je sais que je vais devoir expliquer quelque chose à un patient qui va être compliqué, que je pourrais pas faire avec des signes, des dessins ou quoi que ce soit.

109 Par exemple, un rendez vous, il a un rendez vous de radio dans la journée. Il faut l'informer qu'il va avoir une radio et la raison de la radio. Là, je vais appeler, je vais aller en fait dans la chambre en ayant déjà anticipé le truc et donc en ayant appelé une collègue. Soit en l'ayant par téléphone, soit en lui demandant tout simplement de venir.

110 :05 - :20

111 Intervenant 1

112 Comment ça va se passer à ce moment là ? Quand vous êtes à trois dans..

113 :22 - :02

114 Intervenant 2

115 Quand c'est une information du coup que j'ai déjà à l'avance, en général je lui communique en avance. Ca dépend aussi un peu de l'activité, des fois du service. Soit j'ai beaucoup d'activité, auquel cas je lui demande si elle peut aller du coup prendre le relais et passer l'information à ma place. Soit il n'y a pas besoin que je sois ailleurs et auquel cas effectivement on est trois, donc soit elle me rejoint dans la chambre, soit elle me rejoint avant et on rentre ensemble. Soit je lui ai déjà donné l'information en amont, soit je la donne en fait au patient, donc elle l'interprète. En général les gens interpellent le patient, en disant "attendez on a un truc à vous dire". Du coup je lui fais la traduction à elle et elle traduit au patient. Et si le patient pose une question, si c'est pas une question auquel elle peut répondre, elle me retraduit en fait la question et répond la question. Elle fait le pivot quoi. La personne.

116 :09 - :01

117 Intervenant 1

118 Et si c'est une question à laquelle elle peut répondre, elle va répondre?

119 :03 - :04

120 Intervenant 2

121 Oui elle va répondre. Dans tous les cas, on se fait des compte rendus à la fin.

122 :06 - :10

123 Intervenant 1

124 Tu sais tout ce qui s'est dit entre les deux.

125 :11 - :24

126 Intervenant 2

127 Oui je sais tout ce qui s'est dit entre les deux.

128 :00 - :06

129 Intervenant 1

130 Et ça c'est important?

131 :08 - :19

132 Intervenant 2

133 Ça c'est important parce qu'il y a des choses, des fois auxquelles une oreille fait pas attention. Et une deuxième écoute, en fait, à distance, te permet d'identifier autre chose.

134 :21 - :14

135 Intervenant 1

136 Tu me disais c'est 90 % du temps où tu fais appel à la famille?

137 :14 - :16

138 Intervenant 2

139 Oui, c'est la famille, mais la famille en général hésite pas à dire quand ils sentent que le patient est stressé derrière la question ou quoi que ce soit. Donc en fait, j'ai pas forcément besoin de refaire un débriefing parce que eux, naturellement, ils vont tous me traduire directement.

141 Intervenant 1

142 J'allais te demander, c'est quoi la différence entre quand c'est une collègue qui interprète et la famille pour toi?

143 :04 - :01

144 Intervenant 1

145 En fait, je pense que la famille, connaissant mieux le patient justement, va être plus sensible à une partie du non-verbal. Donc l'anxiété, une manière de phraser qui n'est pas habituelle. Et donc ils vont mettre en fait des sous titres que mes collègues vont pas forcément mettre parce qu'on n'a pas le même recul sur le patient et que du coup on ne connaît pas forcément ses habitudes et ces choses comme ça. Donc je dirais qu'en fait, la famille m'apporte presque plus d'informations que quand c'est mes collègues qui traduisent.

146 T'aurais une préférence entre les deux?

147 :02 - :21

148 Intervenant 2

149 En fait, ce qui est délicat, c'est que ça dépend du type d'information qu'on a besoin d'apporter. Parce que, même si on a une personne de confiance, il peut y avoir des informations que le patient ne veut pas communiquer à sa famille. Donc c'est toujours très délicat. C'est pour ça que c'est compliqué par téléphone, quand le patient de lui même, il appelle un membre de sa famille pour nous le passer. Parce qu'il y en a effectivement qui sont 100 % "dites tout à ma famille, ils vont tout me dire". Mais il me semble que le médecin, en tout cas pour les informations sensibles, préfère que ce soit une collègue qui donne l'information plutôt que ce soit la famille.

150 Le médecin préfère?

151 :17 - :17

152 Intervenant 2

153 Oui, le médecin mais même nous en fait. Mais de base, en fait les annonces importantes, c'est pas les infirmiers qui les font, c'est les médecins. Donc quand il y a une aggravation de l'état de santé, un

diagnostic particulier qui nécessite un type d'annonce spécifique, c'est pas nous qui allons l'annoncer en tant qu'infirmière, même si en l'occurrence si jamais la personne qui parle la langue est une infirmière, là oui c'est l'infirmière qui va le dire, mais en présence du médecin.

154 :06 - :04

155 Intervenant 1

156 Hum. C'est des situations que t'as pas vécu?

157 :08 - :05

158 Intervenant 2

159 C'est pas des situations qu'on a vécues parce qu'en général, sur des diagnostics vraiment très graves, les patients sont déjà soit repartis, soit plus dans le service. Étant donné qu'on fait essentiellement de la rééducation et les cas où on a eu des patients dans des états graves, ils parlaient français. On n'a pas eu en fait le problème de communication avec un patient qui allait décéder ou quoi que ce soit.

160 :07 - :18

161 Intervenant 1

162 Tu me disais donc, ça dépend des situations, si tu préfères que ce soit la famille ou...

163 :20 - :04

164 Intervenant 2

165 C'est ça, c'est que c'est très dépendant. C'est à dire que sur des choses très formelles, très médicales, très protocolaires, type des annonces de médicaments ou des annonces de diagnostic, c'est mieux que ce soit un professionnel. Quand il s'agit de s'enquérir de choses un peu plus qui ont attrait à l'état du patient, à comment ils se sent, des choses qu'ils auraient éventuellement à signaler, c'est effectivement mieux la famille, parce que ils ont une deuxième lecture en fait du patient, avec l'habitude, avec le vécu qu'ils ont avec eux, que les soignants n'ont pas.

166 :06 - :14

167 Intervenant 1

168 Si tu devais me donner des conseils, si j'étais à ta place maintenant et que j'avais un patient qui parle pas français, quel conseil tu me donnes ?

169 :16 - :22

170 Intervenant 1

171 (Rire)

172 Un conseil à te donner si jamais tu étais face à un patient qui parle pas français ? Bah déjà c'est d'essayer d'identifier la langue, ce qui n'est pas facile. (rires) Parce qu'il y a beaucoup de langues différentes(rires). Bon après il y a les classiques qu'on arrive

173 à reconnaître comme le portugais, l'arabe et encore des fois, moi je me fais avoir entre l'arabe et le kabyle.

174 :04 - :14

175 Intervenant 1

176 ça t'arrive d'appeler une mauvaise collègue?

177 :19 - :18

178 Intervenant 3

179 Ça m'est arrivé d'appeler une mauvaise collègue en disant "tu peux venir parce que je comprends

pas". Elle me dit ah ouais non là, elle parle le kabyle, elle parle pas arabe.

180 Ça arrive, on a les deux, donc ça va. On change juste de collègue. (rires)

181 Donc si je devais donner un conseil donc c'est d'identifier la langue d'abord.

182 Et puis, n le meilleur quand même, c'est un interprète, puisque Google Traduction, c'est bien, mais ça va vraiment bien pour du basique de chez basique. Dès qu'on part dans des choses beaucoup plus compliquées comme des termes médicaux ou des choses un peu plus complexes. On le voit très bien quand nous même on essaie de faire des phrases simples, des fois y passent à côté, au niveau du mot ou des termes.

183 Donc le sens global ça aide, mais tout seul c'est pas l'idéal. On va dire que ça dépanne, mais le mieux c'est de trouver quand même quelqu'un qui parle la même langue.

184 :15 - :22

185 Intervenant 1

186 Quels conseils tu me donnerais pour gérer une consultation, une communication avec le patient, avec une collègue qui interprète ?

187 :24 - :05

188 Intervenant 2

189 Alors le mieux, si t'as un entretien effectivement avec quelqu'un qui parle pas français, c'est déjà d'avoir en amont vu avec la collègue interprète le sujet de l'entretien. Pour qu'elle ait aussi un idée, une idée du

contexte. Parce que ça c'est important.

190 Et d'avoir fait un bref résumé en fait de la situation, tout simplement du patient. Parce que mine de rien, ça permet quand même de contextualiser un peu l'entretien. Moi personnellement, enfin après c'est mon choix personnel parce qu'il y a plusieurs manières de le faire. Il y a la partie où on dicte les questions à l'interprète et l'interprète du coup traduit en triangle.

191 :12 - :04

192 Intervenant 1

193 Elle traduit les réponses et les questions.

194 :04 - :12

195 Intervenant 2

196 Voilà, exactement. Il y a le type d'entretien où elle prend le relais, donc elle a tout le guide de l'entretien et c'est elle qui va mener l'entretien.

197 :12 - :09

198 Intervenant 1

199 Et là tu vas partir ou tu reste?

200 :09 - :11

201 Intervenant 2

202 Moi je resterais. Parce qu'il y a dans le soin en tout cas, beaucoup de non verbal qu'on sous-estime et qu'au téléphone, on ne peut pas capter. Donc que ce soit des jeux de regards, que ce soit des manières de se tenir, des manières de tourner la tête. Parce que on peut très bien dire "oui" et faire "non" de la tête et donc en fait, moi, je resterais pour être là pour toute la deuxième lecture en fait du patient, parce qu'il y a une lecture orale, mais il y a aussi une lecture physique. Donc même si on n'est pas la personne qui guide l'entretien, on peut quand même être un appui pour avoir une idée plus globale de tout ce qui se passe.

203 Et après y'aurait une concertation avec la collègue pour débriefer aussi de comment elle a senti la chose. Et puis du coup de moi comment j'ai ressenti aussi, comment s'est passé l'entretien, en ayant peut être pas la langue, mais en ayant la gestuelle.

204 :24 - :19

205 Intervenant 1

206 Ok mais après ça reste ton patient?

207 :21 - :24

208 Intervenant 2

209 Mais ça reste quand même mon patient. C'est ce qui est compliqué en tout cas ici, qui peut peut être éventuellement être fait à l'autre CCN, c'est qu'on n'est qu'une seule infirmière par étage. Alors que là bas, en général, ils sont au moins deux ou trois et que du coup, en étant seul un peu capitaine à bord, c'est compliqué de demander en fait à la collègue quand elle a fini son tour de passer à l'étage du dessus parce qu'elle doit prendre en charge ce patient là.

210 Donc en fait organisationnellement parlant ça peut être assez lourd et compliqué et donc on a pas trop la possibilité.

211 :20 - :10

212 Intervenant 1

213 Et les les patients sont pas mis dans les étages en fonction de leur langue.

214 :10 - :24

215 Intervenant 2

216 Non. Parce que nous ici on change d'étage toutes les trois semaines.

217 :01 - :23

218 Intervenant 1

219 Donc tu as quand même la possibilité d'appeler une collègue même si elle est toute seule sur son étage?

220 :23 - :20

221 Intervenant 2

222 Même si elle, même si elle est seule infirmière elle prévient l'aide soignante, parce que ça arrive qu'on bouge en fonction des besoins des autres étages, on compte beaucoup sur la solidarité ici. On a la possibilité de renvoyer les sonnettes dans les autres étages.

223 :22 - :12

224 Intervenant 1

225 C'est à dire ?

226 :12 - :00

227 Intervenant 2

228 C'est à dire que les patients qui ont un espèce de bip dans les chambres, si jamais ils ont besoin, ils appuie dessus. Et en fait, on a la possibilité de renvoyer l'alarme de ces bip dans les autres étages. Quand on doit s'absenter, en général, on prévient l'aide soignante du service qui est quand même formé aux premiers gestes d'urgences en cas de problème. On lui laisse le téléphone, comme ça elle peut contacter la collègue du service dans lequel on va. Et du coup, et on va effectivement dans l'autre étage, sans pour autant que le service soit complètement délaissé.

229 :18 - :12

230 Intervenant 1

231 Et si on revient donc sur cette situation avec une collègue qui interprète, c'est quoi les difficultés principales pour toi dans cette situation ?

232 :13 - :18

233 Intervenant 2

234 Ben c'est l'après en fait. Parce qu'au sur le moment, elle traduit ça va, on arrive à voir à peu près tout ce que le patient veut. Sauf qu'en fait, derrière, elle reste pas en permanence, elle retourne à son étage et donc on se retrouve à nouveau avec le patient qui parle pas la même langue et qui du coup, on est toujours en train de se demander est ce que vraiment il soutient pas de dire quelque chose parce que je comprends pas ou est ce que... Ce genre d'interrogation. Même si en général, quand ils ont vu qu'il y avait une personne déjà qui parlait, ils retiennent bien le prénom (rires). Et quand ils ont besoin de dire quelque chose, ils disent le prénom de la personne. Par exemple une des collègues qui est là aujourd'hui, bah Malika. Donc ils te regarde ils te disent "Malika".

235 :16 - :05

236 Intervenant 1

237 Et toi tu l'appelles?

238 :05 - :00

239 Intervenant 2

240 En général je l'appelle. Et puis haut parleur et roule ma poule.

241 :02 - :13

242 Intervenant 1

243 C'est quand même plus souvent dans ce moment là aussi les proches?

244 :15 - :08

245 Intervenant 2

246 Ça peut être aussi les proches, ça dépend de ce qu'ils ont envie de dire. En général, quand c'est des choses plus personnelles, ils vont appeler leurs proches. Quand c'est des choses plus médicales, ils vont demander à appeler une collègue.

247 :10 - :05

248 Intervenant 1

249 Est ce que ta manière de t'adresser au patient change en fonction de si c'est médié par un interprète ou pas, ou si la personne ne parle pas français ?

250 :07 - :14

251 Intervenant 2

252 En fait, je parle beaucoup avec les mains. Donc je vais pas avoir tendance à beaucoup changer. Ce qui va changer, c'est ma manière de parler, forcément. Avec quelqu'un qui parle pas français, je vais avoir tendance à mettre plus des mots que des phrases.

253 :01 - :23

254 Intervenant 1

255 Même s'il y a une interprète?

256 :00 - :13

257 Intervenant 2

258 S'il y a une interprète, non. Pour le coup, là je vais plutôt être passive, je vais être un peu plus passive. Ou alors je vais quand même communiquer avec les mains. Mais comme c'est quelqu'un qui comprend ce que je lui raconte, ouais, je vais et je vais faire des vraies phrases. C'est quand je suis en face du patient, qu'il n'y a pas d'interprète, que je vais avoir tendance à faire des phrases beaucoup plus courtes, aller plutôt sur des mots très très très larges en fait. Donc mal, douleur. Ça va être "bien", "Ok", Des mots un peu international qui peuvent être compris d'un peu partout avec l'essor d'internet, etc. Mais quand il y a l'interprète, je vais m'exprimer de manière normale puisqu'elle parle français. Bon après les gestes, j'ai toujours tendance à parler avec les mains. Mais c'est vrai que je vais avoir moins de gestuelle que quand je vais parler moi directement avec quelqu'un qui comprend pas. Même inconsciemment, je vais avoir tendance à grossir le geste, quand je sais que la personne comprend pas. Donc par exemple, quand je lui parle de la tension, si je parle de prendre la tension à quelqu'un qui parle français, je vais juste lui dire bah on va vous prendre la tension. Donc j'ai tendance à me montrer quand même. Mais quand c'est quelqu'un qui parle pas, je vais plutôt avoir tendance à prendre mon bras, à serrer.

259 :19 - :07

260 Intervenant 1

261 Et ça tu vas le faire aussi si il y'a une interprète?

262 :09-:11

263 Intervenant 2

264 Et ça non, s'il y a l'interprète... En fait je sais pas, il y a un moment où je contrôle pas et en fait c'est comme si je parlais au patient, ça m'arrive (rires).

265 Mais globalement non. Je vais faire comme si je parlais avec. quelqu'un.

266 :18 - :17

267 Intervenant 1

268 Tu parles à l'interprète quand elle est là, tu parles pas au patient?

269 :19 - :12

270 Intervenant 2

271 Ben justement si, c'est pour ça que je dis que ça dépend. C'est qu'en fait il y a des moments où je vais parler en face du patient, et comme je vais oublier qu'il comprend pas tout, mais je vais quand même avec les gestes et je vais dire "ah ouais non c'est vrai qu'il comprend pas et du coup je redirige vers la collègue interprète. Mais je reste toujours avec un contact visuel avec le patient. Je l'ignore pas complètement de la communication, c'est que je regarde ma collègue quand je lui parle, mais en attendant les réponses je me tourne vers le patient.

272 :10 - :15

273 Intervenant 1

274 C'est quoi pour toi les fonctions principales de l'interprétation pour les soignants ?

275 :17 - :08

276 Intervenant 2

277 J'ai pas compris la question.

278 :10 - :07

279 Intervenant 1

280 C'est quoi les objectifs ? Qu'est ce que l'interprétation vous apporte en tant que soignant?

281 :09 - :20

282 Intervenant 2

283 Des informations plus précises. Et des informations tout simplement. Parce que, le non-verbal bien, a ses limites. Par exemple, les douleurs, on peut, on peut le voir effectivement sans avoir besoin de connaître le mot, puisqu'il y a des mimiques faciales et on peut désigner effectivement une zone, mais il y a des choses un peu plus subtiles qui ont attiré effectivement à la vie quotidienne, au devenir. Il y a certains aspects de la prise en charge qui nécessite des détails et des termes qu'on ne peut pas mimer. Et en fait, l'interprétation permet vraiment de pouvoir pointer et identifier ces éléments auxquels on n'aurait pas eu accès si on l'avait pas.

284 :08 - :17

285 Intervenant 1

286 Et à l'inverse, qu'est ce que ça permet pour le patient ?

287 :19 - :03

288 Intervenant 2

289 Ben je pense que ça le rassure. Ca se voit même que ça réduit beaucoup l'anxiété des patients. On a en général un avant et un après la communication, donc l'interprétation. Très souvent, les patients sont tendus ou crispés, douloureux même parfois plus douloureux, avant des communications dans leur langue, donc une interprétation.

290 Et après avoir pu discuter et exposer ce qu'ils ont parce que c'est pareil, il y a tout un aspect psychologique à l'hôpital, surtout après une chirurgie. Quand les patients communiquent, n'ont pas la possibilité de communiquer dans leur langue, ils ont pas forcément la possibilité de s'exprimer sur ce qu'ils ont vécu et. Et donc ça, c'est quelque chose qui pèse et qui se surajoute à l'ambiance générale. Le fait de ne pas comprendre ce qui leur arrive, ce qu'on est en train de leur faire, pourquoi on leur fait, etc. Et oui, on voit une différence entre le avant et le après. Donc des gens tendus, fermés, plutôt l'air grave, peuvent se transformer en des personnes souriantes qui sortent de la chambre, même avec une posture plus ouverte.

291 :08 - :23

292 Intervenant 1

293 Que ce soit avec des collègues ou alors la famille?

294 :23 - :09

295 Intervenant 2

296 Peu importe. Parce que le simple fait d'avoir eu une explication sur des choses ou d'avoir pu exprimer quelque chose, en fait permet... il y a une ouverture, on voit la différence.

297 :11 - :11

298 Intervenant 1

299 C'est quoi pour toi le plus important dans la relation avec les patients ?

300 :13 - :13

301 Intervenant 2

302 Mais justement, le plus important pour moi c'est la communication.

303 :15 - :07

304 Intervenant 1

305 Ca veut dire quoi une communication réussie ?

306 :10 - :15

307 Intervenant 2

308 Mais une communication réussie, c'est quand l'un comme l'autre a pu échanger ce qu'il avait en tête, ce qu'il ressentait et a pu se faire comprendre sur ce qu'il voulait dire. Donc je repars sur la douleur, mais c'est le truc un peu bateau et évident. Savoir qu'on a mal, mais qu'il y a personne qui nous comprend, c'est compliqué. Savoir que j'ai mal, je l'ai dit et en face on m'a compris et en plus j'ai une réponse, ça change complètement la perception. Et en fait ça permet de voir qu'on est pas juste présent là, mais qu'on a pas juste un rôle en gros de poteau et que il y a vraiment des actions qui peuvent en découler pour au contraire pallier ou tout simplement régler les problèmes existants.

309 Et la communication, c'est important parce que du coup ça permet de faire passer des messages. Si il y a qu'un morceau, c'est à dire la parole, mais que derrière il n'y a pas la compréhension. On a que la moitié de l'information et donc on va crier au monde entier qu'on a mal, si y a personne qui le comprend, on va continuer à avoir mal. Sans que rien ne soit fait derrière.

310 :14 - :21

311 Intervenant 1

312 Et ça pour toi, c'est c'est possible dans ton expérience, Est ce que tu atteints cette communication avec des personnes qui parlent pas français ? Tu penses que les moyens que vous mettez en place sont efficaces ?

313 :21 - :12

314 Intervenant 2

315 Oui. Pas toujours. En fait, ils finissent par l'être, même si malheureusement, il y a du retard parfois. Mais bon, ça c'est un peu les biais de ce genre de communication. Et puis bah l'un des biais ça va être la disponibilité tout simplement des interprètes. Parce que si on parle, si on parle nous mêmes, ça va, on est directement présent, on a la réponse instantanément. Mais du coup, si on doit compter sur quelqu'un d'autre, on compte aussi du coup sur la disponibilité de la personne et du coup, il peut y avoir des temps de latence sur l'arrivée de l'information. On finit toujours plus ou moins par l'avoir, mais avec plus ou moins de temps de retard.

316 :20 - :12

317 Intervenant 1

318 Donc selon toi, ça fonctionne la relation ?

319 :14 - :04

320 Intervenant 2

321 ça fonctionne, ça fonctionne, ça fonctionne, mais ça pourrait être plus efficace.

322 :06 - :05

323 Intervenant 1

324 Hum, Comment ça pourrait être plus efficace ? Comment tu me décrirais une situation idéale dans ce service ?

325 :07 - :21

326 Intervenant 2

327 Une situation idéale ? Ce serait d'avoir des outils informatiques plus performants s'il en existe sur les traductions instantanées.

328 :01 - :12

329 Intervenant 1

330 Ok.

331 :14 - :19

332 Intervenant 2

333 Ça pourrait effectivement être un moyen beaucoup plus rapide et plus efficace de communiquer. Après, malheureusement, c'est pas infallible. Il peut encore y avoir des problèmes de réseau etc etc. Des spécificités, ou alors on tombe sur une personne qui sait pas lire, parce qu'il y a beaucoup de choses orales et qu'en général les outils sont plus écrites que oraux et que pour écrire, bah il faut savoir écrire. C'est pas le cas de tout le monde. Il y a ça aussi. Après ce serait ce serait d'avoir plusieurs personnes référentes d'une langue parce qu'on a en général une personne référente pour une langue, mais d'en avoir plusieurs. En fait, ça permettrait qu'on ait une solution de repli si jamais la première personne qu'on a contacté est pas disponible.

334 :02 - :07

335 Intervenant 1

336 Dans cette liste que j'ai vu. Enfin, j'ai vu une liste. Il y a plusieurs personnes pour chaque langue, mais c'est pas toutes du même service.

337 :09 - :06

338 Intervenant 2

339 Non, mais ça pose pas forcément de problème le fait qu'elles soient pas dans le même service. Parce que de tout façon ça va être par téléphone.

340 :08 - :07

341 Intervenant 1

342 D'accord.

343 :09 - :05

344 Intervenant 2

345 Sauf si elles sont effectivement déjà dans l'établissement. Mais nous, en l'occurrence, on en a beaucoup qui sont au CCN, c'est l'autre. Comment on est l'établissement physiquement, géographiquement distinctes, qu'elles soient en réa ou qu'elles soient en USIC, en fait, on va être obligé de les appeler.

346 :07 - :20

347 Intervenant 1

348 Donc la plupart des situations dont tu me parlais sur téléphone, ça arrive rarement, que ce soit en physique.

349 :22 - :24

350 Intervenant 2

351 Ben quand c'est quand c'est de l'arabe ou du kabyle, c'est du physique. Je crois qu'on a aussi une qui parle une des langues du Cameroun et une qui parle le Béninois. Mais en fait si c'est pas des collègues de toute façon qui sont sur place, c'est toujours un peu compliqué. Et en plus il a des question d'équipes/contre équipes donc parfois elles sont pas sur notre roulement, elles sont sur la contre équipe donc de toute façon là elles sont de repos, donc ça va être un coup de fil.

352 :14 - :04

353 Intervenant 1

354 Même en repos elles répondent?

355 :09 - :04

356 Intervenant 2

357 Alors justement, non, pas forcément. Et même nous on est un peu réticents des fois à les appeler sur du repos. Donc quand c'est des collègues qui travaillent pas, on a plutôt tendance à appeler la famille.

358 :22 - :22

359 Intervenant 1

360 Tu m'as dit que parfois tu t'es aussi traduit en anglais. Tu peux me décrire comment ça s'est passé aussi ? Si ça s'est passé souvent?

361 :24 - :15

362 Intervenant 2

363 Souvent, non je dirais je pas très souvent parce que en fait, ça dépend des périodes et ça dépend surtout d'où viennent les patients. Parce que je crois que ceux qui parlent le plus l'anglais, c'est soit ce sont les pays anglophones, soit c'est arrivé une ou deux fois qu'on ait des Allemands, donc plutôt pays européen, mais de proche France .

364 Et encore non, même pas parce que Italie ils parlent pas anglais, espagnol et portugais, ils parlent pas anglais, donc plutôt Allemagne. Et sinon c'est beaucoup Pakistan. Ils parlent beaucoup l'anglais. Les jeunes, pas les parents ou grands-parents. Donc avant 40 ans, ça va l'anglais, mais après c'est assez compliqué. Donc en réalité, l'anglais, j'ai pas eu besoin de beaucoup trop l'employer et les biais que j'ai, c'est que souvent comme c'est pas des anglophones. Eux mêmes, il y a des problèmes dans la traduction. Enfin dans la communication, c'est à dire qu'ils vont pas avoir tous les mots, ils vont pas pouvoir exprimer certaines subtilités.

365 Donc c'est pareil, ça a beaucoup ses limites. C'est pratique, ça peut être utile comme moyen de communication intermédiaire, mais pour avoir des informations plus précises, c'est quand même mieux d'avoir la langue d'origine.

366 :18 - :23

367 Intervenant 1

368 Et la plupart du temps l'anglais c'est pas leur langue d'origine. Donc les fois où toi t'as été sollicité pour traduire..?

369 :00 - :05

370 Intervenant 2

371 C'était Pakistan, Inde et c'était Allemagne.

372 :07 - :06

373 Intervenant 1

374 Et ça a fonctionné?

375 :10 - :10

376 Intervenant 2

377 Ça a fonctionné. Oui. En tout cas, les informations les plus importantes ont pu être passées dans un sens comme dans l'autre.

378 :12 - :06

379 Intervenant 1

380 C'était dans quel contexte ? Vous étiez à trois avec un collègue ?

381 :06 - :03

382 Intervenant 2

383 Oui comme je te disais avant, c'était le même principe. Il y a eu un souci de communication, je crois que c'était des médicaments ou un truc comme ça. Et en fait, du coup, c'était pour comprendre à quoi ça servait et qu'est ce que c'était pourquoi on lui donnait. C'était un changement de prescription en fait.

384 Et puis d'autres fois, c'était tout simplement pour faire des examens complémentaires qu'on allait faire passer aux patients et pour communiquer la date, l'heure et la raison de l'examen.

386 Intervenant 1

387 Et à ce moment là, toi t'as pris un rôle de seulement interprète où tu étais infirmière interprète?

388 :12 - :07

389 Intervenant 2

390 Ben là, en l'occurrence. Ils ont pas posé plus de questions. Enfin pour le médicament si donc du coup j'avais aussi ma double casquette infirmière même si je traduais en même temps, ce que le patient m'expliquait

parce que pour le cas où il y a eu les médicaments.

391 Elle m'a brièvement expliqué et j'en ai déduit aussi parce que c'était une mise en place d'antibiotique, mais du coup j'étais quand même dans l'expectative parce qu'elle devait expliquer aux patients pourquoi il avait des antibiotiques, mais ça ne l'avait pas dit en amont. Elle me l'a dit en même temps que je passais les informations.

392 Donc ce qui est quand même des choses assez simples, qui nécessite pas des explications énormes, ni forcément d'avoir la casquette d'infirmière ou aide soignante parce que "vous avez des antibiotiques, on vous les donne parce que vous avez une infection à tel endroit". Et puis il y a en général, il n'y a pas de demande plus poussée de la part des patients. Il a eu le médicament, pourquoi on lui donne, en général il pose pas plus de questions. De toute façon quand il y a une infection, ils vont rarement chercher le "comment je l'ai attrapé", sauf quand c'est le covid et la grippe. Là par contre... là c'est "mais c'est qui qui me l'a refilé".

393 :07 - :24

394 Intervenant 3

395 Mais sinon en général ils demandent pas trop.

396 :01 - :11

397 Intervenant 2

398 Après pour pour les autres cas, comme c'était juste des choses très formelles comme donner un rendez vous, il n'y a pas eu beaucoup plus de communication donc il y avait pas besoin d'avoir une casquette infirmière ou autre. C'était vraiment juste pour donner l'information. Il y a eu peut être une fois où il a demandé exactement en quoi ça consistait l'examen et où là du coup, je prenais ma casquette d'infirmière pour expliquer.

399 :17 - :04

400 Intervenant 1

401 Parce que là, vous pensez que vous traduisez pas la question?

402 :06 - :23

403 Intervenant 2

404 Si je la traduis quand même. Mais du coup, comme elle est infirmière et que moi aussi, que je connais aussi la réponse à la question. Je traduis par acquit de conscience et du coup je lui ai expliqué au patient directement. Donc dans tous les cas, il y a quand même le débriefe à la fin. Donc je lui ai dit que du coup je lui ai expliqué ce qu'était l'examen parce qu'il me l'a demandé. Dans tous les cas, il y a quand même un débriefing à l'issue à l'issue de l'entretien.

405 :00 - :17

406 Intervenant 1

407 La prise en charge de ce patient qui parle pas français en général vous paraît plus compliquée? Longue?

408 :20 - :14

409 Intervenant 2

410 Elle est un peu plus longue, un peu plus compliquée. Et on ne peut pas s'empêcher en fait de se demander si on passe pas à côté de quelque chose. Parce qu'il y a des subtilités aussi dans la langue française, parce qu'il y a des choses qui, sans les mots, passent pas forcément, qu'on se dit que bah on aurait pu faire mieux, on aurait pu proposer telle ou telle chose, mais le problème c'est qu'ils parlent pas la langue, donc c'est compliqué et que du coup parfois .. Ben notamment quand en ce qui concerne les éducations, par exemple, l'éducation thérapeutique, c'est compliqué de les réaliser chez des patients qui parlent pas la langue. Parce que si encore c'est l'infirmière qui parle la langue, qui est référente et qui parle la langue, il y a possibilité que l'infirmière traduise directement au patient. Après on utilise énormément en ce qui concerne les éducations, la famille, mais on a des ateliers de groupe avec plusieurs patients auxquels c'est compliqué en fait de faire participer ces patients là, notamment des groupes de parole et ce genre de choses. Parce qu'on sait qu'ils vont pas pouvoir communiquer en fait. Alors il peut y avoir d'autres patients à l'intérieur qui parlent la même langue. En général, on essaye. Même les kinés font beaucoup ça, tout comme ils font vraiment tous les étages, ils voient vraiment tous les patients de l'établissement en même temps, ils arrivent à rapprocher en fait des gens d'une même communauté, ce qui permet en fait de créer des liens et de la communication et aussi participer à apaiser parfois un peu de stress, un peu d'anxiété de la part des patients. Mais tout ce qui est effectivement un groupe de parole, etc, c'est très compliqué. Tout ce qui est ateliers diététiques, donc ils sont pareils en groupe, en fait, donc avec beaucoup plus de patients, qui est un peu plus théorique, avec beaucoup de termes déjà de base qui sont un peu compliqué à comprendre pour certains patients qui parlent français, ça peut être très compliqué pour les patients, auquel cas on propose effectivement des documentations dans une autre langue. On n'a pas toutes les langues malheureusement, mais dans certaines autres langues en général, les plus fréquentes, c'est l'arabe. La plus fréquente c'est l'arabe en fait. Ou je crois qu'il y a tamoul aussi. Mais c'est pareil en Inde, il n'y a pas que le tamoul, il y en a plein d'autres. Donc il suffit qu'ils viennent de la région d'à côté, c'est pas la même langue, ça peut être de l'hindi, ça peut être plein de choses et donc ces ateliers là, c'est compliqué. On propose en général à la famille s'ils souhaitent y assister en même temps que le patient, pour éventuellement après repasser des informations. Mais c'est pareil, ça fait un tri parce qu'ils peuvent pas traduire en temps réel, parce qu'il y a beaucoup d'informations et que bah ils vont peut être pas tout retenir de l'atelier. Et donc du coup il y a qu'une partie des informations qui va être passée à dans ces cas là, en général on essaye de faire des séances individualisées, mais ça reste quand même assez complexe. Pour ce qui est des grandes éducations, des éducations en tout cas thérapeutique qu'on fait ici, donc insuffisance cardiaque, on a des liens en fait avec des associations à l'extérieur pour assurer le suivi et assurer du coup à l'éducation des langues différentes. Donc ils ont plus de moyens, ils sont plus centrés justement sur le suivi des pathologies pour des patients étrangers.

411 Il y a notamment "créatif" qui est un gros centre qui travaille avec Bichat je crois, et la Salpêtrière, donc deux gros hôpitaux de l'APHP. Et on a aussi un autre organisme qui s'occupe comme ça des anticoagulants. Parce que ça nécessite un suivi un peu particulier pour éviter que les patients soient relâchés dans la nature sans avoir.. Mais ça c'est pour l'après. Ça reste quand même assez complexe et il y a quand même des informations qui ... C'est ça qui est un peu frustrant, c'est que du coup on se dit il y en a certains qui vont avoir moins que des patients qui communiquent en français.

412 :06 - :09

413 Intervenant 1

414 Donc tu dirais que c'est une différence entre la prise en charge?

415 :09 - :10

416 Intervenant 2

417 Il y a quand même une différence entre la prise en charge.

418 :12 - :06

419 Intervenant 1

420 Et qu'est ce qu'on pourrait faire que pour qu'il y ait une égalité de la prise en charge si on avait tout à disposition?

421 :08 - :08

422 Intervenant 2

423 Si on avait tout à disposition, on aurait des soignants, des référents sur place, de chaque corps de métier avec des connaissances dans plusieurs langues, avec des supports dans les langues les plus fréquemment utilisés par les patients qui passent par chez nous. Après ça, c'est un monde idéal. (rires)

424 :10 - :05

425 Intervenant 1

426 Avec ce qui est possible, est ce qu'il y a quelque chose qui toi te paraît faisable et qui est pas fait?

427 :07 - :23

428 Intervenant 2

429 Support papier.

430 :00 - :17

431 Intervenant 1

432 Dans toutes les langues?

433 :19 - :15

434 Intervenant 2

435 En réalité, ce serait même pas toutes les langues, parce qu'on en a plusieurs très récurrentes. Kabyle, tamoul, hindi, pakistanais, même si ça s'appelle pas pakistanais, mais je crois Il y a deux langues au Pakistan. Qui sont des patients qu'on voit très très très très très fréquemment et pour lesquels on pourrait avoir des supports écrits. Et ça prend pas de place. ça peut être un dossier Word sur l'ordinateur qu'on imprime au besoin et pour lequel il a des informations sur sa prise en charge qu'on pourrait être amené à transmettre à l'oral.

436 :16 - :01

437 Intervenant 1

438 Tu parles de traductions de documents qui existent en français?

439 :03 - :06

440 Intervenant 2

441 Là en l'occurrence non, de compléments de documents. Des choses qu'on pourrait être amenées à transmettre à l'oral mais que du coup, là en l'occurrence on pourrait pas, parce que pour les raisons évoquées, donc de manque d'interprètes ou la complexité de la chose. Parce que c'est pareil, quand ça

concerne de l'information médicale, paramédicale et que ça concerne aussi l'étude de l'éducation, c'est des choses qu'on va répéter plusieurs fois aux patients parce que ça rentre pas en une fois.

442 :06 - :05

443 Intervenant 1

444 Aux patients en général?

445 :05 - :18

446 Intervenant 2

447 Oui vraiment tous les patients. Donc quand c'est des patients qui communiquent pas bien dans la langue et qui ont besoin d'interprète, c'est compliqué. En fait on fait presque du battage tous les jours.

448 :20 - :07

449 Intervenant 2

450 C'est à dire que on répète des choses presque tous les jours à certains patients.

451 Donc, ça va être par exemple là sur tout le service. Moi un truc tout bête, c'est que les médicaments, quand je les distribue, j'explique chaque comprimé à quoi ça sert. À tous les patients, à chaque fois que je distribue tous les médicaments. C'est toujours les mêmes médicaments d'un jour à l'autre. Donc c'est de la répétition, c'est des choses qui finissent par rentrer par répétition. Sauf que sur quelqu'un qui parle pas français, je vais pas avoir l'interprète tout le temps à côté de moi tous les jours pour lui expliquer les médicaments, tous les jours. Donc qui va en fait avoir le support papier, s'il y avait un support papier pour ça qui me permet de dire, là il a tous ces traitements dans sa langue, au moins il a la version écrite, qui lui permet d'avoir une référence, et qui du coup compenserait un peu le fait que je puisse pas en fait lui dire à l'oral.

452 :15 - :05

453 Intervenant 1

454 Et que ta collègue soit pas disponible à ce moment là?

455 :05 - :02

456 Intervenant 2

457 Et que ma collègue soit pas disponible à ce moment là.

458 :04 - :02

459 Intervenant 1

460 Pour être bien sûre de bien comprendre, sur quel moment pour toi c'est indispensable d'appeler une collègue et à quel moment c'est sûr que tu ne vas pas prendre le temps, et à quel moment t'es pas sûre?

461 :04 - :05

462 Intervenant 2

463 La distribution des médicaments, c'est le moment où j'appelle vraiment pas, je pense, en systématique. Sauf vraiment un changement de prescription. Et en général, quand il y a un changement de prescription, soit je le fais vraiment un changement de prescription. Et en général, quand il y a un changement de prescription, soit je le fais au moment du changement de prescription, soit je le fais un peu plus tard après, quand la collègue est dispo. Ou alors j'attends la famille qui vient pour réexpliquer les choses. Donc typiquement, c'est le genre de truc où je vais pas forcément systématiquement avoir recours à l'interprète. Le truc par contre où je vais vraiment systématiquement avoir recours à l'interprète, c'est quand il y a un rendez vous, un examen et quand il y a nécessité de passer une information médicale, donc un diagnostic médical, etc. Le médecin a besoin de faire passer une info. C'est le moment auquel...

464 :15 - :16

465 Intervenant 1

466 Si l'interprète, la collègue n'est pas disponible à ce moment là?

467 :18 - :22

468 Intervenant 2

469 Et bah en général, quand c'est moi, j'attends la disponibilité de la personne. Ou j'essaie de trouver un moyen justement de passer l'information vraiment si j'ai pas le choix, par exemple si c'est 2 h après et que la collègue interprète n'est pas dispo avant 3 h, je vais trouver un moyen écrit ou ou autre pour faire passer l'info, ou alors la famille pour passer l'information. Mais c'est vraiment le truc, le genre de truc où j'attends pas en général, où je m'en passe pas. Quand c'est un diagnostic, mais les diagnostics comme je l'ai dit plus tôt, c'est pas vraiment moi qui les donne, même si officieusement, il peut y avoir... Oui, sur des trucs pas très grave, pas très importants, notamment une infection urinaire. Parfois on est amené à dire parce que bah on leur amène des antibiotiques donc bon.

470 :04 - :11

471 Intervenant 1

472 Il faut leur expliquer pourquoi.

473 :13 - :11

474 Intervenant 2

475 Voilà, on leur explique un peu pourquoi.

476 :14 - :16

477 Intervenant 1

478 Ça c'est ce qui fait partie de la distribution de médicament?

479 :16 - :06

480 Intervenant 2

481 Ça fait partie de la distribution des médicaments, ça fait partie des choses qu'on peut être amené à dire. Effectivement, en diagnostique. quand il y a une question de façon infection en généra, on a besoin d'un interprète. L'autre truc qui est indispensable avec l'interprétation, c'est si jamais on doit isoler un patient. Mais en fait c'est lié à un problème infectieux en général ou en préventif d'un problème ou on soupçonne un problème infectieux même s'il est pas encore identifié et comme il y a des règles particulières, il y a absolument besoin d'interprète pour faire comprendre au patient qu'il ne faut pas qu'il quitte sa chambre.

482 :21 - :23

483 Intervenant 1

484 Et est ce que par rapport au vocabulaire technique, à quel point tu donnes des détails techniques avec une terminologie médicale ?

485 :23 - :22

486 Intervenant 2

487 J'ai beaucoup tendance à vulgariser le langage médical, même pour les gens qui parlent français, parce que c'est des termes qui sont pas employés dans la vie de tous les jours et que c'est des mots qui font peur parfois et qui semblent un peu mystique pour certaines personnes. Et je trouve que le but c'est que la personne comprenne l'essence du mot, pas qu'elle apprenne un nouveau mot et qu'elle ne sache pas exactement ce que ça veut dire. Donc j'ai assez peu tendance à utiliser les termes techniques en tout cas avec les patients. J'ai plutôt tendance, quitte à faire des phrases plus longues, à expliquer le mot, donc en phrase, plutôt que de donner le mot.

488 :13 - :01

489 Intervenant 1

490 Que ce soit des patients qui parlent français ou non?

491 :01 - :08

492 Intervenant 2

493 Peu importe.

494 :11 - :03

495 Intervenant 1

496 Tu changes pas ta manière de parler?

497 :05 - :01

498 Intervenant 2

499 Non, pas spécifiquement. Sauf comme j'ai dit quand j'essaye moi de communiquer, et que je connais pas la langue et dans ce cas là ou je vais réduire à des mots clés mais sinon je change pas ma manière de communiquer.

500 :04 - :13

501 Intervenant 1

502 Tu m'a parlé au début de questionnaire, les patients reçoivent un questionnaire au début?

503 :15 - :06

504 Intervenant 2

505 Alors ils reçoivent pas un questionnaire. C'est un questionnaire oral.

506 :07 - :03

507 Intervenant 1

508 Ah ok.

509 :05 - :14

510 Intervenant 2

511 C'est ce qu'on appelle un recueil de données. Donc en fait, c'est quelque chose d'assez sommaire pour savoir si ils vivent seul, si ils sont allergiques à quelque chose, si ils ont des personnes à charge, si ils ont des prothèses, ce genre de chose, si il sont en maison, ou en appartement, s'ils ont des escaliers à monter parce qu'on est en rééducation donc c'est important de savoir surtout en fonction de l'âge, s'il y a des facteurs de risque cardio vasculaire, alcool, tabac, si il mange du porc..

512 :06 - :05

513 Intervenant 1

514 Ça c'est un moment où t'appelle un interprète?

515 :05 - :17

516 Intervenant 2

517 Bah du coup j'appelle ou j'attends un interprète en fonction de ce qui se passe. Mais oui, c'est vraiment le moment où il y a besoin d'un interprète.

518 :19 - :04

519 Intervenant 1

520 Ça ça pourrait pas être aussi remplacé par un document?

521 :06 - :23

522 Intervenant 2

523 En fait la complexité c'est que si on le fait par écrit, si c'est de l'arabe et qu'il me répond par écrit en arabe, euh je comprends pas plus. (rire)

524 :14 - :21

525 Intervenant 1

526 Mais là les questions dont tu m'as parlé, c'est plutôt des questions auxquelles on répond par oui ou par non?

527 :21 - :16

528 Intervenant 2

529 Oui mais ça présuppose qu'il faut qu'on fasse un QCM.

530 Sauf que ça peut vite être complexe, notamment pour les allergies. Là en l'occurrence, le mot on peut pas l'inventer.

531 :16 - :17

532 Intervenant 1

533 Ok, ok, ok.

534 :19 - :12

535 Intervenant 2

536 Donc il n'y a pas plusieurs familles d'allergie malheureusement.

537 :14 - :05

538 Intervenant 3

539 Oui.

540 :06 - :00

541 Intervenant 1

542 Si il me dit qu'il est allergiques aux arachides en japonais en chinois je suis pas prête de le comprendre. Parce que les trucs Google c'est pareil, ils ont les trucs photos, mais c'est pas encore au point. Donc à moins de après retrouver un interprète, pour me traduit ce qu'il a écrit...

543 :16 - :10

544 Intervenant 1

545 Et vous en parlez avec vos collègues parfois avec tes collègues de ce problème là?

546 :16 - :02

547 Intervenant 2

548 De comment on pourrait faire pour améliorer ?

549 :05 - :03

550 Intervenant 1

551 Oui, oui, et de ce que tu m'as parlé, parce qu'il me paraît très faisable, on en avait déjà parlé?

552 :03 - :07

553 Intervenant 2

554 Oui, à l'écrit, on en a déjà parlé d'ailleurs, il y avait une démarche qui a été un peu lancée quand même par la cadre, notamment sur l'éducation thérapeutique. Donc là, en l'occurrence, l'éducation par rapport aux anticoagulants, donc les médicaments qui fluidifie le sang, de faire effectivement un support écrit traduit dans plusieurs langues. Donc elle a donné effectivement aux référents de plusieurs langues en fait le document original en français et à traduire du coup.

555 :09 - :17

556 Intervenant 1

557 Elle l'a fait?

558 :17 - :14

559 Intervenant 2

560 Ouais, c'est en cours. Pour une des éducation. Ouais c'est ça.

561 Commence à bouger un petit peu quand même. Oui c'est parce qu'il y a des certifications qui leur foutent la pression.

562 :09 - :02

563 Intervenant 1

564 Et c'est quoi exactement certification ?

565 :06 - :14

566 Intervenant 2

567 Alors la certification, en fait, c'est une visite par des professionnels du milieu, donc pharmaciens, infirmiers, médecins. En gros, c'est ce qu'on appelle des experts qui ont une grille faite par l'HAS, la Haute Autorité de santé. Ces grilles sont des indicateurs qualité en gros. Donc c'est des questions pour lesquelles ils répondent oui, non présents, absents, ce genre de choses, juste des cases à cocher. Et c'est pour évaluer en fait tout simplement le fonctionnement des services et des établissements.

569 :24 - :01

570 Intervenant 1

571 Ils viennent vérifier, contrôler?

572 :01 - :02

573 Intervenant 2

574 Vérifier, contrôler comment se passe en gros, la vie du service, la prise en charge des patients. En gros si ils viennent vérifier que les règles soient respectées. Donc c'est très protocolaire, c'est très rigide. Il y a une étude de dossier patient aussi pour s'assurer que tous les papiers soient bien remplis, que les informations soient bien passées.

575 En l'occurrence, là pour le coup, je crois qu'ils s'en fiche un petit peu de la barrière de langue. Et la communication c'est pas la priorité. La priorité c'est vraiment le soin.

576 :24 - :13

577 Intervenant 1

578 Ils considèrent pas que ça fait partie du soin?

579 :15 - :15

580 Intervenant 2

581 Enfin ils considèrent, mais c'est vraiment très sommaire par rapport à tout ce qui est hygiène,

sécurité, le tri, les les papiers remplis, les informations toutes cochées dans le dossier. Est ce que la prescription médicale, elle respecte vraiment... En fait, on voit que l'état c'est pas trop sa priorité pour l'instant.

582 :17 - :11

583 Intervenant 1

584 De quoi?

585 :13 - :00

586 Intervenant 2

587 Parce que la Haute autorité de santé est une l'autorité de l'état. Ok et la communication, l'interprétation et le non verbal c'est pas encore la grosse priorité. Donc ils sont vraiment beaucoup beaucoup plus sur l'hygiène, le soin, en gros tout ce qui peut limiter des poursuites judiciaires derrière.

588 :02 - :07

589 Intervenant 1

590 C'est ça l'idée?

591 :13 - :20

592 Intervenant 2

593 Je pense. Alors ça c'est mon avis personnel. Mais plus ça va, plus ça rigidifie, ça devient plus rigide sur tout ce qui est règles d'hygiène, on en rajoute encore à chaque fois. Bon, il y a un peu partie du développement durable parce qu'ils commencent à retirer des trucs sur les dates qui sont des déchets à risque infectieux qui normalement sont incinérés, produit beaucoup de déchets, pour la planète, c'est pas bon. Et donc du coup ils sont en train de revoir encore ces trucs là. Donc ça par contre le développement durable, il y a pas de problème. Mais effectivement, tout ce qui est sécurité, identité, vigilance, l'identité du patient pour éviter les erreurs d'identité, les vérifications des examens, les machins, les dossiers, donc tout ce qui est sécurité et tout ce qui est, tout ce qui est hygiène, c'est scruté à la loupe, c'est vraiment le truc sur lequel ils se concentrent le plus, même si ils commencent de plus en plus à vérifier qu'il y ait bien des communications entre les professionnels, que la prise en charge soit pluridisciplinaire, donc vraiment de plusieurs types de professions et qu'on écoute un peu plus le patient. Ils sont pas encore trop concentrés sur tout ce qui est problème d'interprétation, etc ils ne s'y attardent pas en tout cas. Et la certification, en gros à l'issue de ces contrôles, si il y a des trucs qui vont pas, alors sur la première certification, du coup vous avez des recommandations avec des réajustements à faire et ils nous programme une date après. Si ces réajustements ne sont pas faits, on ferme, tout simplement ça ferme et si il sont fait qu'il y a encore des petits trucs, ça peut être des petites recommandations derrière, mais sans nécessiter forcément de remise à niveau. Par contre, s'il y a des points tournants, qui sont inratables, c'est à dire que si jamais, même la première, on n'est pas bon sur sur ces points là, notamment l'hygiène et la sécurité, ils ont le droit de fermer l'établissement ou le service partiellement ou totalement, le temps qu'il y ait des réajustements qui soient occasionnés.

594 Et il y a une certification qui est faite, donc un contrôle qui est fait avant la réouverture du service.

595 :15 - :19

596 Intervenant 1

597 Donc, c'est un peu le stress.

598 :19 - :12

599 Intervenant 2

600 C'est pour ça que c'est un énorme stress pour tout le monde en fait, et que du coup on a le droit à une bonne grosse dose de pression.

601 :14 - :04

602 Intervenant 1

603 Donc là c'est dans trois jours.

604 :06 - :20

605 Intervenant 2

606 Là, c'est une blanche. C'est à dire qu'ils ont fait appel à un cabinet privé pour faire une pseudo évaluation avant la vraie, qui sera au mois de juin. parce que justement, là, c'est la deuxième vérification, on s'est fait topé à la première.

607 :22 - :21

608 Intervenant 2

609 Ça veut dire?

610 :20 - :22

611 Intervenant 2

612 Ça veut dire qu'en gros on a eu des points oranges bien pétants et qu'on a eu des recommandations et des axes de réajustement, et que si on les règle pas, on est mal barré.

613 :19 - :16

614 Intervenant 1

615 Il y a juste un truc que j'ai oublié de te demander au début combien tu dirais en pourcentage il y a de patients qui peuvent pas du tout français?

616 :18 - :02

617 Intervenant 2

618 C'est très compliqué. Sur une année par exemple.

619 :02 - :18

620 Intervenant 1

621 :20 - :16

622 Intervenant 2

623 J'irai qu'il y a 25 à 30%.

624 :16 - :20

625 Intervenant 1

626 25 à 30, donc avec lesquels tu peux pas communiquer.

627 Ok. Est ce que tu as autre chose à rajouter sur le sujet de l'interprétation qui te vient à l'esprit ?

628 :18 - :18

629 Intervenant 2

630 Je pense que j'ai déjà bien blablaté.

631 :24 - :15

632 Intervenant 1

633 T'as dit énormément de choses.

634 :17 - :22

635 Intervenant 2

636 Non je pense que j'ai fait le tour.

637 :24 - :12

638 Intervenant 1

639 Merci beaucoup ***** .

12.5 Annex 5: Interviewtranskript IP3

1 :08 - :20

2 Intervenant 1

3 Je vais poser des questions assez ouvertes sur votre travail ici, comme infirmière ici et comme interprète,

parce que du coup vous interprétez. N'hésitez pas à me raconter ce qui vous passe par la tête, si vous trouvez ça pertinent. Et puis si vous devez partir n'hésitez pas.

4 Vous pouvez déjà vous présenter. Votre âge, Votre nom ? Votre travail ? Votre poste ? Depuis combien de temps vous êtes ici ?

5 :08 - :16

6 Intervenant 3

7 Ok, je m'appelle ***** , je suis aide soignante au centre cardiologique du Nord en unité de soins intensifs

cardiologique, en USIQ, depuis 2023. Donc là, ça va faire deux ans que j'y suis et avant ça, j'ai travaillé en maison d'accueil spécialisée avec des personnes en situation de poly-handicap. Donc pour moi les soins techniques c'était nouveau, mais le relationnel non avec les patients.

8 :20 - :21

9 Intervenant 1

10 Et qu'est ce que vous appelez soins techniques ? Vous pouvez m'expliquer ?

11 :21 - :08

12 Intervenant 3

13 Soins technique c'est tout ce qui est nurser, l'accompagnement à la toilette. Vous voyez.

L'accompagnement des patients dans des soins moins relationnels, plus qui touchent à l'intimité, à tout ce qui est motricité, mobilité, l'aide aux repas. Donc voilà. Et la préparation des catc, des urgences, des situations d'urgence. Être appelée et devoir agir en première le temps que notre infirmière arrive à avoir les bons gestes et les bonnes réactions dans des situations adéquates.

14 :10 - :13

15 Intervenant 1

16 Est ce que vous pouvez m'expliquer un peu le fonctionnement de votre service en particulier ?

17 :15 - :14

18 Intervenant 3

19 Alors dans notre service, c'est spécialisé en cardiologie et on récupère des urgences cardiologiques en fait. Donc certains patients qui se présentent au deuxième étage, ce qu'on appelle le casar, en consultation

sur rendez vous et qui sont vu par un médecin. Donc il y a certains d'examens qui sont faits, notamment un électrocardiogramme ou une prise de sang de temps en temps. On voit qu'il y a un souci qui nécessite que cette personne reste hospitalisée en urgence. Donc ils viennent chez nous, ils viennent chez nous. Et sinon on a des urgences un peu de partout, de la fontaine à eau Bonne, Bichat, on a un peu de tout, qui nous appellent pour demander une place en cardiologie par rapport à des pathologies cardiologique pour les patients. Et donc c'est traité ici et on fait des examens pour voir à peu près d'où vient le problème et comment le traiter. Des fois, entre médecins, ils ont des réunions, ils appellent d'autres médecins pour pouvoir avoir des avis extérieurs et pouvoir prendre une décision à savoir si besoin d'opérer ou pas.

20 :02 - :22

21 Intervenant 1

22 Et du début, vous pouvez me parler de vos fonctions à vous, depuis l'accueil du patient jusqu'à qu'il sorte?

23 :24 - :10

24 Intervenant 3

25 Alors depuis l'accueil du patient, quand le patient va arriver, déjà on va noter tout ce qui est administratif, donc d'où le patient vient, pourquoi il vient, à quelle heure il vient.

26 :12 - :22

27 Intervenant 1

28 Vous, en tant qu'aide soignante?

29 :22 - :18

30 Intervenant 3

31 Voilà, nous en tant qu'aide soignante et même les infirmières, parce qu'on a beaucoup de travail en commun, donc on a un binôme, on travaille en binôme. Et à l'arrivée du patient, l'aide soignante et l'infirmière, on va installer le patient, on va le scoper. Ce qu'on appelle scoper, c'est lui poser des électrodes avec des fils reliés qui vont calculer et refaire sortir la fréquence respiratoire, la fréquence cardio, la tension qu'on va prendre aussi sur place.

32 On va prendre une température, une glycémie pour vérifier le taux de sucre, le taux d'oxygène dans le sang et ensuite on va faire un recueil de données. Donc on va lui poser tout un tas de questions et on va lui demander ses antécédents, on va lui demander s'ils prenaient des médicaments avant ou autre, On va faire un inventaire de toutes leurs affaires aussi et leur faire remplir une feuille très importante qui est la personne de confiance et leur demander s'ils ont rempli des directives anticipées.

33 Donc on fait tout ça, on les installe, on leur explique le fonctionnement du service. Donc ça, c'est la partie un peu speed de l'arrivée du patient. On leur explique qu'il y a beaucoup de choses en cours, mais qu'après tout se tasse. Et quand ils sont scopés, quand ils arrivent chez nous, ils ont interdiction de se lever jusqu'à au moins qu'ils aient vu le médecin. Donc le médecin, il arrive dans les dix quinze minutes qui suivent au maximum. Il vient leur faire une radio, on fait une radio, on fait un bilan sanguin et ils font une échographie cardiaque pour aller vérifier ce qu'il y a et pour voir si ça nécessite d'agir tout de suite dans l'urgence ou bien si on peut laisser le temps et les garder en surveillance pour voir ce qu'on peut faire. Et donc voilà, on les installe, on leur donne de quoi faire, on va se lever. Donc pour les hommes, c'est un pistolet, pour les femmes, on leur présente le bassin, puis on leur donne la sonnette qui est très importante pour pouvoir nous appeler, que ce soit en cas d'urgence ou en cas de questionnement. On leur donne les horaires de visite pour les familles et une petite feuille avec des affaires et des effets personnels à ramener. Donc des affaires de toilette. Et après avoir fait ça, on les installe et ils voient le médecin et nos collègues qui reposent une perfusion. Parce qu'à l'arrivée, il faut toujours que le patient soit perfusé. Comme ça au service d'urgence, on ne sait jamais. Et si le patient perd connaissance ou fait un arrêt cardiaque, il faut pouvoir agir dans l'urgence.

34 Et voilà.

35 :03 - :11

36 Intervenant 1

37 Et comment ça se passe pour l'accueil des patients qui ne parlent pas français ?

38 :13 - :21

39 Intervenant 3

40 Alors là justement, des fois, il faut savoir qu'on ne sait pas toujours que le patient qui arrive ne parle pas français. Donc nous on part du principe où c'est un patient, il a besoin d'être soigné, c'est l'essentiel. On demande pas si il a une sécurité sociale, on demande pas s'il parle français ou pas. Et quand il arrive c'est la surprise évidemment.

41 Donc on commence en français et puis on voit qu'il fronce un peu les sourcils. Donc là ils sont beaucoup sur les expressions faciales pour nous montrer que là c'est compliqué. Donc on réadapte, on essaie de voir, on leur dit français? non. tamoul?

42 Ils vont nous dire oui, anglais? un peu. ok. Ben on va essayer de se dépatouiller et soit on se dépatouille et y'a personne dans le service qui peut nous aider pour le moment ou soit on demande à l'un de nos collègues. Par exemple, je sais que j'ai été appelé parce qu'il y avait une dame qui parlait le ***** et c'est une dame très âgée. Donc en fait elle a pas appris le français plus jeune et qui comprenait pas trop ce qui se passait.

43 Donc il y a une collègue qui à l'oreille, elle a reconnu la langue et elle s'est dit "je pense que ***** elle parle cette langue". Donc automatiquement elle est venue me chercher pour me dire "tu peux écouter ce que la dame me dit et me dire si c'est vraiment ta langue parce que je pense que vous parlez la même langue". Donc j'y suis allée pour aider. Et puis en effet, on parlait la même langue, donc j'ai pu lui expliquer en ***** tout ce que le médecin me demandait de lui poser comme question, de faire tout notre recueil, de donnée mais du coup en *****. Il faut savoir que moi, je suis née en France, donc j'ai appris de mes parents parce qu'on parlait la langue, mais il y a certains moments où je me dépatouille aussi, mais c'est plutôt pas mal. Et quand c'est plus compliqué, c'est souvent des patients qui parlent arabe. Que arabe ou des patients qui parlent tamoul avec un peu d'anglais, mais vraiment un chouia, parce que des fois je leur donne des mots en anglais et ils s'en sortent pas non plus. Donc on a aussi un dispositif, mais à notre disposition. C'est ce qu'on appelle Blue Cangoo. Quand vous et dedans il y a Lingette qui nous aide à trouver où est répertorié toutes les langues, que tout le monde parle, que les gens parlent en plus. Donc par exemple, moi sur le cahier et sur l'ordinateur, il est écrit que je parle le ***** en plus du français.

44 :22 - :11

45 Intervenant 1

46 Il y a votre prénom, la langue?

47 :11 - :07

48 Intervenant 3

49 Voilà. La langue que je parle en plus. Et mon service surtout. Donc les gens savent que si en étage ben, on a du mal. On sait qu'on peut appeler ***** qui est en usique, qui viendras nous traduire cette langue. Donc on a ce registre qui est super bien parce que voilà. Après, entre nous on essaie de dépatouiller un peu d'anglais ou des fois on montre les objets, on explique, on essaie un peu de faire vivre nos questions pour que la personne puisse reconnaître. Parce qu'une maison, que ce soit en langage des signes, en gestes ou autres, ça reste une maison. On essaie un peu comme on peut quoi.

50 :19 - :11

51 Intervenant 1

52 Oui, ok. Donc ça vous arrive d'être appelé dans d'autres services ?

53 :13 - :19

54 Intervenant 3

55 Ce n'est pas encore arrivé, mais en tout cas, je sais que je peux l'être parce que j'ai enregistré, que je parlais une autre langue en plus du français.

56 :21 - :07

57 Intervenant 1

58 En deux ans que vous avez travaillé ici, vous pourriez dire à peu près combien de fois vous avez traduit?

59 :07 - :21

60 Intervenant 3

61 Deux fois. Parce que c'est très très rare que les personnes qui viennent de République Démocratique du Congo ne parlent pas français. C'est vraiment des personnes très très âgées qui ne parlent pas français parce que c'est les personnes d'après guerre, c'est des personnes, voilà. Mais sinon en général ils parlent français. On a beaucoup beaucoup de patients qui parlent arabe et la plus grande majorité, c'est les patients qui parlent tamoul.

62 Il y en a énormément. Et ça c'est plus compliqué parce qu'on doit demander à quelqu'un et du coup j'ai pas pu voir le brancardier, il est pas là aujourd'hui dont je vous ai parlé qui parle tamoul, mais lui il vient nous aider donc on peut lui demander ou sinon on demande juste le numéro des familles et on demande à un membre de la famille de venir, qui parle français pour pouvoir nous aider à poser les questions. Il y a des horaires mais on accepte que cette personne vienne en dehors des heures de visite et y a pas de soucis.

63 :12 - :13

64 Intervenant 1

65 D'accord. Est ce que vous pouvez me raconter ces deux fois où vous avez traduit ?

66 :13 - :06

67 Intervenant 3

68 Il y a eu la fois où c'était pour une entrée, donc la pauvre elle comprenait pas. Donc j'ai dû venir et leur poser toutes les questions en ***** du coup. Parce que le ***** c'est la langue parlée en ***** , en lui redemandant son âge, son poids, sa taille, Où est ce qu'elle vit, si elle vit dans une maison ou un appartement, si elle vit seule ou avec quelqu'un, son nombre d'enfants, si elle a une adresse-mail, son numéro de téléphone, ses habitudes alimentaires, si elle a des allergies, si elle est diabétiques.

69 Si elle est suivie par un médecin et si oui, par qui, pourquoi ? Et ensuite lui demander si à la maison elle est en autonomie totale ou partielle. Donc est ce que vous montez les escaliers toute seule ? Est ce que vous faites ça toute seule ? Est ce que vous mangez seule ? Et lui expliquer qu'elle ne pourra pas bouger, Que le médecin viendra la voir, qu'elle ne sera pas seule. Parce qu'il y a aussi beaucoup de patients qui ont beaucoup de peurs, beaucoup de craintes. Donc il faut beaucoup rassurer le patient et lui dire que même s'il y a la barrière de la langue, c'est pas grave, il y aura toujours quelqu'un pour traduire et que surtout, parce que c'est le plus important, on évalue la douleur. Donc leur dire que dès que vous avez mal, vous appelez. Ne vous dites pas, ça peut passer. Dès que vous avez mal, vous appelez. Dès que vous avez une question, vous appelez. Si vous voulez aller sur le bassin pour faire pipi, que vous y arrivez pas, vous appelez, et leur montrer qu'on est vraiment disponible malgré la barrière de la langue parce qu'ils se disent bon bah, comme je suis soigné ici et que je comprends pas bien, peut être que voilà, on ne va pas négliger les soins, mais peut être que ce sera pas pareil, alors que pas du tout en fait. On fait aucune différence de ce côté là. Donc ça c'était la première fois. Et la deuxième fois c'est parce que j'avais une patiente qui devait être montée en étage. Parce que comme c'est un service d'urgence, des fois quand on a traité la pathologie, on garde en surveillance. Mais entre temps, s'il y a une urgence qui nous appelle, le médecin décide de prendre le patient, il faut qu'on déplace notre patient dans les étages, qu'il sorte des

unités de soins intensifs et qu'il aille dans de la cardiologie un peu simple, de surveillance. Et donc il faut leur expliquer. Il fallait expliquer à cette dame qu'elle allait monter en étage et qu'on l'a virait pas. Parce que pour elle, on la virait du service. Elle pensait que ça s'était mal passé et qu'elle avait fait ou dit quelque chose qu'il fallait pas et qu'en fait c'est pour ça qu'on l'a changé de service. Et fallait qu'on lui explique que non non et qu'on lui dise en plus que ici c'est un service d'urgence, donc on n'a pas de douche et on n'a pas de toilette en chambre. On a qu'une toilette pour tous les services et il faut savoir qu'on a quinze patients. Mais normalement les patients ici n'ont pas l'autorisation de se lever, ils doivent toujours être reliés à la machine parce que nous on a un retour de ce qui se passe dans les chambres. Ils ont tous un scope et nous on a un grand truc avec chaque chambre, donc on voit chaque chambre et du coup leur expliquer qu'on n'a pas de douche, pas de toilettes en chambre, parce que c'est une unité d'urgence et leur dire qu'elle serait mieux en étage, que là ça allait mieux, qu'on avait réglé le plus gros du problème, que là c'était de la surveillance et qu'elle allait monter à l'étage où elle allait avoir une douche, où elle allait avoir une télévision, parce qu'on n'a pas non plus de télé et qu'elle allait être beaucoup plus à l'aise, que c'était juste un tremplin vers la sortie.

70 Donc on la mettait pas dehors. C'est juste un tremplin vers la sortie parce qu'on avait quand même quelqu'un en arrêt cardiaque qui arrivait.

71 Voilà. Et après ben elle a eu à me parler parce qu'elle voulait me remercier et remercier les collègues avec qui elle avait travaillé, même si ils se comprenaient pas, qui ont toujours pris soin d'elle et qui ont toujours fait attention à ses moindres besoins ou autres. Donc franchement c'est top. Ça m'est arrivé deux fois mais j'étais contente parce qu'on se sent encore plus utile. Quand c'est du français, ok c'est lambda. Tout le monde parle français, donc on a ce lien où dès qu'on parle, la personne elle écoute et des fois on a tendance à aller très vite, parce que quand on parle français, on y va, on y va, on y va, on passe. Et là, il faut vraiment prendre son temps pour pouvoir expliquer en plus en une autre langue. Il faut encore plus rassurer parce que tout ce qu'on entend, les bruits de portes ou autres, ben elle, elle les entendra pas pareil, elle comprendra pas, donc elle saura pas si on parle d'elle ou pas.

72 Sachant que nous on parle français donc quand le médecin il passe et qu'il va dire c'est pas ça qui va me dire oui la patiente à la chambre deux, je sais que c'est moi, mais elle elle va pas savoir qu'on parle d'elle. Et des fois les médecins quand ils rentrent dans les chambres, ils ont tendance à avoir des conversations pendant que la patiente est là, et des fois ils regardent le scope, elle est allongée là, ils disent "Mais tu vois par exemple c'est comme ça...". Et en fait elle, elle est comme ça. Et donc c'est bien d'avoir quelqu'un à côté qui lui dit là, le médecin, il explique que ça, c'est bon, ça c'est à revoir, voilà, il ne faut pas qu'elle s'inquiète.

73 :21 - :16

74 Intervenant 1

75 C'est ce que vous avez fait.

76 :16 - :16

77 Intervenant 3

78 Donc voilà, dans ces deux cas là. Donc, ça montre qu'on ne fait pas ça. Des fois, on ne fait pas attention à certains détails, parce que pour nous, c'est logique. Ben oui, les médecins, ils parlent à côté de vous, vous entendez, vous comprenez ? Mais là non.

79 :18 - :07

80 Intervenant 1

81 Donc vous dites moi exactement la communication, comment ça s'est passé avec elle ? Est ce que parfois vous étiez que toutes les deux ou avec des collègues.

82 :07 - :23

83 Intervenant 3

84 Des fois on était que toutes les deux et des fois avec des collègues, parce qu'il y avait des collègues

qui avaient des choses à lui dire, Et donc je - l'intermédiaire-, je retraduis pour la dame. Et des fois elle avait des choses à dire à mes collègues, donc je traduais. Ce n'était pas ma patiente, ce n'était pas ma prise en charge à moi, mais du coup il y avait aucun souci à ce que je vienne et que je traduise et qu'on inverse

85 :23 - :21

86 Intervenant 1

87 La relation avec elle, comment c'était?

88 :21 - :18

89 Intervenant 3

90 Après automatiquement on devient plus proche de cette patiente parce qu'elle sait que vous partagez quelque chose en plus des autres. Donc c'est très bien avec les autres, mais elle sait que si elle a besoin ou autre, elle va sonner et elle va dire ***** , ***** , appelez moi ***** parce qu'elle sait que ce qu'elle va m'expliquer, elle n'aura pas besoin de faire des mouvements, de me dire le gobelet, de me demander le verre d'eau, de me

91 faire ça pour me montrer qu'elle a mal. Elle saura que quand je viens, elle me dira clairement j'ai mal ici, j'ai ça.

92 :16 - :15

93 Intervenant 1

94 Qu'est ce qui était le plus important pour vous dans ces deux moments où vous avez traduit?

95 :17 - :10

96 Intervenant 3

97 La rassurer et lui montrer que, en gros, on ne parle pas dans son dos et que c'est dans son intérêt et que c'est juste que c'est la barrière de la langue, mais que la prise en charge est exactement la même et à aucun changement, il n'y a pas de "elle de tout façon, elle parle pas". Non. Donc vraiment que la rassurer parce que je pense que quand c'est comme ça, c'est comme nous, quand on va dans un pays étranger et qu'on parle pas la langue, on se dit comment on fait ? Je sais pas si c'est moi qu'on regarde, je sais pas si c'est à moi qu'on parle.

98 :10 - :24

99 Intervenant 1

100 Est ce que vous avez eu des difficultés avec ces patientes?

101 :01 - :09

102 Intervenant 3

103 Non.

104 :09 - :07

105 Intervenant 1

106 Quel est votre rapport au ***** ? Vous me disiez Vous l'avez appris par vos parents ?

107 :08 - :23

108 Intervenant 3

109 Oui. Et mes frères et sœurs.

110 :01 - :02

111 Intervenant 1

112 Dont vous parler quel type de ***** ? Est ce qu'il y a des choses que vous ne savez pas ?

113 :04 - :24

114 Intervenant 3

115 Il faut savoir que le ***** il y a des parties très soutenus et il y a le ***** courant basique. Donc moi je parle basique et il y a deux ou trois mots soutenus que je peux comprendre, mais dans le ***** , des fois il y a des ethnies qui vont dire certains mots différemment, ça c'est plus compliqué. J'ai eu de la chance parce qu'elle comprenait le ***** courant, parce que si elle venait d'un village, ça aurait été encore plus compliqué, parce que j'aurais dû chercher des mots. Et j'aurai du appeler ma mère en lui disant.

116 "Maman, là c'est compliqué. Comment on dit ça ? Comment on dit ça" pour qu'elle puisse m'aider. Voilà ce que moi, comme je vous ai dit, je suis née ici. Mon grand frère et ma grande sœur sont nés au pays et en fait, les parents nous ont toujours parlé en ***** et en français. Les langues des ancêtres, c'est très compliqué. Même ma mère, elle parle la langue des ancêtres avec ses frères et sœurs. Mais moi je pourrais pas répondre. Voilà.

117 :18 - :02

118 Intervenant 1

119 Est ce que vous parlez ***** en dehors du travail ?

120 :04 - :15

121 Intervenant 1

122 Rarement.

123 Parce que ma maman, elle parle français, mon papa il parle français. Donc en fait on a l'habitude qu'on nous parle en français. Mais des fois il y avait des situations où on parlait en ***** , où on était tous ensemble avec des cousins et cousines et surtout quand j'ai de la famille qui vient du pays en visite, où quand j'y suis allé. C'était plus compliqué d'ailleurs. Pourquoi ? Parce qu'ici c'est le français qui prime et après on élargit. Mais là bas, c'est l'inverse. Voilà, j'arrive et je me suis dit OK, donc en fait je dois parler ***** tout le temps.

124 :06 - :05

125 Intervenant 1

126 Et c'était compliqué?

127 :07 - :05

128 Intervenant 3

129 Ils ont un certain accent, ils ont une certaine façon de dire les choses et moi j'ai pas cet accent là parce que je suis née ici et donc je me dis Ouh là là, est ce que je vais bien le dire? Mais après au bout d'une semaine, on m'a dit c'est bon, ok, tu habites ici, tu pars plus.

130 :07 - :20

131 Intervenant 1

132 Et c'est arrivé quand vous parliez avec la dame?

133 :22 - :16

134 Intervenant 3

135 La dame elle a rigolé et elle m'a dit mais franchement ... après en plus je lui ai dit, j'ai dit mon ***** il n'est pas non plus super. Mais c'est pour vous aider. Et elle a rigolé elle a dit c'est pas grave. Elle m'a prise par la main et elle m'a dit en ***** y'a pas de soucis, je t'écoute ma fille et j'ai dit ok. Et quand je lui ai dit, elle m'a dit bah c'est très bien.

136 Elle m'a dit félicitations à tes parents parce qu'il y en a plein de nos jours qui savent pas parler leur langue. Et elle m'a dit c'est très très bien, tu emploies les bons mots au bon moment. Et dans le bon contexte et ça c'est dur parce que des fois il y a le même mot qui peut être utilisé pour plein de situations comme venir.

137 Comme il y a oncle qui sera oncle et qui sera, je ne. En fonction de la prononciation, d'accord, là. Donc c'est des détails comme ça où on se dit Oh attention, parce que tout de suite ça change la tournure de la phrase et voilà.

138 :19 - :20

139 Intervenant 1

140 Et ça, c'est pas arrivé pendant les moments où.

141 :22 - :07

142 Intervenant 3

143 Non, Je me concentrais, je me concentre.

144 Je dis la phrase dans ma tête. Ensuite je la dis et elle me dit ok, je lui ai dit d'accord.

145 Ça va, c'est qu'elle a bien compris.

146 J'ai pas dit de bêtises donc.

147 :14 - :19

148 Intervenant 1

149 Mais il y avait des mots, du vocabulaire médical et aussi que vous avez dû traduire?

150 :23 - :09

151 Intervenant 3

152 Oui, par exemple aiguille pour dire qu'on va lui mettre une aiguille pour prendre un peu de sang, voilà pour faire une prise de sang et tout. Donc ça c'est des trucs... Alors. Et même ça, quand on dit l'aiguille, en même temps, c'est coudre. Vous voyez ?. Et je lui ai dit en gros donc on va vous mettre une aiguille pour qu'il prenne du sang Mais si je dis je coud mon vêtement là zote on va et la madame là en fait. Donc du coup tout de suite mon mot il change.

153 :20 - :16

154 Intervenant 1

155 Oui, oui.

156 :18 - :01

157 Intervenant 3

158 Donc c'est là où je me dis alors là, il faut que je fasse attention à comment je l'ai dit parce que voilà.

159 :03 - :17

160 Intervenant 1

161 Et vous avez réussi?

162 :18 - :04

163 Intervenant 3

164 Oui.

165 :06 - :03

166 Intervenant 1

167 Cette très belle langue.

168 :08 - :18

169 Intervenant 2

170 Merci beaucoup. On nous dit souvent en plus parce que quand des fois comme j'ai laissé mes collègues dans la chambre, j'ai caché et même eux ils étaient choqués parce que personne ne parle sa langue. Donc le fait de nous entendren, ben ils se disent waouh, ça fait bizarre d'entendre sa collègue qui est née en France, parler son dialecte. Et puis surtout dans cette situation, où la dame elle comprend, c'est vraiment un échange, c'est pas deux ou trois mots à gauche à droite.

171 :01 - :03

172 Intervenant 1

173 Vous avez senti que vos collègues vous revoyaient différemment ?

174 :06 - :14

175 Intervenant 3

176 Oui et puis c'est sympa parce que même le fait que ma collègue m'ait appelé en me disant ***** , je pense que tu peux m'aider, même moi, je me suis dit quoi ? La première fois je me suis dit, ça existe encore des gens qui comprennent pas le français et qui parlent que ***** ? Elle m'a dit oui oui, elle a du mal. Quand je suis rentrée, j'ai dit "bonjour." Et du coup, je me suis arrêtée, je me suis dit bah non, ça commence maintenant en fait, on va dire bonjour en ***** .

177 Je vais pas lui dire bonjour, bonjour, elle va savoir mais bon, il faut que je la mette dans le bain tout de suite. Et donc je lui ai expliqué qui j'étais. Ce que j'allais faire, que mes collègues étaient partis, qu'ils étaient venue me chercher pour revenir avec moi, pour pouvoir traduire parce que je me suis dit, elle s'est dit, elle a commencé à parler, ils se sont dit ouhlala, ils ont commencer se barrer. C'est l'impression que ça donne, on se dit, ouhlalz, au secours ! Et on s'en va. Voilà, je lui ai dit Ils sont juste venus me chercher pour que je vienne traduire parce que eux ils sauront pas parler ***** et que moi je parle linguala donc je pourrais vous aider. Donc si vous avez des questions ou autres, n'hésitez pas et je vais vous expliquer deux ou trois choses. Après elle m'a dit aaaaah, oui, j'ai compris parce qu'au début "bonjour ouhla elle parle pas notre langue, au revoir."

178 C'est ce qu'elle a dû se dire.

179 :24 - :11

180 Intervenant 1

181 C'est quelque chose que vous avez imaginé faire avant de travailler comme aide soignante?

182 :13 - :05

183 Intervenant 4

184 Non.

185 :07 - :02

186 Intervenant 1

187 Jamais à avant que votre collègue vous ai appelé, vous avez jamais imaginé ça et pourtant vous avez réagi?

188 :04 - :20

189 Intervenant 3

190 Tout de suite, sur le tas. Je me suis dit, bon bah c'est parti.

191 Et quand je suis rentré, que j'ai dit bonjour, j'ai dit ouh on recommence parce qu'en fait on est

dedans. Et au début j'ai regardé mes collègues, et j'ai juste dit "bonjour" et j'ai regardé mes collègues et ils m'ont regardé genre vas y vas y, on t'attend. Et c'est là que j'ai dit Alors on revient à zéro. Madame, là, mes collègues, ils sont sortis pour venir me chercher parce que comme ils sauront pas vous expliquer et que moi je parle un peu ***** , je vais venir. Alors c'est pas parfait, mais en tout cas, et ... c'est là que j'ai commencé et qu'elle m'a dit c'est très très bien. Merci à vos parents parce que c'est une langue qui se perd en France, les gens ne parlent plus trop leur dialecte. Et ça m'a fait plaisir. Parce que même le fait que mes collègues soient venus me chercher, ça montre que, chacun on est important et qu'on apporte quelque chose. Quand on parle tous français, au bout d'un moment, on apporte rien. C'est pas moi j'suis pas là, l'autre elle fait l'entrée, c'est pareil. Mais là, le fait de me dire, bon bah là, c'est vraiment moi. c'est top.

192 :03 - :22

193 Intervenant 1

194 Si moi j'étais à votre place, je devrais maintenant un conseil pour traduire le ***** avec une patiente vous me direz quoi ?

195 :24 - :00

196 Intervenant 2

197 Alors je vous dirais de prendre le temps de la regarder, parce que des fois elle a un langage non verbal. Elle va par exemple se tenir les mains en se disant ouhlala je suis angoissée, elle va beaucoup regarder autour d'elle, et elle va beaucoup analyser le comportement des autres. Donc ne pas tourner le dos, ne pas faire de petites conversations à part pendant qu'elle est là. Parce que comme on comprend pas bien, on se dit ,on parle de moi, je sais pas. Et lui donner le plus d'informations possibles. Mieux vaut qu'il y en ait trop que pas assez parce que pas assez, parce que pas assez elle va se dire, bon bah il coupe court parce que je comprends rien. Et vraiment, prendre le temps de s'asseoir et de discuter, pas de se lever et de dire oui c'est ça ça ça et de partir. De vraiment rester fixer sur elle et de s'asseoir et de se dire là, on explique ça, ça, ça et ça et que ça ait un ordre logique pour elle, pour qu'elle puisse se dire, ah d'accord, donc si on fait ça, c'est parce qu'il y a ça qu'on veut vérifier si ça, ça. D'accord. Si elle revient me voir, c'est pour me donner ça. Ah, je vois la dame rentrer avec une aiguille. On m'avait prévenu qu'on allait me piquer pour prendre on sang. D'accord, on m'avait prévenue que ça, si j'ai des questions, je peux l'appeler. Qu'elle se sente en sécurité et se dise à tout moment voilà, elle va sonner. Des fois on est sur deux chambres, c'est à dire que ça sonne là, ça sonne là. Je vais appuyer là et dire à ma patiente j'arrive, madame, et je vais rappuyer là et dire madame, je reviens tout de suite et retourner dans la chambre. Mais là par contre, non. C'est à dire que si j'appuie là, je reste là. J'appuie pas en partant parce qu'elle va dire qu'elle me gêne. Donc si elle a mal, ce qui est le plus important ici, elle osera pas me dire parce qu'elle va me dire, je voulais pas vous déranger. Donc vraiment se rendre disponible.

198 :02 - :16

199 Intervenant 1

200 Pourquoi c'est le plus important si elle a mal?

201 :14 - :15

202 Intervenant 3

203 Si elle a mal en fait, il faut qu'on refasse un électrocardiogramme, il faut que le médecin il voit si le traitement qu'il a donné il est à revoir ou pas. Si on est pas dans les effets indésirables. Donc une petite douleur c'est peut être qu'il y a un caillot qui s'est formé. Elle a peut être mal aux jambes et c'est peut être le début d'une phlébite qui peut déboucher sur une embolie pulmonaire. C'est vraiment porter attention à tous les petits détails et lui montrer, ne pas hésiter à lui. Il y a ça là, si vous voulez. Je vous ai ramené ça.

204 Et faites attention. Vous voulez que je vous ouvre les opercules.? Vous voilà lui montrer que elle peut être à l'aise, que vous êtes là pour elle et que vraiment vous êtes une soignante et que vous allez aider. Des fois on a nos infirmières qui sont sur plusieurs chambres, il peut y avoir une urgence. Donc

nous on est le premier palier, d'accord, Les premières personnes qu'ils voient qu'ils peuvent ne pas voir l'infirmière ben oui, toute la journée ou autre parce que elle est à gauche à droite donc elle est passée vite lui dire,

205 ma collègue elle est dans le speed mais moi je suis là.

206 Donc si vous la voyez courir, il n'y a pas de souci, on est ensemble. Si vous me voyez courir, elle est là. Si vous la voyez courir, je suis là donc. Et puis, même si c'est pas celle que vous avez vu, là, tout ce qui passe, ils sont ici. Donc si vous les appelez, ils viendront me chercher et leur laisser votre prénom.

207 :10 - :03

208 Intervenant 3

209 Moi, quand je viens, tout de suite je dit "Bonjour *****", votre aide soignante. Voilà. Et tout de suite, quand je viens, et ben on me dit ***** , excusez moi, j'ai oublié...

210 Comme ça pour moi, c'est une considération aussi. Montrer que vous êtes pas un numéro, vous êtes pas. Voilà que je vous donne mon prénom parce qu'il n'y a pas que le votre que je dois savoir. On fait un questionnaire de policier, je sais toute votre vie, vous savez même pas comment je m'appelle. Et pour peu, on n'a pas toujours nos badge. Parce que le mien, il tombe, mais on n'a pas toujours le badge. C'est à dire que quand je reviens, je donne mon prénom, Dès que j'installe mon patient. Je donne mon prénom, je lui dis on est dans le speed, je repasse vous voir. Quand je repasse, je dis comment je m'appelle? J'ai vu tellement de gens. Je dis je sais, C'est pour ça que je vous demande. ***** Voilà. Parce que je sais que vous avez vu plein de visages et que du coup, le premier visage que vous a vu, vous avez oublié. Et des fois il y en a qui me disent, il y a une dame qui m'a déposé ça là. Vous savez que c'est moi la dame? Je dis vous avez la même dame en face. Donc, c'est plus facile. Je dis Soyez pas désolé. Je dis Vous avez beaucoup de visages. Tout le monde passe, vous arrivez, vous êtes dans une situation où vous êtes souffrante, il y a plein d'informations. Ben ouais, il y a plein de monde, vous pouvez pas tout retenir. Donc je repasse exprès pour voir si vous avez retenu.

211 Et ce matin, il y en a une qui dit bonjour Sonia. J'ai vu Sonia... (...)

212 Voilà, je suis, je sais de les mettre à l'aise. Des fois ils peuvent être stressés, ils en deviennent pas agressifs mais renfermés. J'essaie de détendre l'atmosphère un maximum. Je me dis ça doit pas être facile pour eux, surtout d'être hospitalisés ici, on sait pas trop ce qu'on a. On dit aujourd'hui, on va voir ça demain, on va voir ça. Et on se dit hien mais je suis pa svenu pour ça.

213 Et la patiente elle m'a dit J'ai une choucroute aujourd'hui, j'ai dit ah ben on va pas y aller.

214 Et leur dire que c'est pas grave, c'est voilà, Des fois ils sont très maladroit. Ils ont leur petit habitude, donc ils font tomber un truc, Pardon, pardon, pardon. Chez vous vous avez vos habitudes, Ici c'est pas chez vous. Donc si en général vous avez l'habitude de poser un papier, là vous me dites je poserai votre papier, là, en fait. Et c'est des petits détails, c'est pas grave, on peut tout réajuster. Ok, ok, ok, mais comment je fais avec tous ces fils ? J'ai fait, on va mettre là, je vais passer comme ça, ils disent bon ok, j'y vois plus clair et donc pour moi c'est super important de faire attention vraiment à l'image qu'on renvoie et si on a l'air agacé, mais ils auront pas confiance.

215 il faut venir vraiment et se dire je suis disponible, et pas dire j'ai pas que vous comme patient. Non. J'ai que vous à ce moment là, donc vous êtes ma priorité. Quand je sors de la chambre, je recommence à courir. Mais quand je suis dans la chambre.

216 Je m'arrête et vraiment c'est vous, Vous, vous. Je fais tout ce qu'il y a à faire avec vous et je vous demande si ça va. C'est bon pour vous. Oui, je repasse tout à l'heure. Ok, super, à tout à l'heure et des fois je repasse dans la chambre mais j'ai pas de soins.

217 Je fais juste un coucou. Comment ça va ? Oui, vous avez de la visite aujourd'hui ? J'ai pas vu de visite. On parle on parle on parle. Bon bah a tout à l'heure, je repasse.

218 Merci *****

219 :08 - :06

220 Intervenant 1

221 Est ce que je vais aller demander à ma patiente si elle a mal ?

222 :09 - :11

223 Intervenant 3

224 Toujours pas toujours, toujours, toujours, toujours. C'est des tours toutes les 2 h, toutes les 2 h. Pendant ce tour, on reprend la tension. On revérifie les urines parce qu'il faut à tout prix qu'il fasse pipi de toute la journée, sinon ça peut cacher une insuffisance rénale tout le temps, demander la douleur, donc dès que je passe, ça va vous aller mal nulle part ? Non, non, ça va. Ok. Je vais repasser. Après tout, vous avez pas mal, non ? Ça va super. Si j'ai un peu mal à la tête ***** Mais je sais pas si ça compte parce que on est en cardio, bien sûr que ça compte. Je suis pas venu là pour la tête, je suis venu pour le cœur donc si j'ai pas mal au cœur, je le dis pas parce que j'ai mal à la tête et que la tête ça va pas dans le cœur, bah si. Si vous avez ma tête, je vais prévenir ma collègue. Partout où vous avez mal, même si vous me dites vous avez mal aux pieds, je préviens, je laisse pas passer. Vraiment la douleur et vous rendre disponible.

225 Et c'est pour ça que je vous dis il y a beaucoup de relationnel, énormément. C'est comme ça qu'on me vous saviez que... Ah bon, Mais pourquoi ? Ben oui, elle a fait une cure. Ah mais ça c'est pas écrit dans son dossier. Eh ouais.

226 :23 - :14

227 Intervenant 1

228 Et avec la dame dont vous parlez, vous diriez que vous étiez à la fois traductrice et aide soignante ?

229 :16 - :07

230 Intervenant 3

231 Oui. J'ai fait les deux parce que j'en ai profité pour lui demander si elle avait déjà eu des selles, ce qui est super important. Quelqu'un qui m'a dit qu'elle avait pas mal et que tout allait bien. "Non mais c'est vrai que des fois quand je mange"... "ah bon?"

232 Vous voulez un petit massage après? Pourquoi pas.

233 Et moi je vais prévenir, je vais dire moi ça fait un moment qu'elle a pas eu de selles, est ce que c'est noté et tout ? On elle me dit c'est vrai qu'il y a rien ok parce que des fois elle a mal, elle a des crampes et tout.

234 :14 - :03

235 Intervenant 1

236 Si vous comparez la relation que vous avez eue avec cette dame et la relation avec vos patients en général?

237 :05 - :19

238 Intervenant 3

239 Quand c'est comme je l'ai dit, quand c'est avec celle qui parle pas français, bien c'est en gros on va dire exclusive. Parce que, les autres, si moi je suis en pause, ma collègue peut très bien aller et lui dire "Bonjour, ma collègue, elle en pose mais je suis là, je prends le relais" si je suis pas là avec la dame qui parle que ***** ...

240 Vous voyez, elle aura rien à lui dire ou elle va utiliser le langage non-verbal, Elle va faire des gestes pour lui dire ça, ça, elle va essayer de se dépatouiller mais ce ne sera pas pareil. Et puis automatiquement la personne elle va se restreindre. Elle va se dire bon, je vais, je vais demander moins de choses. Déjà, elle galère à me montrer ça, elle essaie de faire au mieux, je ne vais pas trop lui demander.

241 Et quand je vais arriver, c'est vraiment exclusif parce qu'on aura besoin de me parler à moi et de m'expliquer les choses à moi. Donc c'est différent.

242 :20 - :14

243 Intervenant 1

244 Est ce que vous pouvez me parler de quand c'est un collègue qui interprète pour vous comme votre collègue tamoul par exemple ? Comment ça se passe ?

245 :23 - :08

246 Intervenant 3

247 J'arrive, par exemple là, il n'y a pas longtemps, c'était ASH qui parle l'arabe et.

248 Je dis ouh la la madame, je lui dit "chouia chouia". Ca veut dire doucement doucement.

249 Je lui dis je reviens, bougez pas, je reviens.

250 Je vais chercher ma collègue Amel, je dis Amel vient j'ai une patiente je comprends rien. Et donc Amel et bien elle lui dit Qu'est ce qu'il y a ? Elle dit je m'appelle Amel, elle lui parle en arabe et tout et elle lui demande qu'est ce qui se passe, t'as appelé ma collègue mais ma collègue elle comprend pas, dis moi et je vais lui dire.

251 Et en fait c'est un vieux truc mais tellement on se comprenait pas. Donc moi je lui proposais autre chose et c'est pas ça. Elle dit non, elle veut juste que tu lui mettes ça comme ça parce qu'elle aura besoin de ça pour faire ses ablutions.

252 Donc c'est pour ça. Et des fois c'est pour faire le recueil de données et tout. Je vais appeler ma collègue. Des fois on est ensemble, du coup je l'écoute par l'arabe et dire et après elle me redis en français, la dame elle a dit ça, moi je note.

253 :01 - :07

254 Intervenant 1

255 Elle vous retraduit toujours ce que la patient dit.

256 :07 - :20

257 Intervenant 3

258 C'est ça.

259 Des fois les patients dit oui mais elle, elle me comprend pas. Bah oui je vous comprends pas, mais on essaye.

260 :08 - :12

261 Intervenant 1

262 Et vous vous occupez quand même de patient qui parlent pas français ?

263 :12 - :13

264 Intervenant 3

265 Oui oui oui oui quoi. Là il n'y a pas longtemps elle en avait une, elle parlait pas tout court et elle voyait pas bien. Donc je m'occupe quand même d'elle hein. Le but pour moi, c'est qu'elle soit bien, qu'elle ait pas mal, qu'elle puisse manger, que je puisse vérifier les selles et les urines. Donc si je reste à côté d'elle, ça me dérange pas.

266 Tant que je vois qu'elle mange bien. (elle fait un pouce levé)

267 :15 - :02

268 Intervenant 1

269 Vous utilisez le langage non-verbal?

270 :02 - :20

271 Intervenant 4

272 Je fais un pouce levé pour lui dire ça va avec un petit geste de la tête.

273 Et elle hoche la tête. Je me dis bon, ça.

274 :24 - :09

275 Intervenant 1

276 Vous arrivez à communiquer parfois ?

277 :11 - :20

278 Intervenant 3

279 Voilà. Et des fois, elle va me montrer son thorax et changer d'expression faciale en disant c'est un peu gênant, je vais me dire ah, et je vais retraduire en disant je pense qu'elle a mal parce qu'elle a fait ça. Quand je lui ai demandé elle m'a fait un petit non et elle m'a montré en fait la zone qui l'a dérangeait. Après si elle a quelque chose, elle a quelque chose, si elle a rien, bah au moins j'aurais prévenu. Donc c'est important.

280 :02 - :21

281 Intervenant 1

282 Et alors, si on revient sur la situation donnée, vous de me donner un conseil cette fois ci, c'est parce que je dois appeler une collègue justement. J'ai une patiente qui parle le français, qui parle arabe. Il faut que j'appelle un collègue. Quel conseil vous me donneriez pour faire cette consultation à 3 ?

283 :21 - :14

284 Intervenant 3

285 Après, moi j'aime bien apprendre d'autres langues, donc si vous vous aimez bien apprendre d'autres langues, bah vous vous joignez pour montrer aussi que vous avez fait le geste que vous êtes allé chercher quelqu'un, que quand même vous avez été la médiatrice et qu'en vrai vous restez. Vous n'avez pas non plus besoin de tout le temps interagir, mais comme ça vous écoutez et vous voyez l'échange et vous vous dites ah, Quand t'as dit ça, ça voulait dire quoi ?

286 Voilà. C'est toujours bien de savoir, de s'intéresser, toujours bien, de s'intéresser. Donc vous partez pas en courant. Vous appelez la collègue, et vous restez avec elle. Peut être que ce dont elle a besoin, ça a besoin d'être fait à deux. Comme ça vous êtes déjà sur place aussi. La patiente, comme ça elle voit que vous vous êtes intéressé, vous n'avez pas dit je connais pas, je laisse.

287 :01 - :04

288 Intervenant 1

289 D'accord, parce que c'est important qu'elle se sente pas délaissée?

290 :07 - :24

291 Intervenant 3

292 Voilà, qu'elle se dise bon ok, même si on parle pas la même langue, elle est restée quand même, donc elle se soucie quand même de moi, c'est pas que celle qui parle ma langue, qui va se soucier de moi.

293 :01 - :06

294 Intervenant 1

295 Ça arrive souvent que vous appeliez un collègue pour traduire?

296 :11 - :09

297 Intervenant 3

298 Ces temps ci non.

299 Ca fait un moment non. Et puis surtout que là, on est à Saint Denis, alors la population, elle est très mélangée, on a beaucoup de tout, mais là ça va, il y a pas de patients qui ne parlent pas français. Il y en a qui comprennent vaguement, y en a un qui a du mal à comprendre aussi, mais ça va. On lui dit des mots.

300 :20 - :10

301 Intervenant 1

302 Donc quand ils parlent un peu français, vous allez pas forcément appeler quelqu'un.

303 :12 - :10

304 Intervenant 3

305 Non. C'est vraiment si on arrive pas du tout.

306 :12 - :18

307 Intervenant 1

308 Est ce que vous pourriez comparer une situation où un collègue traduit pour vous et ou des membres de la famille traduit pour vous?

309 :00 - :09

310 Intervenant 3

311 Les membres de la famille, ils auront un peu plus de mal parce que des fois il y a des termes médicaux que nous on doit retraduire en plus facile pour la famille, pour que la famille traduise pour le patient. Parce que des fois on emploie des termes que même la famille ne connaît pas. Et c'est là qu'on se dit oui, pour toi c'est logique, mais pour la dame c'est pas logique et pour celle qui va recevoir l'information, ce sera encore moins logique. Donc là c'est encore plus de réflexion. Donc là, avant de dire la phrase c'est vraiment se dire alors je prends que les informations importantes, voilà, je refais un tri des infos avant de les donner à la famille, pour que la famille puisse les redonner, mais en version courte et pas trop compliqué parce que comme ils connaissent pas en plus ils vont s'inquiéter plus vite.

312 :08 - :14

313 Intervenant 1

314 Et ça a quoi comme conséquence ?

315 :15 - :00

316 Intervenant 3

317 Ils seront stressés. Il y en a qui veulent rentrer chez eux, qui disent non, non, je ne veux pas, je veux plus, je veux plus. C'est compliqué.

318 :18 - :16

319 Intervenant 1

320 Donc la différence avec quand c'est le collègue qui interprète...

321 :18 - :14

322 Intervenant 3

323 Quand le collègue il va interpréter entre guillemets, il sait de quoi il parle. Donc voilà, on pourra parler du patient ici qui doit expliquer ça et d'expliquer l'examen. Voilà, ça va aller .Par exemple, je ne vais pas dire une prise de sang, comme je vous ai dit pour la dame, je vais dire qu'ils vont prendre une aiguille, qu'ils vont faire passer, dans laquelle ils vont récupérer du sang. Parce que si je dit une prise de

sang, elle elle va me dire hein, elle va pas comprendre. Donc je vais lui expliquer qu'ils mettent l'aiguille, ils prennent le sang, ils font des analyses pour voir ça. Moi je sais qu'on fait une prise de sang pour ça, mais elle, elle, elle sait pas. Donc c'est des petits détails comme ça qu'il faut réajuster.

324 :09 - :11

325 Intervenant 1

326 Et c'est arrivé qu'elle soit pas d'accord avec quelque chose?

327 :11 - :22

328 Intervenant 3

329 Oui, il y en a qui ne sont pas d'accord avec le fait d'avoir une perfusion et il y en a qui sont pas d'accord avec la transfusion, notamment les Témoins de Jéhovah qui n'ont pas le droit de se faire transfuser. Donc c'est très difficile, surtout quand ils vont passer pour un pontage. C'est quand il y a des artères du cœur qui sont calcifiées, qui ne fonctionnent plus bien, donc il va falloir les ponter et en refaire une nouvelle artère pour pouvoir l'aider à vivre avec. Et comme c'est une grosse intervention quand on fait ça, eh bien on demande de signer, de remplir un papier d'autorisation de transfusion. Parce que quand on perd beaucoup de sang, bah faut nous re-administrer du sang. Et là ça pose problème.

330 :03 - :19

331 Intervenant 1

332 Qu'est ce qui se passe dans ces cas-là?

333 :19 - :00

334 Intervenant 3

335 Ils ont pas le droit de prendre le sang qui n'est pas le leur.

336 Alors il faut leur expliquer. Et puis s'ils veulent vraiment pas, franchement c'est compliqué, je sais pas comment ils font. Ça m'est pas arrivé, donc c'est pour ça que je sais pas spécialement expliquer les tenants et les aboutissants et surtout la finalité à savoir si on fait l'intervention ou pas. Mais c'est compliqué ça. C'est une situation très compliquée.

337 :19 - :08

338 Intervenant 1

339 Et ça, dans ces cas là, si c'est un patient qui parle français, la personne qui traduit va devoir expliquer ça aussi?

340 :10 - :14

341 Intervenant 3

342 Et c'est là qu'on va voir le visage de la personne ou du patient.

343 :09 - :18

344 Intervenant 1

345 Si par exemple j'ai une patiente qui parle arabe, qui parle pas français, j'ai une collègue qui parle arabe, mais il y a la sœur de la patiente qui parle français, qui est dans la salle d'attente. Je vais appeler qui?

346 :20 - :02

347 Intervenant 3

348 Je vais appeler ma collègue. Parce que ma collègue, elle sera lui donner les informations médicales et en vrai, on privilégie la relation avec la patiente et passer par un intermédiaire qui est la famille, ça veut dire qu'on inclut la famille dans les décisions de la patiente parce que quand elle va lui expliquer, elle va

peut être les traduire en lui disant oui mais ça c'est un truc dangereux. En donnant son avis pendant qu'elle traduit, donc ça va influencer le choix de ma patiente, sachant que si c'est ma collègue, elle lui explique à la patiente directement, c'est plus pratique.

349 :06 - :23

350 Intervenant 1

351 De ce que vous m'avez dit, il n'y a pas trop de difficultés général dans la communication avec les patients qui parlent pas français?

352 :00 - :20

353 Intervenant 3

354 Non ça va parce qu'on trouve toujours quelqu'un et on trouve toujours quelqu'un pour traduire. Et des fois c'est en anglais, très approximatif. Et quand c'est comme ça, tout le monde rigole parce qu'on se dit ouh la la, où on a mis notre anglais.

355 Un sac, tout le monde sait qu'on dit bag mais sur le coup, on a tellement de choses à lui dire que il y en a une qui va dire bag moi je vais dire non, ça, ça. Et chacun prend des mots et on reforme une phrase. Donc des fois on est plusieurs à interpréter pour la personne parce qu'on sait que si j'ai pas le mot, patricia aura le mot pour moi, Julie aura le mot pour moi. Voilà donc on fait tout ensemble.

356 Poids, La taille, Ok. Ah d'accord. Ben vas y ! Et puis pose une question. Je pose une question, elle pose une question, on lui dit et on lui dit On est désolés, l'Anglais ... donc en fait on va faire en groupe, un travail de groupe, c'est pas possible autrement. Après on arrive à avoir les informations.

357 Là on parle de l'équipe de jour, donc on a toujours possibilité de faire venir la famille. Mais quand c'est l'équipe de nuit et que la famille est loin, on appelle, on peut appeler la personne de confiance. D'où l'importance d'avoir la personne de confiance parce qu'on peut appeler le soir. Par exemple un changement de chambre, ça peut être fait la journée comme le soir. Et si c'est fait le soir, on peut demander à la collègue d'appeler. Elle appelle la famille pour dire excusez moi, on va juste déplacer de service votre papa, est-ce que vous pouvez lui dire? Parce que au final, il se retrouve comme ça. Tout le monde bouge autour de lui, le met sur une chaise, lui dit ça, lui retire ça et lui prend les bras, lui dit lever les jambes. On lui dit tenez votre sac et il s'en va.

358 Donc on demande à ce que la famille soit appelée.

359 :16 - :20

360 Intervenant 1

361 Qui traduit au téléphone.

362 C'est quoi pour vous l'objectif de l'interprétation pour les patients aussi ?

363 :08 - :01

364 Intervenant 3

365 Les faire acteur de leurs soins, acteur de leur santé. Si on traduit pas, c'est dire qu'en fait c'est pas des humains. On prend, on le dépose là, on lui fait ça, on ressort, on demande pas son avis, il n'est pas au courant de ce qui se passe au niveau de son corps. Ce qui pour moi est anormal. Pour moi, c'est le plus important. Et me mettre à la place du patient surtout. Parce que j'aurais pas aimé qu'on me donne pas d'information si j'étais dans un autre pays et que j'avais un souci, j'aurais pas aimé qu'on demande pas à ma famille si personne ne parle la langue. Donc j'essaie de faire comme ça.

366 :09 - :15

367 Intervenant 1

368 Il y a des fois où, selon vous, ça échoue, cet objectif?

369 :17 - :06

370 Intervenant 3

371 Des fois oui, je pense que oui. Des fois, à vouloir trouver les bons mots, on n'en dit pas assez. C'est le juste milieu. Donc des fois on pense que on les protège en leur disant squizzant certaines informations, mais en fait on les protège pas parce qu'ils sont perdus. Donc ils vont nous dire oui mais on m'a fait ça, mais moi je savais pas qu'on allait me faire ça et ça, j'ai pas compris pourquoi on m'a fait ça. Ben oui, parce qu'il y a des informations qui ont sauté. On a pas expliqué qu'on était passé de cet examen à cet examen là, pourquoi on avait, pourquoi on avait pas utilisé cette option là qu'on avait proposé au début et qu'on est parti sur une option.

372 :17 - :18

373 Intervenant 1

374 Comment vous le savez ? Quel est le signe qui vous dit Bah là, on a pas réussi à la rendre acteur de son soin?

375 :18 - :07

376 Intervenant 3

377 Quand il nous demande je viens d'un examen mais je ne sais pas ce que c'est.

378 :13 - :16

379 Intervenant 1

380 Pour vous, c'est un échec ?

381 :16 - :02

382 Intervenant 3

383 Oui, pour moi c'est un échec parce qu'on envoie pas en examen quelqu'un qui sait pas. C'est à dire qu'il a signé un consentement sans vraiment être d'accord.

384 :04 - :12

385 Intervenant 1

386 Pour chaque examen il doit signer un consentement?

387 :14 - :23

388 Intervenant 3

389 Voilà, sauf tout ce qui est doppler, scanner et IRM. Mais donc oui, ils ont signé en disant qu'ils acceptent, ils savent pas ce qu'ils acceptent. Donc j'aurais pu lui demander un rein, ça aurait été pareil et pour moi c'est super dangereux et c'est pas normal.

390 :00 - :04

391 Intervenant 1

392 Et quel est l'objectif de l'interprétation pour le médecin ?

393 :04 - :04

394 Être sûr qu'on a informé notre patient de ce qui va se passer pour lui et de toutes les options qu'il a ou qu'on peut lui envisager et qu'on a tout fait pour qu'il puisse être justement acteur de sa santé et surtout pour le rassurer et répondre à ses questions. C'est important de répondre aux questions et de le laisser poser les questions surtout.

395 :19 - :17

396 Intervenant 1

397 Et c'est donc une question qui résume un peu ça. Ce serait quoi pour vous la situation idéale du soin

des personnes qui ne parlent pas français ? au cas où on serait pas dans une situation idéale ici, je ne sais pas, c'est à vous de juger.

398 :19 - :24

399 Intervenant 3

400 En fait, je suis pour moi là on est dedans. Parce que je vois vraiment qu'on qui jusque là j'ai pas eu de collègues agacés d'un patient au point de se dire je m'en occupe pas, c'est bon, ça m'a soulé. Et c'est ce que j'aime bien, c'est que ben on n'arrive pas, on va demander si quelqu'un connaît, on va chercher des solutions mais on va jamais laisser le patient en se disant on va faire ce qu'on va faire et voilà.

401 Et je vois que par contre il y a beaucoup de monde qui parle pas beaucoup français.

402 :18 - :02

403 Intervenant 2

404 C'est l'impression que vous avez.

405 :04 - :05

406 Intervenant 3

407 Je ne m'attendais pas à autant de monde.

408 :07 - :10

409 Intervenant 1

410 Ah bon ? Qui parle pas bien ou qui parle pas du tout ?

411 :10 - :13

412 Intervenant 2

413 Qui parent pas du tout, et qui ont des papiers français. Je me dis mais comment ils ont fait. Parce que quand même, on est soigné en France et que on a une chance ici, c'est que nous on se dépatouille pour chercher des interprètes pour eux. Mais dans d'autres pays. Moi je suis désolé, en Espagne j'ai fait un malaise, j'ai eu peur qu'on m'ampute.

414 :06 - :24

415 Intervenant 1

416 C'est vrai?

417 :01 - :10

418 Intervenant 2

419 Parce que je me suis dit je saurais même pas parler, je saurais pas expliquer. J'ai peur qu'on ampute. Comment je sais que moi je suis avec mon bout d'espagnol. C'était en 2011.

420 :05 - :23

421 Intervenant 1

422 Donc vous étiez jeune.

423 :00 - :12

424 Intervenant 2

425 Et je me dis mon bout d'espagnol du collège, on a pas fait les termes médicaux donc c'était pas prévu et heureusement qu'il y avait une interprète, une de nos responsables qui parlait plutôt bien espagnol, parce qu'on me couper la jambe, sachant que j'ai juste fait un malaise à cause de la chaleur et que j'avais pas bien mangé. Et c'est pour ça que quand je les vois ici je suis peut être un peu plus sensible. Après je suis quelqu'un qui aime bien prendre soin des autres, donc je pense qu'il y a ça aussi, mais je pense que ça

joue pour beaucoup.

426 :15 - :01

427 Intervenant 1

428 Vous avez l'impression que vos collègues, elles donnent la même importance à ce que le patient comprenne tout ?

429 :03 - :04

430 Intervenant 2

431 Franchement oui. J'ai pas eu de collègues où je me suis dit elle abuse quand même.

432 Et des fois on est tous ensemble en train d'essayer de se dépatouiller. Alors comment je lui explique ça, et on sort Google traducteur et on essaye d'enregistrer la voix de la personne pour voir ce que ça nous dit. Et après on dit non mais la traduction elle est pas bonne parce que ça parle de mangue et tout. On a pas demandé les allergies, y a un souci. J'ai pas de collègue qui m'aurait choqué par rapport à ça.

433 :24 - :23

434 Intervenant 1

435 Et Google Traduction vous l'utilisez des fois?

436 :11 - :19

437 Intervenant 3

438 Oui. On avait une patiente tamoule il y a pas longtemps. Oui on l'a utilisé et puis ça allait dans tous les sens, ça n'allait pas du tout avec ce qu'elle nous expliquait et on s'est dit c'est une arnaque.

439 :21 - :00

440 Intervenant 1

441 Donc vous avez arrêté?

442 :00 - :04

443 Intervenant 3

444 Ou on a arrêté et on a demandé au fils. On l'a appelé parce que je me suis dit... Ma collègue qui a enregistré elle nous montre le téléphone et je dis ouhloulou. Et la dame elle faisait tout le temps ça. (bouge la tête) Elle était morte de rire et je dis pourquoi vous bougez tout le temps la tête, et je me suis dit faut que je demande à des tamoules que je connais pourquoi ils bougent toujours la tête.

445 Et on m'a expliqué que dans leur... En fait, c'est comme ça qu'ils communiquent, donc ils font des mouvements de tête pour exprimer certaines choses.

446 En plus du fait de parler.

447 Et j'ai regardé j'ai fait mais pourquoi vous faites ça. Et elle elle rigolait. J'en fais encore et je suis un clown en fait. Mais vous voyez, je l'ai pas mal pris. J'ai rigolé.

448 J'ai dit et j'ai dit à mon collègue Voilà. Et ma collègue a dit Je crois, oui. Après j'ai vu ça. Elle m'a fait ça. Moi, je dis OK, elle se moque vraiment de moi, madame, j'essaye de vous aider et vous vous moquez de moi. Et elle a rigolé. Mais voilà.

449 Ce qui est bien, c'est que ça nous énerve pas. Malgré la charge de travail qu'on peut.

450 :09 - :16

451 Intervenant 1

452 C'est une grosse charge de travail?

453 :18 - :08

454 Intervenant 3

455 Quand on a trois entrées en même temps et que tout le monde est là et que en même temps il y a des gens qui sont là pour les visites et qu'en même temps on a un patient qui aimerait aller sur la chaise percée ou autre, et ben on se dit au secours.

456 Mais on arrive quand même à prendre le temps. Et des fois, quand c'est comme ça, on s'arrête, on installe juste le patient et on le scope et tout et on repasse après pour les questions quand on est plus tranquille.

457 :12 - :08

458 Intervenant 1

459 Donc vous êtes stressé au quotidien ou ça va?

460 :10 - :08

461 Intervenant 3

462 Non ça va. Des fois il y a des jours où ça va vite, mais ça va.

463 :10 - :19

464 Intervenant 1

465 La situation où vous deviez traduire c'était stressant?

466 :19 - :23

467 Non. Heureusement, c'était pas un jour comme hier ou aujourd'hui.

468 :16 - :02

469 Intervenant 1

470 ça m'intéresserait de savoir si vous expliquer les détails techniques des maladies au patient.

471 :04 - :14

472 Intervenant 3

473 Alors par exemple pour une coronaire au graphique, il faut expliquer en quoi ça consiste. Il faut expliquer pourquoi on rase telle zone, puisqu'on va raser les avant bras et on va raser les plis de l'aîne. Faut pas dire aux gens on va vous raser en radial, en phémoral, parce qu'ils vont pas comprendre. Donc ça faut leur expliquer et leur montrer la zone en leur disant pourquoi on rase les 4 zones et pas que un côté. Parce qu'on essaye d'abord en radiale droite ou gauche, si ça ne passe pas, on essaie l'autre, si ça ne passe pas, on passe par les fémorale et c'est pour ça que on rase les 4 zones. Et ensuite leur dire il y a un guide qui va passer, que vous n'êtes pas anesthésié complètement, c'est une anesthésie locale que là où vous êtes, vous êtes avec le médecin, le médecin qui regarde sur l'écran en même temps que vous et qui vous montre bon, vous ne dormez pas, vous êtes éveillé, on vous montre ce qui se passe, ce que le médecin est en train de faire, donc quand il passe, le guide, il vous explique, qu'il passe dans les artères. Si c'est devenu trop fort, il dilate. Voyez, il dit là, faut leur expliquer ça et leur dire que. Alors ensuite on met un gros compressif, qu'il ne faut pas bouger la zone par où ils vont passer pendant quatre à 6 h et que nous on va vérifier, on va toucher pour voir le pouls et tout ça.

474 C'est plus compliqué à expliquer.

475 :15 - :03

476 Intervenant 1

477 Et en ***** ?

478 :05 - :00

479 Intervenant 3

480 Ça va.

481 :02 - :09

482 Intervenant 1

483 Donc vous avez quand même un niveau de pouvoir l'expliquer?

484 :14 - :23

485 Intervenant 3

486 Pas mal. Et on s'en rend pas compte quand on le parle pas couramment. Au final je me suis dit c'est pas mal en fait, je trouve les mots.

487 Je ne saurais pas dire radiale et fémorale. Mais voilà, je sais expliquer l'avant du bras et voilà qu'on va raser au niveau des parties intimes, pourquoi.

488 :04 - :13

489 Intervenant 1

490 Et vous disiez là par exemple là, la personne qui bougeais la tête, tout ça. Il y a des comme ça, des différences culturelles, enfin des particularités culturelles, que vous avez appris aujourd'hui à reconnaître au fil du temps?

491 :15 - :05

492 Intervenant 3

493 Et même quand on ne sait pas quelle langue elle parle. Des fois on va voir par rapport aux mouvements. On va voir au faciès aussi. Et quand il va parler on tend beaucoup l'oreille, ça a l'air d'être quelle langue pour toi, parce que des fois on sait pas.

494 :23 - :13

495 Intervenant 3

496 On s'est dit il parle anglais, mais ça a l'air d'être Dutsch. C'est compliqué ça. Et voilà, on essaie de trouver et des fois on dit où où où. Et après on se regarde et les filles vont me dire mais tu lui dis où ? Mais où quoi ?

497 C'est vrai que moi dans ma tête, je me dis vous venez d'où mais je dis que où? Et du coup voilà. Et c'est bien parce que si moi j'ai pas la bonne méthode, il y en a une autre qui aura la bonne méthode. Et donc des fois je m'en sors pas. J'arrive.

498 Valentin viens bien là, J'arrive pas.

499 Et c'est sympa parce que ça fait des moments de rires aussi entre collègues. Parce que des fois on rigole pas trop. Moi j'aime bien rigoler.

500 Et comme je vous ai dit quand je disais sur la technique et tout, c'est que tout peut bien aller et d'un coup, on nous demande de préparer la pose d'un cathéter artériel et tout et de commencer à servir le médecin. Donc là l'ambiance elle change. Ou il y a une réanimation, il y a un arrêt cardiaque, là l'ambiance elle change.

501 :13 - :12

502 Intervenant 1

503 Et là si le patient ne parle pas français?

504 :14 - :06

505 Intervenant 3

506 Et je pense qu'il parlera pas tout court. Ce moment là qu'il fait le malaise, mais.

507 On va lui dire ça va monsieur? On va essayer de prendre la main, de tapoter , de hocher la tête pour voir s'il réagit.

508 :22 - :03

509 Intervenant 4

510 Est ce que vous vous êtes amélioré sur la communication avec les patients étrangers ? Parce que vous disiez qu'il y avait des mots que vous compreniez maintenant.

511 :13 - :08

512 Intervenant 3

513 Oui avec les patients arabes. L'ASH elle rigole parce qu'elle dit c'est pas possible de pouvoir parler autant de langue. Ya des trucs que je sais. À force, je pense que j'ai développé un petit truc. Et je suis contente.

514 :14 - :18

515 Intervenant 1

516 Sur plusieurs langues?

517 :20 - :08

518 Intervenant 3

519 Oui donc je suis contente. Et les filles des fois me disent, viens parce que toi, des fois tu comprend tout et n'importe quoi. On sait pas comment tu fais mais viens essayer.

520 J'me dit c'est ça, c'est ça. Et je dis c'est ça madame, et voilà, j'ai gagné.

521 Mais j'aime bien tout apprendre. .

522 :06 - :07

523 Intervenant 1

524 Et savoir quelle langue c'est vous êtes devenue meilleure aussi?

525 :09 - :11

526 Intervenant 3

527 Oui sauf celui d'hier. C'était celui du dutch. C'était l'Europe de l'ouest. Ca j'ai pas encore développé de truc.

528 Ca j'ai pas encore débloqué. On en a pas assez souvent.

529 :02 - :21

530 Intervenant 1

531 Et est ce qu'il y a quelque chose que vous voulez rajouter ou que vous pensez sur l'interprétation ?

532 :21 - :01

533 Intervenant 3

534 Bah non, je trouve que c'est super important et j'aimerais bien parce que j'avais quelques notions des langues, des langues des signes. C'est super important et j'aimerais bien reprendre des cours.

535 :10 - :11

536 Intervenant 1

537 Merci beaucoup !

538 :13 - :03

539 Intervenant 3

540 Merci à vous.

12.6 Annex 6: Interviewtranskript IP4

2 Inconnu

3 Est ce que tu peux commencer par te présenter ton nom, ton âge, ton poste ? Depuis combien de temps tu travailles ici ?

4 00:00:46:13 - 00:01:04:06

5 Inconnu

6 ***** . Mon âge 40. Bientôt 42 ans.. Et ça fait 21 ans que je suis infirmière et que ça fait 21 ans que je travaille ici. Bah en fait, j'étais en intérim et je faisais des vacations ici et j'ai signé ici , y a pas si longtemps que ça en 2014.

7 00:01:04:07 - 00:01:09:10

8 Inconnu

9 C'est quoi ton poste ?

10 00:01:09:12 - 00:01:48:18

11 Inconnu

12 Infirmière.

13 Est ce que tu peux me décrire ton rôle en tant qu'infirmière depuis l'arrivée du patient jusqu'à sa sortie ?

14 Bah nous, en fait, ici on est en réadaptation cardiaque. On est sur l'éducation thérapeutique du patient, sur la sphère médicamenteuse, le régime alimentaire et traitement, l'activité physique. Donc après nous on éduque beaucoup sur les médicaments, sur certains médicaments comme les ABK, comme l'insuffisance cardiaque avec traitement de l'insuffisance cardiaque et puis le diabète.

15 Un peu, un peu tout ça. Donc nous, à l'entrée, en fait, on a plutôt des patients... Ça a beaucoup changé. A l'époque, on avait plutôt des patients qui étaient autonomes, qui sortaient vraiment d'interventions cardiaques assez lourdes et qui faisaient qu'après toi tu les prenait en charge pour la rééducation pendant quelques jours et ils passaient en ambulatoire pour continuer leur cycle de réadaptation.

16 Sauf que depuis quelques années en fait, maintenant on a du post-op immédiat ou du pré op. Donc ça a complètement changé un peu la donne de la population qu'on accueille maintenant.

17 00:02:24:03 - 00:02:43:07

18 Inconnu

19 Tu as combien de patients à charge?

20 Alors en fait, ici, si tu veux, on n'est pas sur un service fixe. On a 45 lits en tout et pour tout. Et en fait on a 21 lits au troisième, et 12 lits sur le 3 et le 2. Au deuxième temps, la partie réadaptation avec les salles de sport, on a que douze lits aussi, mais au troisième. l'autre partie il n'y a rien, c'est que des lits aussi. Donc on est sur 21 patient.

21 Donc pour une équité, comme il y a qu'une seule infirmière, une seule aide soignante et une seule ESH sur chaque étage, tous les mois on change d'étage pour être à un moment donné avec les 21 patients. Donc ici, là, actuellement j'en ai douze. Mais sinon le mois prochain tu vas arriver au troisième,

j'en aurai 21.

22 00:03:24:06 - 00:03:45:21

23 Inconnu

24 Est ce que tu peux me parler de l'accueil des patients qui ne parlent pas français au CCN.

25 Nous quand généralement ils arrivent et qui parlent pas la langue, on demande déjà quelle est la langue qu'ils parlent et on a la chance d'avoir dans les équipes une diversification au niveau des dialectes, des langues.

26 Et du coup, ce qui fait que si les personnes sont présentes, on les fait intervenir directement pour qu'elles traduisent au moment donné. Ou alors on utilise les familles des patients qui viennent accompagner les patients à l'entrée

27 Comment ça se passe quand on te sollicite pour traduire?

28 Du coup, ma collègue pose des questions, moi je les retraduit derrière en ***** et après je redis en français pour que ma collègue puisse noter.

29 Et c'est dans quel type de situations où tu traduis ?

30 00:04:22:10 - 00:04:41:04

31 Inconnu

32 Ben moi c'est l' ***** ou le berbère que je peux traduire. L'anglais, pas trop. Ou si j'ai vraiment les bases anglais, espagnol, c'est plutôt tu sais les bases classiques de l'école ou autrement c'est plus l' ***** et le berbère.

33 Et comme t'a appris l' ***** et le berbère?

34 C'est ma langue maternelle tout simplement.

35 00:04:41:06 - 00:05:12:12

36 Inconnu

37 Donc tu peux tout dire?

38 Oui. Sinon on arrive toujours à s'entendre sur des équivalents de mots.

39 Est ce qu'on appelle dans des situations particulières, par exemple, il y a plusieurs... J'ai compris qu'il y avait plusieurs moments avec le patient. Il y a d'un côté l'éducation thérapeutique, il y a la distribution de médicaments, il y a l'accueil où tu recueille les données. Est ce que tu sais qu'il y a il y a des étapes où on va toujours avoir besoin de toi comme interprète et des étapes où on ne va pas t'appeler ?

40 En fait, on va m'appeler souvent, c'est plus pour le recueil de données à l'entrée du patient, ou on va m'appeler pour si y a une problématique, par exemple le médecin qui veut expliquer quelque chose à un patient qui ne comprend pas.

41 Sur un truc assez important, qui peut pas attendre qu'il y ait une famille ou quoi. L'éducation thérapeutique, généralement, mes collègues ils laissent pour les jours où je suis présent pour faire l'éducation thérapeutique du malade à ce moment là et autrement c'est tous ces moments sur lesquels on nous fait intervenir.

42 00:05:55:20 - 00:06:18:06

43 Inconnu

44 C'est les médecins qui t'appellent aussi?

45 Oui, les médecins peuvent nous appeler aussi. On a une liste d'interprètes chez nous et tu sais sur notre Bluekangu. En fait selon le dialecte utilisé...

46 Toi t'es sur cette liste?

- 47 Oui. Euh non. Non je te dis des bêtises. Je suis pas sur cette liste parce que la liste ça n'a pas été mis à jour depuis très longtemps et je voulais pas être sur la liste.
- 48 Je me suis dit on peut m'appeler comme ça, mais j'ai pas envie d'être de manière officielle.
- 49 ça change quelque chose?
- 50 Flemme, c'est juste ça.
- 51 Mis est ce que tu es moins appelé du coup ?
- 52 Non, non, ça ne change pas grand chose. C'est juste que dans les textes en fait je figure pas sur la liste, mais après on me sollicite je pense tout autant
- 53 Ca te dérange qu'on te sollicite?
- 54 00:06:41:16 - 00:07:01:23
- 55 Inconnu
- 56 Non, pas du tout.
- 57 T'aimes bien interpréter?
- 58 Oui, parce que tu sais, ça met quand même une relation qui est...Quand t'interprète avec le patient, c'est quand même beaucoup plus ..Le patient le prend vraiment de manière, tu sais, chouette j'ai quelqu'un qui me comprend et qui me parle, tu vois.
- 59 Donc ça met une certaine relation plus rapprochée je dirais. Plus de confiance, plus de je sais pas si tu comprends.
- 60 Tu peux me décrire un peu plus cette relation.
- 61 C'est à dire que cette personne là, en fait, elle va se sentir comprise, tu vois. Et du coup, il y a combien de fois ça m'est arrivé, qu'au moment où tu traduis et qu'il y a des patients qui disent, j'en profite comme tu parles la langue, est ce que tu peux m'expliquer ce qui s'est passé auparavant ?
- 62 Parce que j'ai rien compris, on m'a parlé, on m'a dit des trucs, on m'a expliqué ça. Donc toi t'es là, tu dis ok, il n'y a pas de souci. Donc tu reprends un peu l'historique de l'hospitalisation avant d'arriver chez toi. Et du coup en fait c'est vrai que la personne elle est beaucoup plus réceptif. En même temps, elle est beaucoup plus en confiance et puis beaucoup plus à l'aise et du coup elle est beaucoup moins stressée. Puis tu vois, ça se passe vraiment après beaucoup mieux sur la prise en charge, elle est d'accord avec ce que tu lui expliques et tout, donc elle le comprend mieux, donc elle adhère plus facilement au projet thérapeutique, tu vois ?je dirais plutôt ça comme ça,
- 63 00:08:05:16 - 00:08:32:16
- 64 Inconnu
- 65 C'est important pour toi qu'elle adhère au projet thérapeutique?
- 66 Ah oui, c'est la base, parce que franchement, nous on est certes des soignants et tout. Mais si la personne c'est pas un acteur de son état et de sa prise en charge, il va revenir dans les mois qui suivent toujours et donc c'est pas notre intérêt, nous notre intérêt, c'est que vraiment on lui donne tous les clés en main pour que voilà ce qui n'allait pas dans sa vie il les change, il les réadapte, il s'adapte avec son quotidien par rapport à son nouvel état de santé pour ne pas qu'il y revienne. C'est notre but, tu vois ? Sinon non, moi ça me fait plaisir quand les patients comprennent et qu'ils ne reviennent pas. Quand tu vois des patients qui ont échoué et qui reviennent, c'est... merde Bon, on reprend. Tu vois, c'est un échec pour nous. Et puis surtout pour lui. Il faut qu'il soit acteur de sa maladie et qu'il se prenne en main. On ne peut pas faire à sa place. L'adhésion est importante parce que sinon il adhère pas de façon tu peux rien faire pour lui.
- 67 L'interprétation que tu fais elle permet l'adhésion?
- 68 00:09:11:18 - 00:09:31:24

69 Inconnu

70 Plus facilement parce qu'ils sont plus rassurés. Tu vois le fait qu'ils ont quelqu'un qui comprend et qui a mis des mots sur leur mal être ou quoi et qui arrive à traduire les choses. L'adhésion est beaucoup plus facile je trouve.

71 Tu le remarques comment ?

72 Par exemple sur la prise des traitements quand tu leur expliques pourquoi ..

73 Parce que moi je suis assez scolaire . Là j'ai des patients qui parlent ***** , je vais leur dire en ***** à quoi sert chaque médicament que je mets dans leur pilulier. Et dès que j'ai fait ça, au début, quand ils sont arrivés, tu vois ? Ah bah vous êtes la première à me dire que j'ai fait du cholestérol, mais parce que vous me donnez un médicament pour le cholestérol, mais je savais pas moi que... Et toi t'es là, tu dis, si vous en avez un peu, donc tu lui expliques et tout. Et du coup, quand les familles arrivent avec des choses qui n'ont pas besoin droit de manger parce que c'est riche en graisses ou en sucre, tu vois, pour ceux qui ne savent même pas qui étaient diabétiques, parce qu'on en a, ben ils disent non j'ai pas le droit.

74 00:10:11:23 - 00:10:35:08 75

75 Inconnu

76 Ok, donc ça améliore la prise en charge.

77 Ils disent à leur famille ne me ramène rien, j'ai pas le droit, j'ai du cholestérol et du sucre. Ah non, tu me ramènes avec du sel. Non le sel j'ai pas le droit non plus. Du coup ça prouve qu'ils ont bien compris des choses et qu'ils sont déjà en train de changer leur mode de pensée, leur façon, leurs habitudes quoi.

78 00:10:35:10 - 00:10:59:11

79 Inconnu

80 Il y a des patients qui ne savent pas qu'ils ont du diabète?

81 Ben oui, parce qu'il y a des patients qui sont en fait si tu veux. Bah là j'en ai un encore. Lui il comprend le français hein, mais le diabète a été découvert lors de son infarctus. Donc voilà, il en a douze, ce qui est énorme 10 % alors que les mecs il n'avait jamais fait d'hypo auparavant ou d'hyper, donc il sait même pas qui étaient diabétique. Ils avait jamais fait de prise de sang donc bon pour lui c'est plus difficile parce qu'on lui apprend qu'il est insuffisant cardiaque, qu'il est diabétique, qu'il risque de passer au bloc pour se faire dilater. Donc du coup tu vois, c'est pour lui psychologiquement très compliqué. Donc c'est pour ça que je te dis certes, on est des soignants, mais on est aussi beaucoup confrontés à ...

Normalement, en tant qu'infirmière t'es plutôt, on va dire exécutant, j'ai pas ce mot là, mais c'est un peu, on agit sous prescription, on agit sous.. mais en fait, on se rend compte que de plus en plus, on a ce côté social, ce côté psychologue, ce côté médical, ce côté tout. Franchement, t'es vraiment dans l'entièreté du patient quoi.

82 Et tu dirais que dans cette partie là de ton rôle, elle est différente du fait que tu parles ***** ?

83 Oui, par rapport aux patients qui ont cette barrière oui. Parce que je te dis tu vois en fait, ils sont vraiment plus ouverts à t'expliquer, à se livrer, à te dire des choses parce qu'ils savent que de l'autre côté, toi, tu les comprends et que t'arrives à leur traduire et à leur expliquer les choses.

84 00:12:13:11 - 00:12:40:01

85 Inconnu

86 Je crois, tu vois. Et c'est peut être plus oui. Est ce que quand tu es interprète, t'es interprète et infirmière à la fois?

87 C'est à dire ?

88 Est ce que parfois tu fais que traduire pour une collègue qui prend en charge le patient, ou est ce que quand tu traites, quand tu parles ***** à un patient, tu vas être infirmière et interprète, c'est à dire que tu vas lui comme tu disais lui expliquer ses médicaments pour le cholestérol.

89 00:12:40:01 - 00:12:57:04

90 Inconnu

91 Moi je fais de manière systématique ce que je lui disais. Moi je suis assez scolaire. Ce qui fait que quand je donne des médicaments, je pars du principe que tu vois les patients qui sont là, ils ont la plupart des pathologies associées, donc ils n'ont pas que le cœur, ils ont du diabète ou peu importe.

92 Et en fait c'est beaucoup de comprimés à avaler, huit ou dix pour certains. Tu vois. Donc au bout d'un moment, je pars du principe que je me mets à leur place et que je me dis m'arrête tous les matins t'en avale 8, le soir t'en avale dix et tu sais pas pourquoi. Qu'est ce que tu fais ? À un moment donné tu dis c'est trop, je prends plus, j'arrive plus à manger. La plupart c'est ce qu'ils te disent, je prends les médicaments, j'ai plus faim et ça me coupe l'appétit. Mais quand tu leur expliques, je leur dis ben ça c'est pour la tension, ça c'est pour le cœur. Et je l'ai fait en systématique pour tous les patients français ou étrangers. C'est à dire que quand je te disais je vais l'expliquer en ***** , c'est pour les patients qui ne comprennent pas. Autrement, même avec les autres patients, je le fais tous les matins et tous les midis, tous les soirs. Et bien je t'assure que ils connaissent leur traitement, ils les apprennent et ils vont te dire mais aujourd'hui vous m'avez pas donné celui pour la tension. Oui parce que le médecin il a changé et il a décidé de ne plus vous mettre parce que vous en avez plus besoin.

93 Et là tu te dis ben oui, il y a un impact parce qu'il remarque qu'il y a une modification de traitement. Ce que je te disais tout à l'heure, c'est que mon but c'est que quand ils sortent d'ici, qu'ils soient aptes à prendre leur traitement et à se prendre en main et à ne pas revenir, à comprendre ce qui ne va pas dans leur vie à ne pas revenir dans le circuit de l'hôpital quoi.

94 00:14:16:18 - 00:14:41:01

95 Inconnu

96 . Et il y a une différence entre ta relation avec le patient qui parlent ***** et les patients qui parlent français, ?

97 Non.

98 Et les patients qui parlent une autre langue ?

99 Moi la plupart du temps chez que je te disais, je traduis avec le Google trad. La plupart des langues sont en audio parce que c'est pas tout le monde qui sait lire non plus.

100 Tu sais, quand on a des problèmes de tamoul, surtout, c'est l'écriture, tu vois, il y a certaines langues il n'y a pas d'audio sur Google trad, donc ça c'est un peu compliqué parce que s'ils savent pas lire bah du coup obligé de faire intervenir la famille. Mais la plupart du temps, les mots traduits sur Google trad sont les bons.

101 Donc ouais, les patients comprennent tout à fait. Parce que ce qui est bien c'est que tu as quand tu donnes la phrase en audio. Il te l'écrit. Et du coup en fait, ce qui fait que tu peux voir s'il y a des mots que tu m'as mal dit, je les rectifie et après tu mets en audio et là la personne qui est en face, en fait elle comprend tout à fait.

102 Parce que quand elle te répond, tu peux faire en inverse, donc ça veut dire que lui il te parle dans sa langue et Google trad il traduit en français tu vois. Et franchement quand c'est en audio c'est le top, quand c'est pas en audio c'est plus compliqué on est obligé de faire appelle à ??

103 Et dans ce cas là, comment ça se passe ?

104 00:15:40:01 - 00:16:05:10

105 Inconnu

106 Soit par téléphone, on appelle un membre de sa famille ou un ami qui parle la langue. Des fois c'est des traducteurs qui comprennent pas très très bien le français, donc ça c'est encore plus compliqué. Mais autrement c'est quelqu'un qui vient, on dit quand votre fille elle arrive, quand votre mari arrive ou vous vous faites venir pour qu'on puisse à ce moment là poser toutes nos questions, expliquer les choses et

surtout d'expliquer.

107 Parce que des fois il y a des patients. Tu vois, je t'ai dit surtout avec la barrière de la langue qui vont pas parler et en fait à qui jamais on leur a dit vous avez des questions ? Parce que nous , depuis quand ils sont pris en charge à l'hôpital, c'est on vous a opéré du cœur, voilà bam, ça se passe comme ça dans l'opération, t'as même pas le choix.

108 Donc on l'a expliqué, t'as compris , t'as pas compris, ils t'opere ils te ramènent. Donc après quand tu leur dis vous avez des questions, traduit par une personne et là t'as 40 000 questions qui sortent. Mais des questions... Donc tu vois c'était même pas c'est même pas ton ressort, c'est des trucs qui étaient en antériorité.

109 parce qu'avant on a pas fait ce travail là?

110 00:16:42:02 - 00:16:55:24

111 Inconnu

112 Non il y a certains patients avec qui on n'a pas fait le travail

113 et toi tu le fais systématiquement?

114 Ben moi oui,etoujours je leur demande est ce que vous avez des questions ? Il y a des choses que vous n'avez pas compris? Tant qu'à faire, tant qu'à la personne qui est là pour traduire, vous me le dites et puis comme on essaye de répondre au maximum à vos attentes.

115 Donc c'est quoi la différence entre la famille qui traduit et un collègue qui traduit?

116 Franchement, il y en a pas.

117 Tu vois, pas de difficulté dans l'un ou l'autre ?

118 Ben en fait non. j'allais te dire, à partir du moment où c'est juste des termes qui sont mis après je ne sais pas comment la personne elle qui est qui, qui passe par le traducteur, peut être que pour elle c'est différent, mais moi pour moi non.

119 00:17:25:05 - 00:17:47:03

120 Inconnu

121 Est ce que t'as des retours de collègues sur je sais que parfois ils vont appeler la famille au lieu de t'appeler toi parce que t'es pas disponible par exemple, est ce que tu sais si ils préfèrent t'appeler toi?

122 Non, ils m'ont pas fait de retour dans ce sens là.

123 00:17:47:04 - 00:18:03:12

124 Inconnu

125 Et comment ça se passe quand on t'appelle ? On t'appelle par téléphone ou tu viens ?

126 Non, non, on va me solliciter que quand je suis dans l'établissement. Donc si ma collègue est au troisième, elle a besoin de moi. Je suis là aujourd'hui elle va m'appeler.

127 00:18:03:14 - 00:18:31:02

128 Inconnu

129 Tu vas jamais interpréter par téléphone ?

130 Non. Ca on a jamais fait.

131 Parce que t'es pas sur cette liste peut-être?

132 Peut être aussi.

133 Et si tu connais pas le patient, qu'est ce qui va se passer, ta collègue va t'expliquer ce qui se passe ?

134 Non, généralement ce qui se passe, c'est qu'elle va te dire ouais, le recueil de données, je ne peux pas

le faire parce que vraiment il ne parle pas le français, il parle que l' ***** et je comprends pas.

135 00:18:31:04 - 00:18:47:03

136 Inconnu

137 Donc c'est moi qui vais faire le recueil de données.

138 Ok, tu vas prendre la place de ta collègue.

139 Voilà je fais le recueil de données et puis après je reviens la voir et je fais une petite synthèse. J'ai tout écrit mais voilà, en gros il est comme ça.

140 Parfois tu traduit entre les deux?

141 00:18:47:03 - 00:19:06:22

142 Inconnu

143 Oui ça peut arriver, pour les médecins surtout. Quand c'est un médecin qui t'interpelle pour lui dire je ne sais pas, il a fait une échographie cardiaque à un patient et qu'il voit des trucs, des anomalies, tu vois. Du coup, il va me dire, ***** est ce que vous pouvez lui dire que j'ai fait l'échographie. Il y a ça, ça. C'est là qu'en fait je vais traduire ce que le médecin me dit de lui dire et que le patient me répond et que je traduise au médecin.

144 00:19:06:24 - 00:19:31:02

145 Inconnu

146 Ca t'arrive qu'il y a des choses que tu sais pas traduire?

147 On arrive toujours à trouver des équivalents. Honnêtement.

148 Et sur le vocabulaire technique par exemple, à quel point tu l'utilises?

149 Ca va. Maintenant je le...

150 Donc tu t'es améliorée?

151 Ah ben oui. Ben oui, parce qu'il y a des termes, même si c'est ta langue maternelle...

152 Enfin le vocabulaire médical c'est pas quelque chose que tu vas forcément connaître. Et là forcément, avec le temps, tu sais comment on le dit dans tel pays ou dans tel pays.

153 Et à quel point tu vulgarise ou pas? parce que tu sais les termes justement comme moi je connais pas, que les patients ne connaissent pas, à quel point toi en tant qu'infirmière tu les utilises?

154 00:19:51:22 - 00:20:07:13

155 Inconnu

156 Ben moi je vais lui dire le mot et s'il ne comprend pas, je vais utiliser des mots qui sont plus adaptés à son vocabulaire à lui, mais c'est pour ça qu'on arrive toujours à s'en sortir.

157 Et d'abord, tu dis le mots?

158 Oui, donc il y en a qui vont percuter dès le début et il y en a d'autres en fait, on a besoin de passer une autre schématisation, c'est à dire avec d'autres phrases. Exemple je vais aller piqure, c'est comme ça. Ben là en fait il comprend pas le mot piqure. Du coup tu voulais dire ben voyez, quand on fait une prise de sang, on met une aiguille. Ah d'accord, ok, je comprends. C'est ça que vous voulez me dire. On arrive toujours à peu près.

159 Le médecin, il va te parler en termes plutôt techniques?

160 00:20:35:08 - 00:20:54:09

161 Inconnu

162 Oui, mais moi je vais le vulgariser par rapport au fait, comme je te dis, d'abord je vais dire le mot. Si

le mot technique ne vient pas au patient, ben je vulgarise à son niveau.

163 Et c'est quoi pour toi l'intérêt de l'interprétation pour le soignant ?

164 00:20:54:11 - 00:21:11:02

165 Inconnu

166 L'intérêt ? Ben c'est pour le patient, pour que lui puisse comprendre ce qui se passe exactement.

167 Et pour le soignant?

168 Ben moi comme je t'ai dit, c'est une relation qui a un peu... Normale parce qu'on va lui expliquer les choses, mais après je vois pas l'intérêt. L'intérêt proprement dit pour le soignant, c'est juste que être sûr que le patient y va adhérer comme je t'ai dit tout au début et que il a compris ce qui se passe et qu'il va suivre la chose.

169 00:21:32:07 - 00:22:08:20

170 Inconnu

171 T'as parlé d'échecs parfois ?

172 Ben comme je t'ai dit quand le patient revient. Un patient que t'as briefé pendant... Nous la moyenne de séjours, c'est à peu près quatre semaines de rééducation. Quand ils ont fait tout leur cycle en hospi . et quand y'a des patients, en fait, par rapport au sevrage tabagique, au diabète ou au régime sans sel, bref, et que tu les revois, tu sais, ils étaient motivé, ils ont arrêté de fumer, ils faire attention à ce qu'ils mangent et tout et puis après ils ressortent dans la vraie vie et ils ont plus suivi ce que tu avais préconisé entre guillemets. Bon, c'est un chec parce que tu te dis bon là il recommence, on redémarre à zéro avec lui. Ce qu'on lui a dit, on lui a dit ça a eu un impact le temps de l'hospi, et malheureusement il revient au circuit et c'est oui, c'est un échec.

173 Pour lui plus que pour nous. Mais même nous, on se remet en cause parce qu'on se dit qu'est ce qu'on a foiré entre guillemets lors de sa première hospi pour qu'il revienne ?

174 Et qu'est ce qui a foiré ?

175 Ben soit, ils ont pas eu.. puisque bon, comme je t'ai dit les patients doivent être acteurs de leur maladie. Parce que nous on fait ce qu'il faut pendant l'hospi mais après à l'extérieur c'est à eux de se prendre en main et même à l'intérieur, dès le début ici et puis de continuer à se prendre en main à l'extérieur. Mais dans ce qu'on a pu foirer, c'est peut être qu'ils n'ont pas eu soit l' impact, ou alors qu'on a nous, pas mesuré l'environnement extérieur du patient assez pour adapter au maximum ses difficultés qu'il aurait pu rencontrer lors de son retour à domicile.

176 00:23:09:15 - 00:23:29:07

177 Inconnu

178 Parce que là, le fait qu'il parle un français qui joue un rôle là dedans?

179 Je pense qu'il y en a oui. Parce que c'est pas évident de.. Après les ***** , il y a pratiquement tout le monde qui parle l' ***** dans les pharmacies, les choses comme ça. Donc tu peux toujours trouver quelqu'un, mais d'autre langue, je pense que c'est ça. D'autres langues qui sont peut être un peu moins vulgarisées c'est ça je pense qui peut jouer aussi.

180 ton avis sur la prise en charge des patients qui parlent pas français est différent ?

181 Oui. Mais tu sais, je pense que les pauvres ils partent aussi avec un certain. Donc je vais te dire un certain je ne vais pas dire ce mot là, mais bon, un certain handicap par rapport à l'autre, parce que tu vois, t'es dans une société où on parle français, donc celui qui sait dlire le français, qui parle français, forcément son éducation, elle va être optimal parce que c'est notre notre langue de base ici, tout le monde, tout le monde la parle, tout le monde. Ca veut dire que quand un médecin doit s'adresser à toi, il va te parler, l'infirmière ou peu importe, elle va te parler en français, tu sais le lire, tu sais l'écrire, donc tu vas comprendre. Ls documents qu'on te donne, tu vas les comprendre. Là expliquer une épreuve d'effort avec

le consentement au patient.. Nous, on va sur les lignes basiques, tu vois, on va pas sur les détails que tu peux donner à quelqu'un qui est en français.

182 même si toi tu traduis?

183 même. Ta feuille tu peux pas la traduire, le consentement par exemple.

184 Le consentement c'est ce qui explique tous les savoirs de l'épreuve d'effort et des risques qui sont liés. Nous on va sur les points principaux. Moi en tout cas, quand je traduis, je vais sur des points principaux, je vais expliquer qu'est ce que l'exmane vite fait, quels sont les risques qui sont liés à ça. Mais c'est pas comme quelqu'un qui a eu la documentation dans les mains et qui tous les jours on te parle, tu vois, qui connaît la langue, ça c'est sûr, ils partent avec un handicap.

185 00:25:09:14 - 00:25:39:11

186 Inconnu

187 C'est quoi la conséquence du cas précis du consentement ? C'est qu'ils comprennent moins?

188 L'examen en lui même, tu vois ? Donc du coup, moi j'ai eu des patientes moi même en leur expliquant qu'ils allaient faire une épreuve d'effort, donc ils allaient être scopé sur un vélo qui était fixe et qu'il fallait pédaler, que le cardiologue le dirait à un moment donné, stop quand il verra que le cœur est en souffrance et tout, dans le consentement, c'est vraiment bien détaillé, tu vois ? Ce qui fait qu'ils savent ,ce qu'ils ont lu. Ils se disent , ouais ben tfaçon, je vais pédaler jusqu'à tant entre tant et tant, mais quand le cardiologue il parle pas la langue , et il ne dit pas au patient, il lui dit vous devez ... Donc il va dire entre 20 et 40 faut pas que la machine elle descende en dessous de 20 par exemple et qu'elle monte au dessus de 40 quand tu pédales. Mais celui qui comprend pas?! Lui il va pas comprendre donc il va juste pédaler, pédaler, pédaler, il va rien comprendre, et le cardiologue va lui dire ralentissez. Il va essayer de lui parler avec les gestes, donc elle va ralentir. Donc là il va en dessous, il va être au dessus. On est pas forcément présent quand ils le font. Ils ont tellement aussi d'épreuves d'effort à passer qu'ils peuvent pas se permettre que quelqu'un traduise en permanence et tout ça quoi . Donc ça je le dis, c'est un peu délicat pour eux.

189 Toi tu le remarques après?

190 Oui, on le voit parce qu'il y a des patients, quand tu leur dis, ben à l'épreuve d'effort j'aurais pensé que vous auriez fait plus, vous avez pédalé que 40 watts.

191 Et du coup il tu te dis ah bon ? Mais non, moi c'est le cardiologue qui m'a dit de m'arrêter. Et en fait tu te rends compte que bah il descendais trop en dessous ou trop au dessus donc.. J'ai même eu une fois un patient, je te jure qui m'a dit Oui ***** j'ai pédalé mais la selle était trop haute.

192 Mais pourquoi vous l'avez pas dit ? Parce que du coup elle arrivait pas à toucher les pédales. Mais pourquoi vous l'avez pas dit ? Elle dit non mais moi je pensais que c'était fait exprès, que ça faisait partie de l'épreuve d'effort, que c'était une difficulté en plus. Tu t'aperçois pas en fait que même quand tu traduis, tu peux pas traduire tout, à part si t'es présente et tu leur dis 'est ce que vous êtes bien installés, les pédales, elles touchent bien, c'est vraiment dans les détails que tu rentres, donc forcément tu parles. Education ADK (antivitamine K) c'est pareil.

193 Et tu sais, il y a un carnet de surveillance et en fait ce carnet de surveillance, il y a des règles d'or et ça t'explique les médicaments. Tout est écrit en français et après toi tu dois tenir le cahier en charge.

194 Mais le patient qui sait pas lire, ou qui parle pas la langue tout simplement, lui tu vas aller dans la base aussi, tu vas pas lui raconter tous les détails de ce qui a écrit dans le carnet. Donc c'est pour ça que je te dis, ils partent avec un handicap, moins de chance par rapport à un patient qui lui...

195 Ils partent avec moins de chance que les autres.

196 Il y a beaucoup de documents écrits comme ça?

197 Ben oui, c'est pour ça. La plupart.

198 Tu me disais les documents écrits, il y a beaucoup de documents, la plupart de l'éducation se fait en grande partie avec de l'écrit, donc c'est compliqué.

199 Et vous avez déjà parlé de..?

200 Alors on avait tenté sur le diabète d'avoir... Donc là la diététicienne qu'on a, elle a des documents dans différents langues, tu vois, genre l'anglais, l' ***** . Mais sur les AVK on a que en français.

201 Parce que toi en fait, tu vas traduire toujours les mêmes choses, les mêmes documents, tu les connais ces documents?

202 00:29:28:06 - 00:29:44:16

203 Inconnu

204 Ouais, c'est ça. Mais avec les mots basiques classiques, tu vois, je vais pas aller dans le détail de tout ce qui est noté, parce que t'as pas le temps. Et puis. C'est pour ça je te dis il partent les pauvres avec moins de chance que les autres.

205 Comment on pourrait assurer une meilleure prise en charge des personnes qui parlent pas français?

206 Du coup, nous ce qu'on fait c'est éducation thérapeutique avec les familles. Donc c'est vraiment quelque chose qui est vraiment convenu dans le sens où quand on s'aperçoit que la barrière de la langue, donc on essaye d'avoir un interlocuteur de la famille qui est prêt à comprendre des choses et pour ensuite prendre en charge à l'extérieur.

207 Mais sinon, comment on fait ? On essaie avec eux, Google trad c'est le maximum, on essaye de toujours lire avec eux mais c'est compliqué. Ouais c'est super compliqué.

208 Tu es sollicité combien de fois pour traduire ?

209 J'ai un peu de chance parce qu'on est beaucoup d' ***** et on me sollicite pas beaucoup. Y a aussi d'autres collègues qui savent parler, donc franchement, à peu près peut être une fois par semaine.

Et c'est quelque chose que tu et qui procure du stress? Non. Pas du tout.

Quelque chose quz t'aimes bien faire? Ca me dérange pas.

Si j'étais à ta place et que je te disais je suis infirmière qui parle ***** , donc tu demandes je dois les traduire pour une collègue, pour un patient, quel conseil tu me donnes ?

00:31:07:03 - 00:31:18:16 Inconnu Ce serait de s'assurer que tout ce que tu traduit soit vraiment ce que la personne a bien compris quoi.

Comment je m'assure de ça ?

00:31:18:18 - 00:31:44:10 Inconnu

Tu demandes la reformulation. Tu dis je vous ai expliqué ça, c'est ça. Qu'est ce que vous en avez compris ? Est ce que vous avez des questions ? Et c'est généralement là que tu comprends, si il a compris ou pas. Moi c'est ce que je fais.

Est ce qu'il y a des choses auxquelles tu fais particulièrement attention quand tu traduis pour un patient ***** ?

00:31:44:12 - 00:32:06:10 Inconnu Des choses particulières ? Non, pas forcément. Je crois. Je crois que tu traduis tout. Après il y a des choses plus délicates que d'autres à dire, Quand le médecin fait l'écho et que le patient savait pas qu'il avait un cœur aussi abîmé et tout. Tu vois, c'est super délicat de lui expliquer que malheureusement son cœur tu vois, il est beaucoup plus fatigué. Il y a des choses qui sont pas faciles à dire. Des fois on a des transferts, donc le médecin fait appel à toi et là il faut que le transfert soit alors qu'il a pas encore la symptomatologie mais il a déjà vu sur l'écho par exemple que le patient il est en train de faire un épanchement ou autre donc il nous dit on le transfert. Ben c'est un peu délicat de dire oui le médecin, il a trouvé qu'il y avait du sang dans votre cœur. Ces des trucs classique, tu leur expliques qu'il y a un peu de sang dans votre cœur, donc ça c'est pas normal. On préfère vous hospitaliser à notre CCN pour être surveillé. Ou alors dans votre établissement initial pour être surveillé. Et là, tout de suite, quand il est stressé, le patient tu vois, parce qu'il se dit ah oui, je vais mourir, c'est ça ? Il arrive directement avec des grosses idées et tu lui dis non mais c'est juste qu'ici on a pas l'appareillage et le matériel nécessaire

pour vous prendre en charge. Donc on préfère que vous soyez surveillé par un service adapté et que nous on n'est pas adapté quoi. Mais c'est vrai que c'est délicat, c'est délicat ça c'est un peu délicat, mais quand tout va bien, ça va de traduire. Quand tout va bien, ça va bien traduire, tu vois, c'est super positif. Puis votre coeur il va mieux, vous avez gagné en en traction d'éjection et tout. Donc ça c'est trop facile à dire. Ça c'est assez agréable, mais dans l'autre sens, c'est un peu plus désagréable.

Si le patient parle français, c'est le médecin qui va lui dire?

Oui tout à fait. Donc c'est lui qui se charge de façon, normalement c'est lui, c'est à lui de se charger d'annoncer les diagnostics. Mais quand il ne connaît pas la langue, c'est un compliqué.

Dans ce cas là, c'est en présence du médecin?

231 Oui, oui, toujours. Et c'est quoi la difficulté de ce moment là?

232 C'est plutôt le stress du patient, le fait que lui il encaisse pas la mauvaise nouvelle, pour lui ça lui tombe dessus. Et puis c'est toi qui est un peu responsable dans le sens c'est toi qui lui dit des choses. Donc l'impact mental elle pas pareil pour toi.

233 C'est à dire pour toi ça a quel impact?

234 Ça, ça te touche plus parce que tu tu es mal à l'aise, T'es pas bien de traduire des mauvaises nouvelles, c'est pas cool quoi. C'est une situation délicate parce que d'habitude je te dis, c'est au médecin d'annoncer le diagnostic. Donc nous on est plutôt couverte par rapport à ça Là c'est toi qui met les pieds dans le plat. C'est toi qui es ne première ligne. Donc ouais, c'est pas facile pour toi du coup.

235 Et ça arrive qu'il y ait des malentendus ou des conflits entre patients et médecin ou infirmière, entre qui tu traduis?

236 00:34:54:13 - 00:35:21:13

237 Inconnu

238 Non. Généralement ils sont plus paniqués les pauvres que de la colère ou l'agressivité qui peuvent en sortir. C'est plutôt de l'incompréhension, de la tristesse. Et du coup ils sont plus en train de pleurer qu'autre chose.

239 Comment tu réagis quand ils pleurent ?

240 Donc t'es humaine donc franchement, tu essaies de les rassurer. C'est vrai que tu sors de ton rôle de soignant là, et tu essaye d'être un peu le rôle de soutien.

241 Ca t'arrives souvent?

242 Oui ca m'est arrivé. C'est tous les jours ça.

243 C'est tous les jours, même quand dans le rôle de soignant?

244 00:35:39:03 - 00:36:01:03

245 Inconnu

246 C'est pour ça que je te dis on est dans une sphère maintenant, de plus en plus infirmier. Moi ça fait 21 ans que je suis infirmière et je vois bien qu'on est de plus en plus dans le social, dans la psychologie. Donc ouais, on nous apprenait la distance professionnelle à l'époque. Mais tu peux pas parce que nous on les prend en charge pendant quatre semaines. Donc la personne, tu commences à la connaître, tu vois. Donc quand il y a un truc qui va pas, tu vas pas lui parler comme un patient qui vient d'entrer hier. T'as une relation avec lui quand même. Du coup, tu t'es touché, impacté t'es dans l'émotion.

247 Tu arrives à maintenir une distance saine sans être trop impacté?

248 00:36:21:01 - 00:36:43:15

249 Inconnu

250 Oui oui oui bien sur. ça m'arrive rarement. ça m'est arrivé d'avoir des ..Des fois tu projettes mais

autrement non ça va, c'est plutôt sain.

251 Et dans ce moment là, par exemple, tu traduis pour le médecin une annonce du diagnostic, tu dirais que t'es plus dans le rôle de soignante ou dans le rôle d'interprète?

252 00:36:43:17 - 00:37:07:09

253 Inconnu

254 J'essaye d'être dans celui d'interprète pour pas être justement dans le côté impacté.

255 Parce que pour toi le rôle du soignant est plus impacté que le rôle d'interprète?

256 Bah oui, le rôle des soignants en fait il est quand même. Là en fait, en tant qu'interprète. seulement, ça te mets quand même vraiment une de distance et ça te préserve aussi.

257 00:37:07:11 - 00:37:33:03

258 Inconnu

259 Donc quand t'interprète tu gardes plus de distance que quand tu es soignante?

260 Sur les mauvaises nouvelles oui. sur les mauvaises nouvelles, je reste vraiment avec ce que le médecin dit et tu traduis sans émotion, là je suis un interprète. Je viens de dire e qu'il en est mais je suis pas dans le...

261 Tu me disais quand même tu es humaine ...

262 Oui quand on connaît des patients ça c'est vraiment relou.

263 00:37:33:09 - 00:37:48:13

264 Inconnu

265 Ah oui parce que ça arrive que t'annonces à un patient que tu connais pas?

266 Oui on va m'appeler pour un patient que je connais pas et qu'on me dit ouais voilà, est ce qu'il faut que tu dises ça et tout. Ok, mais quand tu connais les patients, c'est plus compliqué.

267 Ah oui, parce que tu peux être rappelé juste pour ces deux trois phrases là de diagnostic et tu repars?

268 C'est ça, C'est ça.

269 00:37:48:15 - 00:38:09:16

270 Inconnu

271 Et pour un patient que tu connais?

272 Ben c'est plus dur parce que je t'ai dit tu les connais, t'es dans l'émotion donc t'es impactée toi aussi du fait que lui ça ne va pas et que là c'est pas positif pour lui et qu'avec ton expérience, tu sais que c'est quelque chose de plus difficile, ce qu'il va vivre.

273 Donc que tu ça te touche plus.

274 Donc là t'arrives moins à rester dans le rôle d'interprète? Et t'essayes quand même toujours?

275 T'essayes mais t'y arrives pas. En tout cas, moi j'y arrive pas. Après même lui il commence à craquer et tout donc là tu te dois.. Non c'est même pas tu te dois mais tu le fais mais de manière naturelle. De manière naturelle tu vas être un soutien pour lui et essayer de le rassurer, du moins d'essayer de dédramatiser la situation. Même si tu sens que c'est pas forcément le cas. Mais t'essaye de te dire bon..

276 Là t'es plus dans ton rôle d'interprète ou dans celui d'infirmière?

277 Non t'es dans ton rôle d'infirmière. L'interprète c'est plus quand les gens, je les connais pas en fait. Quand on m'appelle pour, comme je t'ai dit, tu vois un médecin qui fait une écho. Voilà, moi je ce que j'ai à faire et puis j'essaye de me détacher quoi.

278 Donc tu fais quand même une différence assez claire entre le moment t'es que interprète et moment

où t'es infirmière?

279 Oui.

280 Si on résume, le moment où t'es que interprète c'est quand tu connais pas le patient.

281 Et dès que tu connais le patient, ..

282 C'est dur. Tu restes quand même dans ton rôle d'infirmière, tu traduis mais tu restes dans ton rôle d'infirmière.

283 00:39:55:04 - 00:40:23:11

284 Inconnu

285 Est ce que tu le vois comme un truc logique que tu interprètes vu que t'es bilingue ***** ? Est ce que tu te verrais refuser ?

286 Non.

287 Tu le vois comme une..

288 Une chance. Dans le sens où c'est une chance pour le malade. Et puis j'ai toujours vu que c'était une richesse d'avoir des langues, tu vois, même une double culture, tu vois, pour moi c'est toujours une richesse. Donc du coup c'est plutôt une chance pour le patient d'avoir quelqu'un qui qui le comprenne, qui puisse lui expliquer et qui puisse en fait répondre à ses besoins et ces questions qu'il avait. Donc je le vois plutôt comme une chance.

289 Tu vois pas comme un truc en plus que tu aurais à faire que tes collègues ont pas à faire?

290 Non. Je le prends pas comme un fardeau, genre en mode ouais les autres vont pas faire ça, c'est moi qui vais me coltiner aux truc non non.

291 00:41:08:06 - 00:41:26:18

292 Inconnu

293 Les moments où tu interprètes avec un médecin, il y a quoi comme moment?

294 Comme c'est les médecins, c'est souvent mauvais, ils doivent transférer, ils ont fait un examen qui va pas, une prise de sang qui va pas, un résultat qui est anormal.

295 Donc c'est plus du négatif avec le médecin. Après on a aussi du positif quand ils ont fait une écho et il disent le coeur va mieux. Mais c'est vrai que c'est plutôt le côté négatif avec eux.

296 Et après l'entretien, tu vas parler avec le médecin pour lui faire..?

297 Oui, un retour de ce que lui a dit et puis de lui dire ouais, la prochaine fois ce serait bien de plutôt ou tu vas être un peu plus moins alerte ou un peu de donner des conseils parce que des fois il y a des médecins et ils se rendent pas compte tu vois, mais eux même voient le truc, ils sont agacés et le patient il comprend pas. Un truc tout con, genre ils ont un problème avec la sonde d'écho donc ils vont s'énervent et tout alors qu'il n'y a pas forcément de mauvaise nouvelle parce qu'ils ont juste un problème technique, mais le patient en fait, lui, quand toi tu arrives, il est déjà en stress en disant ouais ya un truc qui va pas parce qu'il était énervé le médecin. Tu vois, alors que ça n'a rien à voir. C'est un problème technique, ce n'est pas du tout ce qu'il a pu voir sur sur l'écran. Donc ouais, la je dis au médecin en disant écoute c'est compliqué pour lui parce que déjà il comprend pas la langue, donc lui comme il comprend pas la langue, il se fie à ce qu'il voit dans ta gestuelle et ta gestuelle elle était pas adaptée quoi. Parce que t'étais agacé, mais lui il a interprété ça comme étant...

298 et le médecin il réagit comment?

299 Généralement il t'envoie chier, mais c'est pas grave au moins je lui ai dit. Il fera attention peut-être la prochaine fois parce que des fois il peut te dire ça ne me regarde pas et puis des fois ils..

300 Donc comment ça se passe la collaboration avec le médecin quand tu traduits?

301 Ça se passe plutôt bien d'habitude.

302 Et en général ?

303 oui, ça se passe bien.

304 00:43:17:07 - 00:43:38:04

305 Inconnu

306 T'as l'impression qu'il fait confiance à de la traduction ?

307 Oui, tu vois, il n'a pas le choix (rires). Mais comme je l'ai dit, comme je reformule, en fait à chaque fois je lui dis oui, il a bien compris, là il vient de me dire ça ça ça, ça se passe comme ça.

308 00:43:38:06 - 00:44:11:21

309 Inconnu

310 Je crois que moi je t'ai tout demandé. Est ce qu'il y a quelque chose que tu m'as pas dit sur l'interprétation qui te vient à l'esprit ?

311 Après, c'est sûr que je pense que chaque humain est différent. Ben oui, chaque histoire est différente et chaque parcours de vie fait qu'on a une approche qui est différente.

312 Tu vois, moi je sais que je suis plus sensible sur la barrière de la langue parce que dans ma vie personnelle, moi j'ai une maman qui sait pas lire et écrire et qui s'exprime pourtant très très bien en français, mais au début c'était pas ça. Donc c'est pour ça que je t'ai dit. Peut être que c'est pour ça que je pense que je suis un peu plus sensible que d'autres par rapport à ça.

313 Le fait que tu vois, je t'ai dit, je l'ai expliqué avec des mots simples aux patients les traitements, les pathologies, les machins. Je pense que c'est mon parcours et c'est mon histoire qui fait ça.

314 Ta mère, elle parle ***** et français?

315 Oui, elle sait. Alors elle parle pas parfaitement le français, quand tu vois ma maman, tu peux pas imaginer qu'elle sait pas lire écrire le français. Sujet verbe complément nickel. Mais elle sait pas lire et écrire.

316 Donc tu l'aides toi?

317 Oui, je l'ai beaucoup aidé, mais petite. Je pense que c'est pour ça que je suis dans le bain dès petite. Remplir les chèques à l'âge de six ans alors que tu viens à peine d'apprendre à toi même écrire.

318 Je remplissais les cheques, les démarches administratives, tu vois. Peut être pour ça que je suis un peu plus sensible. On peut être dans le même effectivement, non dans la même structure de soins avec mes collègues, mais on aurait pas la même approche. On a tous des parcours de vie et un environnement qui est différent.

319 00:46:17:22 - 00:46:46:23

320 Inconnu

321 Donc tu l'as jamais vu comme une charge?

322 Jamais, au contraire, ça a toujours été une richesse je trouve que tu vois, c'est plutôt positif de parler. J'aurais aimé parler d'autres langues, tu vois, je ne suis pas spécialiste, mais j'aurais aimé parler d'autres langues parce que oui, c'est une richesse et ça complémente.. vraiment, on est tous différents, on vient tous horizons différents et on a tous le droit d'avoir un accès aux soins et un accès complet et éclairé sur ta pathologie ou sur tout, sur tout ça.

323 00:46:47:03 - 00:47:09:02

324 Inconnu

325 Donc c'est quelque chose qui est pas toujours le cas?

326 De moins en moins avec le temps qu'on doit passer plus du côté administratif et moins au côté du patient.

327 Tu parles d'ici ou partout?

328 Partout. Ici on n'en est pas arrivé là, mais on a quand même beaucoup plus d'administratif qu'avant.

329 Mais c'est vrai qu'il y a pénurie de soignants, il y a, il y a des approches administratives qui font que tu es moins présent dans la chambre du malade alors qu'avant c'était quand même la plupart de ton temps, tu passais dans la chambre des patients, t'étais avec eux que la maintenant, on te demande plein de traçabilité et plein de trucs à cocher et plein de trucs à faire alors que ..C'est comme si t'actais chaque chose, moi j'ai du mal avec ça. C'est pareil pour l'éducation thérapeutique du patient. Il faut maintenant tracer l'éducation du patient. Après je peux comprendre parce que nous on est en 12 h donc on est pas là tous les jours. Donc t'as commencé une partie l'éducation, ta collègue elle prend le relais. Mais le problème c'est quoi ? C'est que moi j'ai pas tendance, ça fait 21 ans que je suis dedans et c'est pas ma façon de faire.

330 On a pas été éduqué comme ça et puis même naturellement, c'est pas quelque chose que je vais toujours tracer, donc ça va forcément des fois passer à la trappe alors que je l'ai fait. Mais je ne vais pas forcément le tracer. Et je pense que quand on arrive sur un métier qui est de plus en plus administrative traçage, traçabilité et on perd de vue notre objectif premier qui est le patient.

331 Toi t'essayes..?

332 00:48:23:09 - 00:48:42:16

333 Inconnu

334 On essaye encore de le préserver ici. Au CCN de l'autre côté c'est plus compliqué parce que tu vois sur un lit. Quand on a travaillé là bas, sur le même lit, dans la même journée, t'as 17 malades qui passent . Il y en a un qui rentre qui sort, donc en fait tu fais juste de l'administratif. T'as pas le temps. Voilà, c'est pas toujours évident.

335 T'as vu le changement ?

336 Oui, je le vois maintenant bien. Je vois très très bien. Ça a évolué, pas en bon et je pense qu'on a encore continuer à être de plus en plus des encyclopédies au lieu de s'occuper des patients quoi. Et c'est bien dommage parce que voilà à la base des bases, c'est nous les premières alertes, c'est nous qui sommes quand même au pied du malade.

337 Combien de fois l'infirmière elle tirela sonnette d'alarme. Quand il y a des patients, quand ils te disent je me sens pas bien, j'ai ça qui va pas, c'est quand même toi qui est au lit du malade. Mais ça il le fait parce qu'il est en confiance avec toi, tu t'occupes de lui de manière générale et qu'il te voit vraiment plus présente que le médecin.

338 Le médecin il rentre il pose son stéthoscope. Respirez. Tac. Retournez-vous. Tu vois, il l'ausculte et puis se barre. Et c'est toi qui reste derrière. Et là, de plus en plus, on te dit à toi aussi maintenant tu vas venir et tu vas écrire, écrire, écrire, écrire.

339 T'aimerais bien être plus avec les patients?

340 Bah oui. C'est pour ça que j'ai fait ce métier, C'est parce que j'aime les gens, Je m'en fous des ordinateurs et de la traçabilité et c'est pas ce qui m'intéresse.

341 Moi, ce qui m'intéresse, c'est l'humain. Et malheureusement, on arrive de moins en moins à être humain parce qu'on nous charge avec des missions qui sont devenues... secrétaire, on fait tout, on est polyvalentes à un point où on peut pas à un moment donné..

342 Tu penses que les patients d'ici leur prise en charge est réussie ?

343 Ici chez nous, je pense que oui, parce qu'on a quand même cette chance par rapport à être à la vas où le patient il reste un certain nombre de temps, donc il nous voit assez régulièrement. Et puis on a ce côté éducation, on arrive à s'échapper, puis le reprendre lui tout seul, à parler avec lui.

344 Donc ouais, je pense qu'ici on a encore cette chance, On a encore cette chance. Je ne sais pas pour combien de temps, mais on a encore cette chance.

345 Tu m'as dit que tu t'étais amélioré en ***** avec le temps?

346 Les termes médicaux, oui.

347 Ouais parce que ben ouais, forcément, apprendre à dire les choses c'est enrichissant. Ah ça oui, ça c'est sûr, c'est sûr. Mais c'est vrai que ouais.

348 T'as appris comment en fait parce que c'est pas les patients qui te l'on dit?

349 Si. Justement. Quand t'expliques aux patients les choses, Ils utilisent ce terme là et ça revenait donc après tu dis ah oui ok c'est comme ça qu'on dit. Et donc maintenant il y a plus rien que tu comprends pas. Je sais pas s'il y a plus rien, tu vois, ce serait prétentieux de dire qu'il y a plus rien. Mais je te dis en fait non, c'est pas plus rien. C'est à dire qu'il y a des termes que je vais sortir le terme en lui même et si il comprend pas, il y a d'autres chemins pour aboutir, mais au final il arrive à comprendre.

350 Donc c'est sur et certain que y'a des termes que je pourrais peut-être pas dire tu vois, mais j'arrive à faire comprendre la plupart du temps.

351 Plus qu'avant, tu vois une évolution ? Tu galérais avant?

352 Oui, comment je vais dire ça... c'était un peu... alors que maintenant..

353 00:52:08:03 - 00:52:28:20

354 Inconnu

355 Est-ce que vous avez des formations ici pour les patients étrangers ou pour interpréter ?

356 Ouais, non, non, pas du tout, non, non.

357 Toi t'as déjà vu des interprètes professionnels qui travaillent à l'hôpital ?

358 Non.

359 Donc pour toi, ce serait une solution ?

360 00:52:28:22 - 00:52:52:19

361 Inconnu

362 Oui, ça pourrait l'être. Mais c'est vrai que c'est délicat, Tu sais. Parce que des fois on interpelle des gens pour traduire et comme je le disais, des fois même la personne ... Je parle d'un exemple qui vient à l'esprit. On parle d'un patient qui parlait le chinois lui il comprenait vraiment rien.

363 Tu vois, même le Google trad qui avait le script chinois traditionnel et le chinois, je peux quoi là, il le comprenait pas. Je me suis dit bon, ça doit être un dialecte. Et il me dit attends, attends, j'appelle quelqu'un. Et la personne en fait, son français, il était encore plus approximatif. C'est vrai que là je me serais dit un interprète vraiment, qui parlerait ce dialecte là, ça m'arrangerait.

364 Oui, parce que même le gars en fait, tu lui expliques en français, mais c'est un français tellement approximatif. Je me suis dit mais c'est pas la peine. Et on a un problème aussi avec le tamoul, tu vois, on a des gens qui viennent d'Inde.

365 On parle tamoul ou l'anglais, mais c'est pas l'anglais que appris à l'école. C'est un anglais qui est vulgarisé mais un point en fait. Il comprend rien à ton anglais et toi tu comprends rien à son anglais. C'est pour ça que des fois ce serait pas plus mal d'avoir un interprète qui parlerait vraiment le bon dialecte. Mais j'ai jamais vu. J'ai fait de l'intérim, j'ai fait beaucoup d'intérim jusqu'en 2014, c'est quand même pas négligeable et j'ai jamais vu de structure où il y avait un interprète officiel. Donc c'est toujours les gens du service la plupart du temps.

366 Pour le tamoul vous fait comment?

367 On avait une collègue mais qui est parti à la retraite hein, dernièrement.

368 Mais sinon c'était elle qui traduisait le tamoul. Maintenant, on essaye de faire avec google trad mais en écriture. Il y a pas l'audio.

369 00:54:34:02 - 00:54:39:19

370 Inconnu

371 Ouais. Donc ce qui fait que ça se passe très bien avec le Google trad.

372 00:54:39:21 - 00:54:57:18

373 Inconnu

374 Pour ce qu'il en fait, tu choisis la langue de départ et la langue d'arrivée et tu as le microphone pour ça. Parler avec elle. Elle comprend tout ce que je lui ai dit. Tu vois ce matin, on a beaucoup discuté et tout le beaucoup discuté dans les deux sens parce que tu viens là, moi c'est moi si je veux lui parler et elle a.

375 00:54:57:20 - 00:55:29:16

376 Inconnu

377 La cicatrice est très belle aujourd'hui. Et quand elle me répond tu fais ça ? Ok, Tu tiens pas mentir. Et du coup après l'autre il a traduit. Mais il y a des langues qui n'existent pas en audio. Le tamoul maintenant ils l'ont mis. Je vais tester. Et du coup, ce qui fait que les gens ne savent pas forcément lire leur langue, donc ça c'est compliqué.

378 00:55:59:19 - 00:56:13:10

379 Inconnu

380 Et toi, la liste des interprètes, là tu l'utilises ou pas ?

381 Non. Je me fiais à Google trad la plupart du temps. Je sais pas si il y a des collègues qui l'utilise. Franchement, Google trad ça marche bien. Ce que tu dis Si y a marqué te mes bien écrit ce que toi tu as dit non du vocal donc ce qui fait que c'était besoin de modifier, tu modifies tes mots et généralement ça se passe bien.. Moi j'ai une patiente d'origine turque et ça fait plus d'un mois qu'elle était là et mes collègues ont pas utilisé le Google trad ou essayé de parler avec elle. Son fils était venu parce qu'elle a un fils qui bouge beaucoup, qu'il a sa famille qui vit en Turquie, sa femme et ses enfants et puis lui fait que des allers retours, bref. Et du coup il est pas beaucoup là. Et en fait quand je suis arrivé que je lui ai parlé, elle avait une cicatrice qui n'était pas très belle donc elle avait un back.

382 Je sais pas si tu connais ce principe. Une sorte de pansement aspiratif qui était dessus, et moi je mets un point d'honneur, c'est pour ça que j'ai dit. Je pense que c'est un peu mon parcours de vie aussi. A ce que les gens comprennent ce que je fais et pourquoi je le fais et comment ça évolue pour eux. Du coup, j'ai mis le Google trad et je lui ai parlé en faisant le pansement et elle était presque en larmes d'avoir quelqu'un qui lui explique le truc de comment ça se passe la cicatrice. Et là, à ce moment là, son fils était revenu sur Paris. Moi je ne savais pas fait.

383 Et en fait, le soir quand il est venu, il m'a dit oui, c'est vous ***** . Il m'a dit oui, je voulais vous remercier parce que vous savez ma mère ça fait un moment qu'elle est là. Et en fait, aujourd'hui, elle, elle a vraiment m'a parlé de vous direct en disant qu'elle a vachement apprécié parce que vous lui avez tout expliqué en turc et tout.

384 Il me dit mais vous êtes turques, non non c'est avec le téléphone. Du coup il m'a dit non, franchement merci beaucoup. Et tu vois tu te dis bah c'est normal ça. Moi je vois pas où est la difficulté. Mais tu vois, mes collègues n'y avait pas pensé avant.

385 00:57:58:02 - 00:58:22:23

386 Inconnu

387 Moi dans les cinq personnes que je vais faire moi, on m'a pas dit que c'était bien, on m'a dit google traduction, c'est pas ouf. Donc t'es la première qui l'utilise.

388 Franchement, moi je vois bien que ça qu'ils comprennent.

389 Toi t'appelles jamais de collègue pour interpréter?

390 Non. Si ça m'est arrivé ce matin. On a une collègue qui parle russe et le roumain au troisième et j'ai eu un patient en fait, qui cherchait le laboratoire. Donc je lui ait dit est ce que tu peux descendre pour traduire ? Et puis dire au Monsieur, que le laboratoire n'est plus là à 100 mètres là-bas. Donc ça m'arrive encore d'interpeller. Mais c'est vrai que si je vois que Google trad fait le taf je fais avec eux.

12.7 Annex 7: Interviewtranskript IP5

1 Alors j'ai des questions, tu vois, j'ai une liste de questions que je vais poser sur des questions un peu ouvertes, donc un peu large. Donc il n'y a pas de fausses réponses. Tu me dis juste ce que tu as envie de me dire sur le sujet. Si tu ne comprends pas la question, tu me dis si tu sais pas quoi répondre tu me dis.

2 Est ce que tu peux déjà te présenter ?

3 00:01:00:19 - 00:01:35:02

4 Intervenant 1

5 Donc je m'appelle ***** . J'ai 28 ans, je suis infirmière depuis au CCN depuis fin 2023. J'ai d'abord travaillé en EHPAD un petit peu après je suis venue ici. Du coup, je suis infirmière. Je m'occupe des patients, tout ce qui est médical, genre tout ce qui est soins médicaux, tout ce qui est relationnel et aussi au niveau du staff, on prépare leur devenir, etc.

6 00:01:35:04 - 00:01:36:08

7 Intervenant 2

8 Ça veut dire quoi on prépare leur devenir?

9 00:01:36:08 - 00:01:55:02

10 Intervenant 1

11 Au staff on discute de comment ils avancent, comment on se projette par rapport à leurs séances de rééducation ici. Et si plus tard ils peuvent faire l'épreuve d'effort ou pas, ou rentrer chez eux. Comment ils évoluent concrètement au long du séjour.

12 00:01:55:04 - 00:01:58:08

13 Intervenant 2

14 Tu as combien de patients en charge actuellement ?

15 00:01:58:08 - 00:02:22:21

16 Intervenant 1

17 J'en ai 21 parce que je suis au troisième étage. Tous les mois on tourne. Là je suis au troisième étage depuis fin janvier jusque fin février. Ensuite je descendrais au deuxième. Par contre, il y a 12 patients et au premier aussi 12 patients, tous les mois on change.

18 00:02:22:23 - 00:02:25:20

19 Intervenant 2

20 Et tu parles une langue en plus du français?

21 00:02:25:22 - 00:02:32:12

22 Intervenant 1

- 23 Je parle le français, j'arrive à me débrouiller un peu en anglais aussi. Et le ***** , ma langue natale.
- 24 00:02:32:14 - 00:02:37:00
- 25 Intervenant 2
- 26 Tu peux me dire comment tu l'as appris?
- 27 00:02:37:02 - 00:02:49:24
- 28 Intervenant 1
- 29 Je l'ai appris à la maison avec mes parents. J'ai pas forcément suivi d'études ou quoi pour ça, je l'ai appris dans le tas en grandissant avec mes parents et mon entourage.
- 30 00:02:50:01 - 00:02:53:13
- 31 Intervenant 2
- 32 Et tu dirais que c'est quoi ton niveau de ***** ?
- 33 00:02:53:15 - 00:03:04:07
- 34 Intervenant 1
- 35 Courant. Je parle bien couramment le ***** je pense. Je peux faire une conversation. Par contre, tout ce qui est écrit, ça non je suis pas dans ça.
- 36 00:03:04:09 - 00:03:13:21
- 37 Intervenant 2
- 38 Et tu parles avec tes parents, encore maintenant ***** ?
- 39 Et tu parles en dehors de tes parents tu parles avec qui?
- 40 00:03:13:23 - 00:03:16:16
- 41 Intervenant 1
- 42 Mes tantes ou mon tonton ça dépend. Plus avec ma famille. Bon à part si je vais dans des boutiques vraiment... Barrière de la langue et je vois que c'est un ***** , je vais lui parler en ***** . Après dans la vie de tous les jours avec mes parents, mon entourage perso.
- 43 00:03:32:00 - 00:03:38:16
- 44 Intervenant 2
- 45 Okay. Est ce que parfois t'es sollicitée ici par tes collègues pour traduire ?
- 46 00:03:38:16 - 00:04:14:07
- 47 Intervenant 1
- 48 Là actuellement ça fait un moment, depuis fin été je pense. J'en ai pas eu des patients avec cette barrière de la langue là, le ***** du coup. Là j'ai vu qu'il y avait un patient justement qui parle cette langue au premier. On m'a pas sollicitée jusqu'à là, mais en général les kinés savent, mes collègues le savent et dans tous les cas, s'ils ont besoin et tout, ils peuvent aller sur notre notre outil Blue Kangoo pour justement avoir les les données et les numéros des différentes personnes à contacter en cas de soucis Barrière de la langue.
- 49 00:04:17:22 - 00:04:24:04
- 50 Intervenant 2
- 51 Toi t'es sur cette liste?
- 52 Oui.
- 53 Et du coup, quand on t'appelle, c'est à travers cette liste?

54 00:04:24:04 - 00:04:28:06

55 Intervenant 1

56 C'est ça. On a vu mon numéro, mon nom, et la langue que je parle.

57 00:04:28:08 - 00:04:31:07

58 Intervenant 2

59 Et avant cet été, on t'a appelé quelques fois?

60 00:04:31:09 - 00:04:55:13

61 Intervenant 1

62 Non, en fait on m'a jamais appelé. On m'a juste.. Enfin moi quand j'ai en charge un étage où il y a des patients ***** , s'ils voient que je suis ***** , ils vont forcément directement parler en ***** . Il y en a, ils arrivent à se débrouiller, ils ont pas besoin de parler ***** . Mees collègues des fois, par exemple, ma contre équipe peut prévenir que y'a un patient ***** , ils ont du mal à communiquer avec lui. Donc j'interviens à ce moment là. Au niveau des médecins aussi. Une fois là un week end, on n'arrivait pas à comprendre ce qu'ils disaient. On m'a demandé et je leur ai expliqué. Même aussi en lien avec, pas que le patient, mais aussi avec la famille du patient. Et ils arrivent à me demander, à me poser des questions un peu plus ouvertes, parce qu'il n'y a pas de barrière de la langue.

63 00:05:30:15 - 00:05:35:15

64 Intervenant 2

65 Tu dirais que ça t'est arrivé combien de fois à peu près de traduire en un an et demi?

66 00:05:35:17 - 00:05:37:18

67 Intervenant 1

68 Par le biais d'une personne qui m'a appelé. C'est ça ?

69 00:05:37:18 - 00:05:38:22

70 Intervenant 2

71 Ouais ouais, à l'hôpital.

72 00:05:39:02 - 00:06:03:24

73 Intervenant 1

74 2/3 fois. C'est rare. C'est plus pendant les périodes après Noël, fin d'année. Là en ce moment on a pas trop de patients ***** . Y'en a que un au premier ou deuxième étage.

75 Et on t'a pas appelé?

76 Non. Même en ambuatoire, mes collègues le savent et elles m'ont pas appelée. Je sais que une fois j'ai été appelé en ambuatoire pour justement faire un recueil de données.

77 J'étais là ce jour là, On a pas forcément appelé chez moi, mais j'étais là, je travaillais là ce jour là.

78 00:06:14:05 - 00:06:22:06

79 Intervenant 2

80 Donc les 2 ou 3 fois c'est le nombre de fois où t'as traduit?

81 00:06:22:08 - 00:06:25:02

82 Intervenant 1

83 On m'a sollicité pour que je vienne traduire.

84 00:06:25:04 - 00:06:40:09

85 Intervenant 2

86 . Ok, donc là, pour ce patient là qui est là, par exemple, on t'a pas appelé?

87 00:06:40:11 - 00:06:42:02

88 Intervenant 1

89 Non.

90 00:06:42:04 - 00:06:47:23

91 Intervenant 2

92 Comment ça s'est passé quand on a appelé du début jusqu'à la fin?

93 00:06:48:00 - 00:07:16:11

94 Intervenant 1

95 J'étais en service. Ma collègue est venue me solliciter en me demandant si je parlait ***** . Enfin elle a pas forcément dit ***** , elle a compris que j'avais la même langue que lui. Donc elle est venue me chercher, elle m'a demandé de savoir ce qu'il demandait le patient. Du coup j'ai intervenu, je lui ai parlé et j'ai expliqué que ce que ma collègue voulait de lui et du coup moi je disais ce que lui me disait à ma collègue et ça s'est fait comme ça.

96 00:07:16:13 - 00:07:31:05

97 Intervenant 2

98 D'accord. Est ce que du coup, les deux, vous étiez présents trois dans la pièce ?

99 Oui.

100 Ettu disais ce que le patient disait, tu le rediais en français et inversement?

101 C'est ça.

102 Tu comprenais tout ce qu'il disait le patient?

103 00:07:31:07 - 00:07:55:06

104 Intervenant 1

105 Des fois au du dialecte, c'est un peu compliqué si c'est des patients Srilankais. Parce qu'en fait eux ils ont... Si tu veux, c'est comme nous avec le français. l'Ancien français c'est plutôt le latin je crois. Donc là maintenant c'est pareil, c'est le même ***** , mais eux, ils le parlent d'une manière bien plus à l'ancienne si tu veux, là maintenant, le ***** il est plus modernisé, il y a des sri-lankais que j'arrive à comprendre.

106 Je leur demande comment ça se fait que vous parlez si bien. On arrive à avoir une conversation fluide, mais justement il m'explique que justement il a pas mal d'entourage qui parle plus de cette manière là. Donc du coup des indiens plutôt que des sri lankais donc j'arrivais à communiquer avec lui sans problème. Et des fois c'est un peu difficile aussi quand c'est des fois je tombe sur des patients sri lankais, ils vont dire des mots que le mot, il n'est pas forcément le même que ce que moi je connais. Je le connais ce mot, mais d'une autre manière fait.

107 Et t'arrives quand même à t'en sortir ?

108 Oui j'arrive à vraiment m'en sortir, des fois si je comprends pas des mots, je leur demande de me redire ou de le dire d'une manière que je puisse comprendre.

109 Après si je peux pas... voilà quoi. On arrive quand même à se faire comprendre le pourquoi il me parle d'un médicament. J'arrive à me faire comprendre aussi, ou sinon y'a sa famille qui intervient, ça m'aide un peu plus.

110 00:08:58:01 - 00:09:01:16

111 Intervenant 2

112 La famille, elle parle français en général?

113 00:09:01:22 - 00:09:08:07

114 Intervenant 1

115 Non elle parle ***** aussi, mais peut être que eux ils vont parler d'une autre manière. Ils ont peut être comprendre mieux.

116 00:09:08:08 - 00:09:14:20

117 Intervenant 2

118 Est ce que tu peux traduire des mots médicaux en ***** ?.

119 00:09:14:22 - 00:09:22:00

120 Intervenant 1

121 Oui j'ai déjà fait une éducation thérapeutique en ***** avec la présence de la famille.

122 00:09:22:02 - 00:09:23:06

123 Intervenant 2

124 Donc ces mots là, tu les connaissais?

125 00:09:23:06 - 00:09:45:12

126 Intervenant 1

127 Bah franchement, je me suis adapté. J'ai vu comment je faisais en français, j'ai vu comment je pourrais faire. Je l'ai traduit de la manière, comment je pourrais l'expliquer à mon père par exemple, à mes proches. Donc du coup ça a été plus fluide. J'ai bien fait par rapport à la trame en français et tout. J'ai su ce qu'il fallait et je l'ai dit et voilà.

128 Et en plus de ça, pendant que je faisais ça en ***** avec la famille, la fille parlait aussi en français, donc du coup si il y avait des mots que ce que j'arrivais pas forcément à dire, je lui expliquais en français et elle l'expliquait de sa manière à son papa.

129 00:10:00:03 - 00:10:04:16

130 Intervenant 2

131 Pourquoi tu dis que tu l'aurais fait comme si tu parlais à ton père ? Ça veut dire quoi ?

132 00:10:13:10 - 00:10:20:17

133 Intervenant 1

134 Je l'explique comme je l'aurai expliqué à un proche pour qu'il puisse comprendre le plus facilement possible quoi.

135 Moi j'ai aussi fait une fois, j'ai même vu une vidéo youtube justement en ***** qui m'expliquait pour avoir des termes un peu plus médicaux, pour leur expliquer aussi. Pour rajouter ça pendant mon...

136 00:10:44:19 - 00:10:46:18

137 Intervenant 2

138 T'as expliqué la vidéo?

139 00:10:46:20 - 00:11:03:07

140 Intervenant 1

141 J'ai regardé une vidéo moi même. Je leur ai pas forcément montré, mais je leur ai dit si vous faites des recherches en ***** sur YouTube, vous allez forcément trouver. Si vous voulez plus de termes

médicaux.

142 00:11:03:09 - 00:11:05:08

143 Intervenant 2

144 Toi t'as regardé pourquoi ?

145 00:11:05:10 - 00:11:13:19

146 Intervenant 1

147 Moi j'ai regardé juste par rapport justement comment le dire en ***** , certains mots médicaux en fait que je vais pas forcément savoir.

148 00:11:13:21 - 00:11:19:04

149 Intervenant 2

150 Et pour toi, c'est quoi l'intérêt de la traduction pour les patients ?

151 00:11:19:06 - 00:11:41:16

152 Intervenant 1

153 Bh ils sont plus en confiance, ils sont rassurés même en termes de la prise en charge médicale, ils sont bien, ils se sentent plus en sécurité, quand ils voient qu'il y a quelqu'un comme eux, comme nous, comme elle. Et qu'ils ont quand même une solution justement sur laquelle ils peuvent s'appuyer. Ils sont plus à l'aise en termes de soins et ça nécessite une bonne prise en charge.

154 00:11:41:18 - 00:11:47:15

155 Intervenant 2

156 Ok pour toi, c'est important qu'ils soient rassurés?

157 00:11:47:17 - 00:11:54:13

158 Intervenant 1

159 Oui. Tout le monde doit être au même grade. Donc pourquoi pas lui..

160 00:11:54:15 - 00:12:01:12

161 Intervenant 2

162 Tu ressens qu'ils sont rassurés les patients quand tu leur parle en ***** ?

163 00:12:01:12 - 00:12:20:02

164 Intervenant 1

165 Oui. Leur merci, leur sourire. Ah c'est ***** , Les trucs comme ça.

166 Ils sont contents de te voir?

167 Oui. Par exemple ma collègue Rosine elle leur dit la veille demain c'est ma collègue ***** donc, et les avertit déjà. Donc du coup voilà.

168 00:12:26:21 - 00:12:31:01

169 Intervenant 2

170 Et des fois il y a des patients ***** dont tu t'occupes directement? Sans qu'on te sollicite.

171 00:12:31:03 - 00:12:47:08

172 Intervenant 1

173 Oui. Du coup, au début je leur parle en français normalement, puis après eux même ils demandent je suis d'où. Du coup on va parler, je vais leur dire la réponse et du coup ils prennent la confiance, ils parlent

en ***** . Ils font plus d'efforts en français.

174 00:12:47:10 - 00:12:50:12

175 Intervenant 2

176 Ce sont des patients qui parlent français ?

177 00:12:50:12 - 00:12:54:11

178 Intervenant 1

179 Qui peuvent se débrouiller en français sans pour autant parler ***** directement avec son intermédiaire.

180 00:12:54:12 - 00:13:02:07

181 Intervenant 2

182 Ca change quelque chose pour toi de parler ***** avec eux au lieu de français ?

183 00:13:02:09 - 00:13:22:15

184 Intervenant 1

185 Bah disons ça facilite la compréhension déjà. Et après si je peux m'en passer, je m'en passerais mais bon. Parfois c'est gênant quand même de parler ***** . Admettons c'est une chambre double, je vais parler en ***** . Le voisin à côté comprend pas ok. Peut -être le voisin il se dit Mais qu'est ce qu'il dit ? Qu'est ce qui se passe ? Peut être qu'il va se dire qu'on parle sur lui alors que non, pas du tout.

186 Donc tu trouves ça gênant?

187 Les messes basses quand même.. C'est comme si moi je vais faire mes cheveux et y'a deux collègues arabe qui se parlent entre elles, elles sont en train de trifouiller mes cheveux, je me pose des questions quoi. C'est pas très rassurant, Ok. Donc du coup dans ce cas là c'est un peu gênant. Mais quand c'est en chambre seule ça va.

188 00:13:48:06 - 00:13:59:04

189 Intervenant 2

190 C'est quoi la proportion des patients en chambre seule et en chambre séparée?

191 Intervenant 1

192 Là dans cet étage... 6 chambres doubles au troisième et ensuite quatre chambres doubles au premier et au deuxième. Ok, donc en tout il y en a quatre quatre plus six.

193 00:14:34:12 - 00:14:41:14

194 Intervenant 2

195 Est ce que toi tu te vois comme interprète ou traductrice ? Quand je te dis ça, ça te parle ou pas ?

196 00:14:41:14 - 00:14:48:23

197 Intervenant 1

198 C'est pas mon boulot, c'est pas ma devise non plus, j'ai pas signé pour ça. Mais si je peux être utile pourquoi pas.

199 00:14:49:00 - 00:14:52:24

200 Intervenant 2

201 Genre ça te fait un peu chier ?

202 00:14:53:01 - 00:15:06:19

203 Intervenant 1

204 Franchement ça me fait pas chier. Mais ce qui me fait chier plus, c'est que si je suis en difficulté justement par rapport à cette situation. Comme je t'ai dit, il y a des mots que je ne comprends pas, donc du coup je pourrais pas forcément aider jusqu'au bout.

205 00:15:06:21 - 00:15:10:06

206 Intervenant 2

207 Et ça, ça t'embête?

208 00:15:10:08 - 00:15:33:05

209 Intervenant 1

210 Ouais. Mais après je le fais de bon cœur, y'a pas de problème. Mais si par exemple y'a des situations, je sais pas je peux très bien avoir une situation conflictuelle, lui il va me parler fort fort fort. Et je vais pas forcément à avoir le même pied d'égalité que lui en parlant avec lui. Je vais pas avoir la même notion des choses et je saurais pas si je dois défendre ma clinique ou lui si jamais y'a une situation conflictuelle quoi.

211 00:15:33:10 - 00:15:38:00

212 Intervenant 1

213 C'est déjà arrivé ?

214 Non mais j'espère pas parce que des fois je me dis...

215 00:15:38:02 - 00:15:39:09

216 Intervenant 2

217 Pourquoi t'as peur de ça ?

218 00:15:39:11 - 00:16:04:05

219 Intervenant 1

220 Parce que je sais qu'il y a une fois, c'était au troisième étage, il y a eu une situation conflictuelle justement avec des personnes ***** . Donc je me suis dit j'espère que ça tombera pas sur moi un jour avec la même langue et tout, parce que sinon ça risque de ...Moi je saurais pas dans quelle position me mettre . Je saurai pas si je dois défendre ma clinique ou mon patient ou je dois être là en mode je cache des choses. Tout dépendra du contexte, mais ça peut mettre en difficulté. Là tu te dis mais pourquoi j'ai dis que je suis ***** quoi, j'aurai pu dire que je suis mauricienne, laissez-moi tranquille! (rires)

221 00:16:16:00 - 00:16:18:12

222 Intervenant 2

223 Tu sais pourquoi c'était le conflit ?

224 00:16:18:14 - 00:16:34:15

225 Intervenant 1

226 Euh je saurai pas te dire, mais on m'a dit qu'on a appel téléphonique comme quoi on s'occupait pas de son papa ou j'sais pas quoi. Il était venu un jour un samedi ... c'était pas une énorme ampleur, mais voilà.

227 00:16:34:17 - 00:16:41:17

228 Intervenant 2

229 Tu m'as dit que tu étais sur la liste officielle ? Comment tu es arrivé sur la liste?

230 00:16:41:19 - 00:16:46:07

231 Intervenant 1

232 Quand je suis arrivée ils remettaient à jour la liste justement. Et du coup je me suis inscrite, je me

suis dit bon allez on s'inscrit.

233 00:16:50:12 - 00:16:51:10

234 Ok, donc tu t'es quand même inscrite volontairement ?

235 Oui oui.

236 Mais maintenant tu..

237 00:16:57:09 - 00:17:05:16

238 Intervenant 1

239 Non, je regrette pas. Après c'est mon devoir. Je suis quand même infirmière, si je peux être utile à mon patient je le fais.

240 00:17:05:18 - 00:17:10:15

241 Intervenant 2

242 C'est ton devoir, mais tu disais que ça ne fait pas partie quand même de..

243 00:17:10:17 - 00:17:25:17

244 Intervenant 1

245 Oui on peut trouver quelqu'un d'autre, mais si ils ont pas d'autres ressources et que nous on doit en faire partie des ressources, j'en ferais partie. Et si jamais je change de clinique demain et que là bas ils ne sont pas forcément besoin qu'ils ont d'autres ressources, tant mieux. Moi je suis plus interprète quoi.

246 00:17:25:19 - 00:17:30:05

247 Intervenant 2

248 Ok, mais t'aimerais bien continuer quand même? .

249 00:17:30:07 - 00:17:33:18

250 Intervenant 1

251 Ouais, moi ça me dérange pas mais bon.

252 00:17:33:18 - 00:17:37:12

253 Intervenant 2

254 Est-ce que tu penses que tu peux t'améliorer aussi par rapport au ***** ?

255 00:17:37:14 - 00:17:45:06

256 Intervenant 1

257 Ah, je vais pas prendre des cours en plus pour ça hein.

258 00:17:45:08 - 00:17:56:05

259 Intervenant 2

260 Est ce qu'il y a d'autres choses que tu m'a pas raconté sur des exemples avec des patients?

261 00:17:56:06 - 00:18:22:06

262 Intervenant 1

263 (...) Et puis même, ça facilite aussi pas du coup, le recueil de données, il y a des questions qu'on doit leur poser d'entrée, savoir combien d'enfants, appartement ou maison, ça, la plupart, quand je regarde les dossiers de mes patients, je vois que cette population cible là, mes collègues d'avant, elles auront été en difficulté donc elles vont mettre pas possible de le faire ou non connu. Donc là, si je vois que c'est mon étage et que j'ai le temps de le faire, je leur demande et je remplis les trucs plus importants. Genre nombre

d'enfant, personne de confiance, bon personne de confiance elles sont obligées donc elle vont trouver par tous les moyens.

264 Mais après tout ce qui est si il vis en appartement, tout ça je peux le faire tu vois.

265 00:18:44:19 - 00:18:48:11

266 Intervenant 2

267 C'est quand personne ne t'a dit mais tu vois, après coup.

268 00:18:48:13 - 00:18:56:10

269 Intervenant 1

270 Oui, après coup. Quand je vois que y'a des patients ***** je regarde toujours quand même par curiosité ou sinon mes collègues vont forcément me dire et puis voilà.

271 00:18:56:13 - 00:19:00:00

272 Intervenant 2

273 Quand tu sais qu'il ya un patient ***** tu vérifies toujours?

274 00:19:00:02 - 00:19:06:24

275 Intervenant 1

276 Là j'ai pas eu le temps d'aller voir mais en général, ça m'intrigue quand même de voir ce qu'elles ont mis.

277 00:19:07:01 - 00:19:09:05

278 Intervenant 2

279 Ca t'intrigues dans quel sens?

280 00:19:09:07 - 00:19:28:15

281 Intervenant 1

282 Pour savoir comment elles ont rempli, si elles ont bien rempli ou pas. Parce que moi on m'a déjà fait ...Quand je suis arrivée moi , je devais faire une entrée d'un patient ***** et du coup j'a dû le faire en ***** . Et je me suis dit mais moi je parle ***** je le fais, mais si c'était mon autre collègue, comment ils auraient fait en fait ?

283 00:19:28:17 - 00:19:31:01

284 Intervenant 1

285 Et comment elle font dans ces cas là du coup?

286 00:19:33:06 - 00:19:38:24

287 Intervenant 1

288 Y'en a elles se débrouillent en anglais. Puis après les autres je sais pas.

289 00:19:39:01 - 00:19:43:00

290 Intervenant 2

291 Donc je pense qu'il y a des recueils de données qui sont incomplets à cause de ça?

292 00:19:43:02 - 00:19:50:15

293 Intervenant 1

294 Je sais pas si c'est à cause de ça ou pas, ça peut aussi être un manque du temps, mais je ne saurais pas te le dire si c'est à cause de ça.

295 00:19:55:24 - 00:20:06:08

296 Intervenant 2

297 Est ce que tu peux me raconter maintenant, quand toi tu t'occupes de patients qui parlent une langue étrangère et qui parle pas français mais qui parlent pas ***** , qui parlent une autre langue ? Comment tu fais ?

298 00:20:06:10 - 00:20:31:02

299 Intervenant 1

300 J'essaie de me faire comprendre en anglais ou sinon par les mimiques. Aïe aïe, Mal mal, Enfin des trucs comme ça. Et si je peux, aussi j'ai mes collègues ressources à côté. Par exemple, la semaine dernière, il y a une patiente à la 303 elle parlait arabe et je sentais qu'elle était pas bien. Du coup, j'ai demandé à ma collègue ASH qui parlait bien cette langue.

301 00:20:31:04 - 00:20:32:20

302 Intervenant 2

303 Quelle collègue?

304 00:20:32:22 - 00:20:37:07

305 Intervenant 1

306 Hanifa, mais elle n'est pas sur la liste je pense, parce qu'elle était pas là à ce moment là.

307 00:20:37:09 - 00:20:39:13

308 Intervenant 2

309 Et elle c'est une collègue ressource pour toi?

310 00:20:39:15 - 00:20:43:14

311 Intervenant 1

312 Bah si j'ai des difficultés avec des patients maghrébins, oui je la prends comme ressource.

313 00:20:43:14 - 00:20:45:05

314 Intervenant 2

315 Ok.

316 00:20:45:07 - 00:21:01:20

317 Intervenant 1

318 Donc je lui ai demandé de demander ce qu'elle avait la dame. Elle a communiqué avec elle et elle a sû me dire qu'elle a des hémorroïdes, chose que je ne savais pas et ce qu'on savait pas aussi depuis quelques jours, parce qu'apparemment c'est depuis quelques jours qu'elle avait mal, qu'elle savait pas trop comment s'exprimer.

319 00:21:01:20 - 00:21:20:18

320 Intervenant 1

321 Même ses enfants, ils venaient et nous le disaient pas forcément. Donc du coup de là, j'ai pu trouver solution à son problème. De là, elle était contente qu'on ait trouvé quelqu'un pour régler son problème. De là, j'ai dit au médecin et il est parti voir, ça a été fait, ça a été bien.

322 00:21:20:20 - 00:21:33:09

323 Intervenant 2

324 Et à ce moment là, quand elle a dit a des hémorroïdes, t'as parlé un peu avec la patiente en utilisant ta

collègue comme interprète?

325 00:21:33:11 - 00:21:50:15

326 Intervenant 1

327 Ce jour là je l'ai utilisé. Après les autres jours j'arrivais à lui demander mal, mal. En gros, j'arrivais à lui demander là où elle a mal en montrant là où elle a mal. Est ce que ça va mieux avec ce que je vous ai donné ? Etc. Et elle est contente elle me fait un sourire. et tout donc c'est bon.

328 00:21:50:17 - 00:21:51:18

329 Intervenant 2

330 Donc les autres jours, t'as plus eu besoin de ta collègue?

331 00:21:51:18 - 00:22:14:03

332 Intervenant 1

333 Non. Du coup, le problème en vrai, j'ai trouvé la solution au problème et là, après même les autres jours d'avant, j'arrivais à me débrouiller avec elle malgré que y'a cette barrière de la langue. Et puis même les patients en général qui sont d'autres barrières de la langue, en général ils vont pas trop parler en fait, on va leur donner les médicaments, si ils ont besoin quelque chose ils vont demander des dolipranes.

334 Si ils ont besoin pour la constipation ils vont demander toilettes toilettes. Et après si par exemple une fois, quand j'ai du faire la sortie d'un patient qui parlait serbo croate, la collègue infirmière qui est justement qui s'occupe de cette langue, qui est sur la liste justement, elle n'était pas là. Du coup il a appelé sa femme, qui elle parlait français.

335 J'ai dû communiquer avec sa femme au téléphone.

336 Ça a bien marché?

337 Oui, ça a bien marché, mais après sinon si j'arrivais pas bien, j'aurais mis google traduction et voilà. J'ai déjà eu un patient turc, au niveau de ses pansements. Il me parlait avec beaucoup le google traducteur. On arrivait à se communiquer comme ça.

338 00:22:58:05 - 00:23:03:14

339 Intervenant 2

340 Ça marchait bien?

341 (interrompus par la famille d'un qui sait pas comment remplir un formulaire)

342 00:00:00:00 - 00:00:02:17

343 Intervenant 1

344 C'était la famille du patient?

345 00:00:02:19 - 00:00:07:16

346 Intervenant 2

347 Ouais voilà. Pour remplir un papier parce qu'il y avait barrière de la langue et il comprenait pas ce qu'il fallait remplir.

348 00:00:07:21 - 00:00:10:00

349 Intervenant 1

350 Donc le patient il parle pas français?

351 00:00:10:02 - 00:00:21:01

352 Intervenant 2

353 Il se débrouille mais pas trop, donc résoudre des trucs administratifs et tout, il va nous même nous le demander ou sinon il fait Google traduction, et il nous le fait lire.

354 00:00:21:03 - 00:00:23:01

355 Intervenant 1

356 Et là, la famille comprenait le français?

357 00:00:23:07 - 00:00:26:17

358 Intervenant 2

359 Là la famille comprenait le français, mais ils avaient du mal à remplir les papiers.

360 00:00:26:19 - 00:00:28:03

361 Intervenant 1

362 Ca arrive souvent?

363 00:00:28:05 - 00:00:33:22

364 Intervenant 2

365 Ça, Non mais du coup, là il a fallu les aider à remplir.

366 00:00:33:24 - 00:00:36:08

367 Intervenant 1

368 Tu fais souvent ça, aider à remplir les papiers?

369 00:00:36:10 - 00:00:50:13

370 Intervenant 2

371 Euh en général j'essaye de donner à mes collègues AS. Mais sinon ouais, si je peux les aider j'aide, si j'ai pas le temps, je demande à ma collègue .

372 00:00:51:21 - 00:00:53:23

373 Intervenant 1

374 Donc des fois t'utilises Google traducion?

375 00:00:54:21 - 00:00:56:05

376 Intervenant 1

377 Tu trouves ça marche bien?

378 00:00:56:07 - 00:01:04:24

379 Intervenant 2

380 Oui oui, oui, ça dépend des langues. Après j'ai jamais utilisé pour le ***** , puisque j'en ai pas eu besoin, mais peut être hein.

381 00:01:05:01 - 00:01:15:15

382 Intervenant 1

383 Quand les patients te disent toilettes, toilettes, ou bien comment ils te disent qu'il veulent un doliprane sil, ils parlent pas français.

384 00:01:15:17 - 00:01:27:01

385 Intervenant 2

386 Mal mal, là du coup doliprane. Je vois en fonction de comment il réagissent au niveau visage et je

leur donne ce qu'il faut.

387 00:01:27:03 - 00:01:35:18

388 Intervenant 1

389 Est ce que tu penses qu'il y a une différence entre la prise en charge d'un patient qui parle pas français et un patient qui parle français ? Comment il va être soigné .

390 00:01:35:18 - 00:02:02:03

391 Intervenant 2

392 Un voisin qui parle français, il saura répondre à ses besoins à lui même. Il saura te demander ce qu'il veut, ce qu'il veut pas. Un patient qui, y'a une barrière de la langue, il aura toujours cette difficulté, cette appréhension de demander les choses. Il sera toujours dans l'hésitation du coup aussi de demander des choses. Comme pour la dame la semaine dernière qui avait des hémorroïdes, qui elle elle a hésité depuis un moment.

393 Elle ne savait pas comment dire, puisque y'a la barrière de la langue, même si sa famille elle parlait avec ses enfants, elle les laissait partir. Je pense même que au niveau de la famille, vu que c'était des garçons, je ne pense pas qu'elle va forcément leur dire ça à ses garçons tu vois. Franchement les difficultés des patients barrière de la langue c'est vraiment l'appréhension, les remarques qu'ils peuvent avoir .. Des fois y'en a, je sais pas si elles réagissent comme ça, mais y'en a ils vont être agacés de devoir traduire ou quoi. Et du coup, la prise en charge, ils vont toujours avoir peur. Ils vont de se dire ça c'est quoi ce médicament, pourquoi elle m'a auscultée elle m'a rien dit. Eux par exemple, va falloir être beaucoup plus patient je trouve et plus attentive.

394 00:02:53:13 - 00:02:55:14

395 Intervenant 1

396 Attentive à quoi par exemple ?

397 00:02:55:16 - 00:03:15:21

398 Intervenant 2

399 Ben déjà l'observation, si tu vois qui a un problème au niveau du faciès, < quand tu leur donne des médicaments, si tu vois qu'ils commencent à grimacer, c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas, que ce soit douleur ou même prise en charge, ça veut dire il y a quelque chose qui va pas. Donc tu vas chercher à savoir c'est quoi, tu va essayer de leur demander aïe douleur, toilette. Après je leur demande si ça va. Tu vas essayer de trouver comme tu peux le problème à sa solution. Tu recherches.

400 00:03:26:07 - 00:03:29:15

401 Intervenant 1

402 Ça te frustre de pas pouvoir trouver ?

403 00:03:29:17 - 00:03:53:16

404 Intervenant 2

405 Non, non, En gros, comme je sais que j'ai des collègues ressources, même si c'est pas des collègues ressources qui va forcément traduire, même si c'est elle qui parle une autre langue et que lui c'est un arabe, je vais quand même l'envoyer pour essayer, pour voir si elle essaie de voir quelque chose, si elle trouve quelque chose ou pas.

406 00:03:57:06 - 00:03:59:23

407 Intervenant 1

408 Donc tu demandes à tes collègues de t'aider?

409 00:03:59:24 - 00:04:03:03

410 Intervenant 2
411 Je sais toujours que j'aurai de l'aide, donc ça me frustre pas pour autant.
412 Je rentre chez moi, je dors, y'a pas de problèmes.
413 00:04:04:20 - 00:04:14:14
414 Intervenant 1
415 Ca te stresse pas ?
416 Non.
417 Ca t'es arrivé de traduire pour un médecin ?
418 00:04:20:12 - 00:04:34:12
419 Intervenant 2
420 Ben oui, il faisait sa visite. Et j'étais arrivé dans la chambre pour le patient d'à côté. Il posait des questions et tout, je voyais qu'il était en difficulté. Du coup, j'ai passé ma tête comme ça. Il demande si vous avez des douleurs ou pas quelque part.
421 00:04:34:13 - 00:04:36:15
422 Intervenant 1
423 Ah t'as entendu par hasard en passant.
424 00:04:36:15 - 00:04:38:11
425 Intervenant 2
426 Oui parce que j'étais dans la chambre, en fait c'est une chambre double.
427 Oui, je l'ai dit direct en ***** au patient et après j'ai dit au docteur ce qu'il disait et voilà. En fait j'étais déjà dans la chambre avec le patient d'à côté. Du coup il y avait le rideau entre les deux. J'ai entendu et j'ai passé ma tête. J'ai dit bon bah vasy tant que je suis là.
428 00:05:01:18 - 00:05:03:23
429 Intervenant 1
430 Et il t'a pas demandé de traduire d'autre chose?
431 00:05:04:00 - 00:05:08:21 432
432 Intervenant 2
433 De lui-même en fait le médecin, non, il a pas demandé. Moi j'étais là dans l'action.
434 00:05:08:23 - 00:05:11:19
435 Intervenant 1
436 Il faisait quoi avant que t'intervienne?
437 00:05:11:19 - 00:05:26:08
438 Intervenant 2
439 Je sais pas trop. Je t'avoue que au niveau des médecins je sais pas comment ils font. Je les entend souvent se plaindre que oui ils parlent pas français. Ca les agaçe un peu, mais après je sais pas comment ils font, même eux dans leurs consultations à eux.
440 00:05:26:10 - 00:05:31:19
441 Intervenant 1
442 Est ce que vous avez des formations sur la barrière de la langue ?

443 00:05:31:21 - 00:05:37:01

444 Intervenant 2

445 Non pas que je sache. Peut être qu'il y en a eu, je ne sais pas.

446 00:05:37:03 - 00:05:40:08

447 Intervenant 1

448 Et est ce qu'il y a une différence entre la relation que t'as aux patients qui fait le français et aux patients qui parlent ***** ?

449 00:05:52:10 - 00:06:09:13

450 Intervenant 2

451 Bah comme je t'ai dit, la relation ***** que j'ai avec eux, ce sera plus approprié à leurs besoins. Ils seront plus rassurés. Et la personne qui parle français, bah j'ai pas de difficulté pour un jour. En vrai il y a pas de différence. La seule différence qu'il pourrait y avoir c'est comme je t'ai dit, c'est une chambre double. Moi je vous parle en ***** plutôt qu'en français. Lui il va forcément se poser des questions. Il y aura juste ce petit malaise entre guillemets.

452 Mais à part ça, moi je trouve qu'il y a pas de différence au niveau de la prise en charge.

453 00:06:36:09 - 00:06:39:21

454 Intervenant 1

455 Avec les patients qui parlent pas du tout français, tu trouves qu'il y a pas de différence dans la relation non plus?

456 00:06:39:21 - 00:06:57:09

457 Intervenant 2

458 Ben la différence tu vas passer plus de temps avec lui, tu vas faire les mimiques et tout ce que tu veux pour qu'on arrive à se comprendre mais la prise en charge reste la même.

459 00:06:57:11 - 00:07:02:14

460 Intervenant 1

461 Mais ils s'expriment quand même moins?

462 00:07:02:16 - 00:07:20:14

463 Intervenant 2

464 Oui ils s'expriment moins, certes, mais je vais faire les mêmes soins que je vais faire à l'autre patient. En fait, je parle et je vais les mettre dans le même pied d'égalité. En fait, c'est juste la communication qui est différente, mais sinon ils seront sur le même pied d'égalité.

465 00:08:41:22 - 00:08:56:17

466 Intervenant 1

467 Alors si j'étais à ta place. Je suis infirmière mais nouvelle infirmière et tu dois me conseiller parce que là, je dois aller m'occuper d'un patient qui parle pas du tout français. Quel conseil tu me donnes ?

468 00:08:56:19 - 00:09:01:21

469 Intervenant 2

470 T'es vache toi!

471 T'as des notions d'anglais? (rires)

472 00:09:04:00 - 00:09:08:06

473 Intervenant 1

474 Je parle pas anglais. Le patient ne parle pas du tout anglais.

475 00:09:08:08 - 00:09:09:19

476 Intervenant 2

477 Ben essaye de faire des mimiques. Tu fais ce que t'as à faire. Si c'est un pansement, tu dis je vais faire un pansement. Il va comprendre, tu l'installes et tout, tu fais. Si tu vois que c'est bon tu fais ça (fait un signe), si tu vois que c'est pas bon tu fais genre on continue c'est bien. Tu te débrouilles quoi.

478 Mais tu me conseilles pas de regarder sur la liste si je peux pas appeler quelqu'un ?

479 Ah oui, c'est vrai. Ah mais toi t'es vache! Elle me pose des questions pièges. (rires)

480 C'est pas un test, T'inquiète, je vais le dire à personne. C'est pour savoir si toi tu le fais, c'est ça qui m'intéresse.

481 00:09:50:01 - 00:09:51:12

482 En général, non parce que je me dis que j'ai pas besoin, j'ai pas eu de grosses difficultés au point d'appeler, tu vois. Jusque là j'ai réussi à me débrouiller. J'avoue j'ai pas pensé forcément la liste, parce que du coup je le fais automatiquement, je me débrouille. automatiquement. Je sais que ma collègue en bas elle parle arabe, je l'appelle.

483 00:10:14:14 - 00:10:17:05

484 Intervenant 1

485 T'appelles les gens que tu connais en fait.

486 00:10:17:05 - 00:10:36:03

487 Intervenant 2

488 Voilà. Par contre, tout ce qui est ??, même les kurdes, ça il y a personne ici. Je pense même dans l'autre CCN, j'ai pas regardé dans l'autre CCN si il y avait une liste ou quoi. Je pense même que dans l'autre CCN, je trouverai pas forcément quelqu'un qui parle turc ou kurde.

489 00:10:36:03 - 00:10:37:07

490 Intervenant 1

491 Tu ferais quoi alors?

492 00:10:37:09 - 00:11:21:14

493 Intervenant 2

494 Bas déjà, Google Traduction. Ça marche bien le turc. En général, la plupart des patients avec qui on a utilisé Google Traduction, c'est des personnes qui parlent turc. Les médecins peut être qu'ils utilisent pour les autres langues et tout. Mais Google traduction mon ami. Puis si je peux vraiment pas, personne ressources ben personne de confiance, sa famille. Par exemple j'ai déjà eu une famille qui parlait turc et kurde et du coup ben la famille était là quand j'avais d'autres questions pour qu'ils traduisent.

495 00:11:21:16 - 00:11:26:18

496 Intervenant 1

497 Est ce qu'il y a des difficultés quand c'est la famille qui traduit ou pas?

498 00:11:26:20 - 00:11:45:03

499 Intervenant 2

500 Ben non. Juste qu'en fait que peut être qu'au moment opportuns ils seront pas là et au moment où on a pas besoin d'eux ils sont là. Peut-être qu'ils seront pas forcément là à l'instant T. On sera forcément

obligés de les appeler ou attendre.

501 00:11:50:19 - 00:11:54:13

502 Intervenant 1

503 Des fois tu parles anglais?

504 00:11:54:15 - 00:11:59:17

505 Intervenant 2

506 Ah oui, j'ai déjà fait une entrée en anglais.

507 En plus c'était une anglais Américaine. Moi j'ai l'anglais base école. Et j'arrive à me débrouiller aussi pour autant parce que je crois que avec mes origines et tout j'ai toujours su me débrouiller en anglais. C'était bien. Des fois, il y avait des moments où je pouvais être en difficulté par rapport à la compréhension de ce qu'il me demandait.

508 Franchement j'ai pas eu autant de difficultés pour gérer l'anglais.

509 00:12:38:06 - 00:12:40:06

510 Intervenant 1

511 Donc ça s'est bien passé?

512 00:12:40:08 - 00:12:59:21

513 Intervenant 2

514 Oui, ça s'est bien passé, même ma collègue elle m'aidait. Le médecin aussi bien gérait bien en anglais, puis à la fin de la journée et là elle a voulu partir parce qu'elle pensait que c'était que un hopital de jour et y'a eu une petite situation conflictuelle. A ce moment là, l'ancien directeur, il parlait super bien anglais, il était passé. Du coup on s'est complété entre nous en fait, entre le directeur, le médecin et moi même pour arranger la situation.

515 00:13:09:06 - 00:13:26:18

516 Intervenant 1

517 Qu'est ce qu'on pourrait faire pour améliorer la situation, la prise en charge des patients qui parlent pas français au CCN ? Est ce que tu vois des choses qu'on pourrait faire ? Dans un monde idéal où on peut tout faire.

518 00:13:26:20 - 00:13:28:05

519 Intervenant 2

520 Engager une Turc. (rires)

521 00:13:28:07 - 00:13:30:03

522 Intervenant 1

523 Ok. Genre pour toi c'est la langue où ça manque.

524 00:13:30:03 - 00:13:54:04

525 Intervenant 2

526 Ouais franchement c'est une des langues qui manquent. Après tout ce qui est italien et tout on a, tout ce qui est le bambara on a, tout ce qui est africain on a. Bon a pas le lingala malheureusement mais après on peut toujours appeler là-bas, l'anglais plus ou moins toutes mes collègues se débrouillent. Le turc on arrive à se débrouiller malgré tout, mais je pense qu'il serait dans l'idéal, bah déjà sensibiliser tous les collègues que y'a la fiche des traducteurs.

527 00:14:00:12 - 00:14:04:17

528 Intervenant 1

529 Ils sont pas tous au courant?

530 00:14:04:19 - 00:14:07:20

531 Intervenant 2

532 Des fois si c'est des vacataires ils sont pas forcément au courant.

533 Après, notifier dans la prise en charge qu'il y a une barrière de la langue, ça on le notifie toujours dans notre feuille de transmission, on met le nom de la langue. Donc déjà là on se prépare, les gens ils se prépare. Bon ça les embête un peu, surtout quand c'est l'équipe de nuit et qu'ils ont tellement besoin par rapport au sommeil, par rapport à la douleur et tout, eux ils ont moins de personne ressource quoi. Comme ils sont que deux la nuit, deux au 3e et un à chaque étage. Donc du coup ils sont moins et du coup moins de personne ressource pour la traduction tu vois. Du coup ils vont forcément attendre la journée où eux ils se débrouillent beaucoup par contre, avec le Google traducteur. Eux ils peuvent pas forcément appeler des gens à pas d'heure pour demander telle ou telle chose.

534 00:15:01:07 - 00:15:04:20

535 Intervenant 1

536 Et toi tu appelles souvent des gens au téléphone pour traduire?

537 00:15:04:22 - 00:15:29:18

538 Intervenant 2

539 Franchement, quand j'ai mes collègues à côté je demande. Je vais forcément appeler en mode, tu peux venir et tout, J'arrive à me débrouiller, c'est mon étage c'est mon service, je gère. Si vraiment je vois que y'a une difficulté, là ou, j'hésiterais pas à appeler, mais jusqu'à maintenant j'ai pas eu de difficulté énorme pour appeler quelqu'un d'un autre étage ou pour appeler un des traducteurs de la liste.

540 00:15:29:22 - 00:15:45:09

541 Intervenant 1

542 T'as jamais besoin d'avoir quelqu'un depuis le téléphone, c'est ça ? Je comprend pas toujours si les gens ils viennent au téléphone ou s'ils viennent en présentiel.

543 00:15:45:09 - 00:16:01:12

544 Intervenant 2

545 Normalement c'est au téléphone. Ce que ma cadre elle m'a dit c'est au téléphone. Sauf si la personne elle est là elle se déplace, mais si elle n'est pas là et qu'elle est chez elle, bah ils vont l'appeler.

546 00:16:01:14 - 00:16:04:04

547 Intervenant 1

548 C'est ta cadre qui t'a parlé de cette liste ?

549 00:16:04:06 - 00:16:20:20

550 Intervenant 2

551 Ben quand je suis arrivé, je voyais qu'il y avait la liste qui était mise. Langue ***** ..Elle était affichée, c'est nous on devait s'inscrire en fait. Nom, prénom, langue parlée.

552 00:16:24:19 - 00:16:29:17

553 Intervenant 1

554 Et t'as d'autres collègues qui se sont inscrites que tu connais ?

555 00:16:29:17 - 00:16:41:19

556 Intervenant 2

557 Une infirmiere qui parle serbo croate. Ensuite.. y'avait des langues africaines mais je pourrais pas te dire.

558 00:16:43:05 - 00:16:57:11

559 Intervenant 1

560 Derniere question. Est ce qu'il y a quelque chose que tu m'as pas dit que tu pourrais me dire sur tous ces sujets là, sur les sujets, les personnes qui parlent pas français, sur le ***** , la traduction, Une anecdote que tu m'as pas racontée.

561 00:16:57:13 - 00:17:22:18

562 Intervenant 2

563 Ben comme je t'ai dit, des fois c'est compliqué la prise en charge. Parfois il y a beaucoup de barrière de la langue, en général, que ça soit moi, médecin, kiné , on est tous en difficulté en fait. Donc moi je dirais un peu plus même pour les kinés parce que du coup eux ils sont plus sur le plan fonctionnel, ils vont devoir les faire marcher ils vont devoir évaluer leur ressenti, etc.

564 Donc heu, comment ils font en fait ? Nous, on arrive à se débrouiller, les médecins et les infirmiers puisque nous on est là plus pour le médical, on va donner leur traitement. Mais les kinés eux, ils ont besoin de savoir le ressenti à l'effort, post effort, comment ils se sentent au niveau de leurs capacités respiratoires, etc.

565 00:17:44:03 - 00:17:44:16

566 Intervenant 1

567 Vous vous avez pas besoin de ça?

568 00:17:44:16 - 00:18:01:17

569 Intervenant 2

570 Bah en gros, nous on le voit déjà quand on prend les constantes, le pouls, on voit le facies et tout. Mais quand eux ils doivent faire leur recueil de données en mode est ce que vous êtes plutôt active, passive ? La prise en charge des d'autres professionnels, là, je pense que ça va être compliqué.

571 00:18:01:22 - 00:18:11:08

572 Intervenant 2

573 Et même quand ils font des entrées en bas, des admissions, si l'admission personne parle la langue qui est parle, comment ils font?

574 00:18:11:10 - 00:18:13:18

575 Intervenant 1

576 Mais c'est les infirmieres qui font le recueil de donnée?

577 00:18:13:22 - 00:18:26:17

578 Intervenant 2

579 Il doit passer par les admissions en fait d'abord. Carte vitale, d'identité, tout ça.

580 00:18:26:19 - 00:18:28:10

581 Intervenant 1

582 À l'accueil, c'est ça ?

583 00:18:28:12 - 00:18:35:07

584 Intervenant 2

585 Ça plus les adresses et tout ça, ça c'est eux qui les note.

586 00:18:35:09 - 00:18:36:18

587 Intervenant 1

588 Mais ça c'est différent du recueil de données?

589 00:18:41:07 - 00:19:09:14

590 Intervenant 2

591 Après, je sais pas ce qu'ils ont exactement mais ouais, quand ils demandent la mutuelle, carte vitale, puis certainement tu poses d'autres questions, genre l'adresse, etc. Donc je pense que peut être eux ils ont un peu plus de difficulté. Je ne sais pas . Je suis pas allée jusqu'à là, mais à mon avis ouais... Si c'est des patients qui sont pris en charge avec les enfants et que les enfants ne sont pas là au moment de l'admission, ça va être compliqué.

592 00:19:09:16 - 00:19:19:21

593 Intervenant 1

594 Pour toi, c'est quoi Là où ça va être le plus compliqué tu disais c'est pour le kiné, tu penses qu'il y a quelqu'un d'autre qui galère ?

595 00:19:19:23 - 00:19:33:10

596 Intervenant 2

597 Bah la diététicienne, ben elle elle doit faire le recueil des non goûts, ce qu'ils aiment, ce qu'ils aiment pas, comment elle va faire, comment elle va traduire, je ne sais pas moi, comment elle va traduire le céleri par exemple.

598 00:19:33:12 - 00:19:38:11

599 Intervenant 1

600 Et elle par exemple, elle t'a jamais sollicité ?

601 00:19:38:13 - 00:20:12:23

602 Intervenant 2

603 Attends.. (relfchis)Si si si j'ai été très sollicité une fois par une kiné remplacante qui devait faire justement le recueil de données du non goût, de savoir comment la dame elle mange toute la journée, une fiche alimentaire type de ce qu'elle mange parce qu'elle était diabétique aussi, du coup fallait faire l'éducation au diabète. Du coup elle m'a pris avec elle, on a pris un rendez vous, elle a posé les questions en français à la dame, et moi je traduais à la dame en ***** .

604 Pourquoi tu barres? (rires)

605 00:20:26:13 - 00:20:43:03

606 Intervenant 2

607 Et du coup j'ai traduit avec elle. Genre quand elle me demandait c'est quoi le petit déjeuner, repas. Ben moi je savais c'était quoi comme aliment et du coup moi je traduais automatiquement à ma collègue diét que oui, c'est un truc fait à base de riz.

608 00:20:43:07 - 00:20:47:09

609 Intervenant 1

610 C'était des plats genre que tu connaissais?

611 00:20:47:09 - 00:20:50:17

612 Intervenant 2

613 Ouais, des fois si je savais pas c'était quoi, je lui demandais c'est à base de quoi.

614 00:20:55:11 - 00:21:19:06

615 Intervenant 1

616 Et après tu traduais les questions qu'elle posait?

617 Ouais.

618 Et pour toi là t'étais dans un rôle d'interprète ou d'infirmière?

619 Plutôt interprète, donc tu faisais pas en fait ton savoir d'infirmière là, il était pas, tu l'utilisais pas quoi, tu faisais juste la traduction à ce moment là?

620 00:21:19:08 - 00:21:22:05

621 Intervenant 2

622 Ouais c'est juste traductrice quoi. Mais après j'ai pas le choix, mais je reste infirmière.

623 Elle aurait fait fausse route, j'aurais fait quelque chose.

624 Si pendant l'entretien, traducteur ou pas traducteur, j'aurais fait ce que j'avais à faire.

625 00:21:30:08 - 00:21:37:24

626 Intervenant 1

627 Oui si il y a une urgence.

628 Oui, oui, oui.

629 Et ça a duré combien de temps?

630 00:21:38:01 - 00:21:49:17

631 Intervenant 2

632 15/20 minutes après, c'était un rendez vous qu'on avait convenu déjà. Elle m'avait demandé quand est ce que je serais disponible.

633 00:21:49:19 - 00:21:52:18

634 Intervenant 1

635 Et il y avait des trucs qu'elle comprenait pas la diet?

636 00:21:52:20 - 00:21:55:16

637 Intervenant 2

638 Non, non.

639 00:21:55:18 - 00:22:00:00

640 Intervenant 1

641 T'as pas eu de difficultés dans cet entretien? Des choses que tu ne savais pas dire par exemple?

642 00:22:00:02 - 00:22:00:22

643 Intervenant 2

644 Non?

645 00:22:00:24 - 00:22:07:00

646 Intervenant 1

647 Et tu t'es sentie comment après? T'avais l'impression d' avoir été utile ?

648 00:22:07:02 - 00:22:11:06

649 Intervenant 2

650 Oui, sinon elle n'aurait pas eu pu le faire.

651 00:22:11:08 - 00:22:20:07

652 Intervenant 1

653 Elle t'as remercie?

654 Ben elle a interet.

655 Le patient aussi? `

656 Oui

657 Le patient tu l'a revu après?

658 C'était ma patiente, c'était mon étage.

659 Ah donc tu la connaissais.

660 Ouais.

661 00:22:24:18 - 00:22:30:07

662 Intervenant 1

663 Ok, donc après tu as continué à t'occuper d'elle en ***** ?

664 00:22:30:09 - 00:22:38:17

665 Intervenant 2

666 Euh non, pas trop parce que elle ça va, j'avais pas trop à lui expliquer. Je faisais tout, elle savait déjà pourquoi elle était là et tout.

667 00:22:38:19 - 00:22:40:03

668 Intervenant 1

669 Comment elle savait?

670 00:22:40:05 - 00:22:46:16

671 Intervenant 2

672 Ben elle s'est fait opérer. Quand elle s'est fait opéré on a du lui expliquer. Ses enfants ils ont pu lui dire.

673 00:22:46:20 - 00:22:49:19

674 Intervenant 1

675 Comment tu savais qu'elle savait?

676 00:22:49:21 - 00:23:17:01

677 Intervenant 2

678 Bah elle sait pourquoi elle est là. Et quand on lui a fait l'interprète pour la dieteticienne on lui a demandé et tout, depuis votre intervention, qu'est ce que vous avez changé ? Est ce que vous avez pris ou perdu du poids ? Après elle a expliqué un peu, quand j'ai eu ça, on m'a fait le pontage, depuis je vois que mes dextro sont corrects sur la prise de glicemie et tout. Et de là j'ai compris qu'elle savait pourquoi elle était là. C'est pas forcément une question ouverte que j'ai posé directement. Est ce que vous savez pourquoi vous etes là?

679 00:23:39:24 - 00:23:43:20

680 Intervenant 1

681 Il y a des patients qui savent pas pourquoi ils sont là?

682 00:23:43:22 - 00:24:03:12

683 Intervenant 2

684 Bas du coup en fait c'est pas qu'ils savent pas, ils savent qu'ils sont venus pour quelque chose, mais ils vont savoir l'expliquer avec leurs mots à eux. Et toi tu faut que tu trouves Est ce que c'est vraiment ça. Des fois ils disent juste j'ai un truc au coeur. Et c'est là que tu vois qu'ils ont un manque de connaissance.

685 00:24:03:12 - 00:24:06:16

686 Intervenant 1

687 Tu dois en fait traduire ce qu'ils disent dans ta tête en fait.

688 00:24:06:22 - 00:24:15:03

689 Intervenant 2

690 Ou en gros, faut que je vois où est ce que c'est bien ça qu'elle m'explique. Est ce que c'est un pontage ouais c'est un pontage c'est bon.

691 Ou alors ils ont enlevé et remis un autre. Ah c'est bon c'ets un remplacement de valve c'est bon c'est ça.

692 00:24:23:24 - 00:24:31:04

693 Intervenant 1

694 Ok. Et parfois, tu t'es déjà trompée dans ce qui dans ce qui te disait t'as compris quelque chose, C'était pas ça?

695 00:24:31:04 - 00:24:33:18

696 Intervenant 2

697 Non.

698 00:24:33:20 - 00:24:41:02

699 Intervenant 1

700 Et cette patiente là, avec la diététicienne, elle savait ce que les mots genre elle disait pontage?

701 00:24:46:16 - 00:25:02:01

702 Intervenant 2

703 Elle disait pas ça, mais en gros, elle disait que oui, il y avait un bouchon ici et qu'ils ont pris des veines de là et là pour relier, pour faire le pontage. Quand elle m'a dit ça j'ai compris que c'était un pontage.

704 00:25:02:03 - 00:25:08:11

705 Intervenant 1

706 Quand tu l'as traduit à la diet t'as dit pontage?

707 00:25:08:13 - 00:25:15:03

708 Intervenant 2

709 Ouais.

710 00:25:15:06 - 00:25:17:20

711 Intervenant 1

712 Merci beaucoup.

713 00:25:17:22 - 00:25:18:10

714 Intervenant 2

715 Bah de rien. Avoue j'étais la plus longue? ou pas du tout?

716 00:25:18:10 - 00:25:30:00

717 Intervenant 1

718 Non, non, pas du tout. Nan t'étais normale. Tu penses que t'étais bavarde ?

719 Ouais.

720 Non non pas du tout.

721 00:25:30:02 - 00:25:31:09

722 Intervenant 2

723 Ok.

12.8 Annex 8: Interviewtranskript IP6

1 :14 - :08

2 Intervenant 1

3 Environ 1 h. Je vais vous poser des questions assez larges Vous hésitez pas à dire ce qui vous passe par la tête. Il n'y a pas de réponses fausses, D'accord ? Donc pour expliquer rapidement, je fais un mémoire en Autriche. Un mémoire d'interprète et donc je fais un mémoire sur les infirmières qui interprète à l'hôpital, particulièrement sur le CCN. Donc j'ai déjà fait deux entretiens avec deux collègues dans l'autre CCN. Et ce qui m'intéresse donc, c'est la communication avec les patients qui parlent pas du tout français. Alors l'entretien sera totalement anonymisé, et sera utilisé ma recherche personnelle , pour mon mémoire. Est ce que vous pouvez déjà vous présenter votre âge, votre travail, votre prénom, etc.

4 :21 - :24

5 Intervenant 2

6 Alors oui, je m'appelle ***** , j'ai 25 ans, du coup je suis infirmière depuis un peu moins de deux ans. Ça va faire deux ans au mois de juillet et je travaille au CCN depuis un an et un mois.

7 :20 - :14

8 Intervenant 1

9 Dites moi quel est votre votre rôle au CCN vos fonctions et votre poste ?

10 :16 - :17

11 Intervenant 2

12 Ah bah du coup, je suis infirmière, Je suis dans tout ce qui est administration des thérapeutiques, la surveillance post-opératoire, < des pansements, etc. La réfection des pansements, l'éducation thérapeutique, beaucoup parce qu'avec les traitements qu'ils ont, notamment les anticoagulants, etc. Donc il faut bien les éduquer sur ce genre de traitement qu'ils auront à prendre à vie pour le coup.

13 Donc je travaille en collaboration avec tous les professionnels qu'il y a là les médecins, les kinés, diététiciens, etc.

14 :02 - :10

15 Intervenant 1

16 Est ce que vous pouvez par exemple me décrire à peu près depuis l'accueil d'un patient jusqu'à ce qu'il s'en aille, Qu'est ce que vous faites ?

17 :07 - :13

18 Intervenant 2

19 Et bien du coup, j'accueille le patient, je fais un recueil de données, donc pour avoir plus d'informations sur sa vie personnelle, sur sa vie professionnelle, etc. Pour une meilleure prise en charge. Ensuite, je fais les transmissions écrites pour dire la situation du patient. Une fois que les prescriptions médicales sont faites au niveau des thérapeutiques, je prépare tout ce qui est pilulier et du coup, j'administre les traitements également. Je fais la surveillance du pansement si jamais le patient a eu une intervention.

20 Après, dans la vie de pendant le séjour du patient, comme je vous ai dit tout à l'heure, c'est vraiment mon rôle de tous les jours, c'est à dire l'administration des thérapeutiques, la surveillance des traitements, la surveillance des pansements, l'éducation thérapeutique + + + , les transmissions. Les staff avec les médecins concernant les patients, voilà un travail de collaboration avec tous les autres professionnels.

21 Et après à la sortie, je m'assure que s'ils ont une éducation thérapeutique à faire, que toute l'éducation soit faite, histoire que le patient soit complètement autonome dans la gestion de ses traitements, notamment sur les anticoagulants, et si c'est un patient insuffisance cardiaque, je remets les documents de sortie qui ont été faits au préalable par le médecin. Donc je revois avec le patient si il a bien tous ces traitements de sortie, toutes les ordonnances et c'est tout.

22 :04 - :07

23 Intervenant 1

24 Comment ça se passe quand c'est un patient qui ne parle pas français?

25 :09 - :11

26 Intervenant 2

27 Ça dépend de la langue. Quand c'est un patient par exemple, qui parle anglais par exemple, j'arrive à me débrouiller en anglais et donc j'arrive à comprendre et ils arrivent à me comprendre. Donc ça se passe plutôt bien. Enfin, il m'est déjà arrivé d'ailleurs,

28 J'étais agréablement surpris de moi même de faire tout le recueil de données et tout l'accueil du patient en anglais avec lui. Donc pour le coup, ça prend un peu plus de temps, c'est sûr, parce qu'on cherche un petit peu nos mots, mais on arrive à se comprendre et il arrive à comprendre tout ce que j'ai besoin de lui dire et inversement.

29 Donc voilà, Après quand c'est des langues un peu moins courantes, euh euh, il y en a beaucoup par exemple de patients asiatiques, donc tout ce qui est Pakistan, Inde, etc. Et là c'est un peu plus compliqué parce que soit ils parlent anglais et ça va, soit ils parlent vraiment que leur langue et alors quand ils parlent tamoul, c'est une langue indienne et il y a au Pakistan aussi ou au Bangladesh qui parlent la même langue, on a une collègue, Marie Bernadette qui est directement dans la contre l'équipe et elle si elle n'est pas là, effectivement, on essaye de se débrouiller avec Google traduction etc. On essaye de dire le plus important, mais si par exemple je sais que le lendemain elle est là, j'essaie d'expliquer au patient que tout ce qu'il a à poser comme question, si ce n'est pas urgent, il va pouvoir les poser demain étant donné que ma collègue, elle comprend. Si elle est là ce jour là, je la fais directement descendre parce que c'est rare, mais il arrive qu'on travaille toutes les deux le même jour, donc je la fais directement descendre ou monter, comme ça elle peut traduire ou comme ça je vais lui faire ce qu'elle a à faire et elle prend mon rôle et elle fait l'entrée du patient. Quand c'est vraiment qu'il parle ni tamoul ni anglais, que c'est vraiment leurs langues locales, c'est un peu compliqué. On essaye de faire avec Google Traduction. Ou alors on essaye de demander si dans la famille il y a quelqu'un qui parle français et là dans ce cas on fait le recueil de données. Ça m'est déjà arrivé de faire un recueil de données par téléphone. Le patient était présent mais avec la personne de confiance qui parlait français. Donc du coup, par téléphone, on a fait un recueil de données en français. Quand c'est d'autres langues, il y en a qui parlent, qui sont issus du continent

africain. Et pareil, si on a des collègues, on a beaucoup de collègues africaines donc si elle parlent la même langue, on les fait intervenir aussi. Sinon c'est toujours la famille. En fait, la plupart du temps c'est google traduction si vraiment on est bloqué, sinon la famille. Et voilà. Après les patients maghrébins, on a énormément de collègues qui viennent du Maghreb. Donc la plupart du temps on n'a pas de problème. Il y a toujours une collègue, quand c'est le Maghreb, il y a toujours une collègue. Même dans les infirmières. On a une infirmière qui est maghrébine. Malika, quand c'est le Maghreb, il y a pas de problème pour elle vu que elle vient du Maghreb.

30 :00 - :19

31 Intervenant 1

32 Vous vous parlez une autre langue que le français et l'anglais?

33 :19 - :02

34 Intervenant 2

35 Le ***** . Je parle le ***** , l'anglais, le français. J'arrive à comprendre un petit peu le portugais parce que j'en ai fait pendant longtemps. Donc pareil, quand c'est un patient portugais, j'arrive un petit peu à me débrouiller, mais à part ces quatre langues là...

36 :19 - :24

37 Intervenant 1

38 Est ce que vous aussi vous êtes sollicité pour traduire en ***** ?

39 :02 - :01

40 Intervenant 2

41 Non, c'est pas encore arrivé.

42 :01 - :06

43 Intervenant 1

44 Parce qu'il y a bien pas eu besoin?

45 :08 - :21

46 Intervenant 3

47 Non. Les patients, après le ***** , les gens qui parlent le ***** ils sont quand même, ils viennent du *** du coup, et c'est un pays qui est quand même francophone et on parle français, c'est l'une des langues les plus parlées donc. Donc quand ils parlent ***** , la plupart du temps c'est qu'ils parlent français, même s'il y a des fautes, etc, ils parlent français, ils arrivent à comprendre, on arrive à les comprendre. Donc non, c'est pas encore arrivé.

48 :14 - :02

49 Intervenant 1

50 Donc si ça devait arriver, vous seriez prête à?

51 Ah oui oui, je parle couramment.

52 Vous parlez dans votre quotidien?

53 :04 - :01

54 Intervenant 2

55 Oui, alors de moins en moins. Mais par exemple, ma mère, elle me parle en ***** , je réponds en français, Des fois je réponds en ***** . J'écoute, je parle pas tout le temps. Mais je parle couramment quand même.

56 :16 - :11

57 Intervenant 1

58 Est ce que vous pouvez me décrire comment ça se passe une consultation avec un patient qui parle pas français et où vous appelez une collègue par exemple Malika. Comment va se passer la communication à trois dans ces cas là.

59 :13 - :24

60 Intervenant 2

61 Et ben quand c'est comme ça, alors du coup, je fais venir la collègue qui, comme je vous ai dit, soit elle prend complètement le relais, c'est à dire que si elle a des choses à faire à son étage, je vais les faire à sa place. Elle m'explique, elle me fait des petits transmissions, et je prends le relais et inversement je lui fais des transmissions et elle reprend le relais. Soit si elle a rien à faire et que c'est sur son temps libre et ben on est là toutes les trois et là pour le coup je me met un petit peu en retrait, je la laisse faire ou alors je lui dis ce que j'ai envie de dire au patient, elle traduit et j'écris moi sur l'ordinateur.

62 :12 - :20

63 Intervenant 1

64 Est ce qu'elle vous traduit aussi ce que dit le patient ?

65 :22 - :23

66 Intervenant 2

67 Ah oui oui. En fait je lui dis tu peux lui dire est ce que tu peux lui demander ça ? Donc du coup, elle lui pose la question et après elle me dit il a dit ça.

68 C'est soit je me mets en retrait, je la laisse faire, si elle veut faire, sinon ben elle est là vraiment juste pour interpréter et c'est moi qui retranscrit.

69 :06 - :18

70 Intervenant 1

71 Et c'est quoi pour vous les fonctions principales de l'interprétation pour les soignants ?

72 J'ai pas compris.

73 C'est quoi l'objectif principal du fait que Malika soit là par exemple pour traduire pour vous. Est ce que ce serait je vous ai compris ou je vous donne des possibilités de réponse ? Par exemple, plutôt que vous puissiez poser les questions que vous avez à poser au patient ? Ou est ce que c'est plutôt que le patient puisse vous dire ce qu'il a à dire et poser les questions qu'il a à poser ? C'est quoi le plus important ?

74 :24 - :00

75 Intervenant 2

76 Pour le coup, les deux. Parce que c'est vrai qu'ils arrivent et on les accueille, on a besoin de leur dire comment ça va se passer, leur séjour, etc. Parce que on se doute qu'ils se posent des questions et justement parce qu'ils se posent des questions, il faut aussi qu'ils arrivent à nous les poser et qu'on arrive à répondre à leurs questions. Donc c'est important qu'ils comprennent pourquoi ils sont là, ce qu'on va faire, etc. Donc on leur explique, mais c'est aussi important qu'ils enlèvent un petit peu, comment dire, qu'on puisse répondre à leurs questions, tout simplement.

77 Donc oui, non, je pense que les deux sont importants. C'est pas je pense, c'est les deux sont très importantes. Je peux pas juste transmettre des infos et les laisser un petit peu avec leurs questions. C'est vrai qu'en français c'est plus simple parce que quand ils arrivent, on donne les informations et ensuite on est dans un échange. On demande est ce que vous avez des questions ? Qu'est ce que vous avez compris ? Qu'est ce qu'il faut que je éclaircisse, etc. C'est un peu plus compliqué quand ils ne parlent pas la même

langue. Donc ouais, pour le coup, c'est quand même important qu'ils nous comprennent, mais qu'on comprenne aussi et qu'on qu'on comprenne les attentes qui ont et les questions qu'ils ont.

78 :20 - :23

79 Intervenant 1

80 Et dans quel sens c'est plus compliqué quand ils parlent pas la même langue. Donc par exemple, dans la situation où ils parlent l'arabe et que quelqu'un est là pour traduire. Qu'est ce qui est plus compliqué là dedans ?

81 :00 - :02

82 Intervenant 2

83 Bah si y'a quelqu'un pour traduire, rien.

84 :04 - :06

85 Intervenant 1

86 Il n'y a pas de difficultés.

87 :08 - :16

88 Intervenant 2

89 Non. Après, il peut y avoir un petit peu de difficulté. C'est quand.. Mais ça ça arrive même en français. Enfin, des fois ils ont envie de poser des questions mais qu'ils savent pas vraiment comment le dire. Alors en français ça va encore, mais quand c'est dans une autre langue, c'est d'autant plus compliqué. C'est plus dans le sens où le patient essaye de nous dire quelque chose quand le patient ne parle pas français, c'est un peu plus compliqué. Nous on arrive à se faire comprendre avec des gestes et tout. Enfin je pense que dans le sens information du patient aux soignant, c'est un peu plus compliqué.

90 :20 - :04

91 Intervenant 2

92 Quel type d'information par exemple?

93 :07 - :20

94 Intervenant 2

95 Bah c'est essentiellement des questions. Et ici c'est des questions du genre, combien de temps on va rester, qu'est ce que je vais faire durant ma l'hospitalisation, durant le séjour, l'organisation, à quelle heure on mange, où sont les douches. C'est des questions assez assez simples. Ou alors c'est sur les traitements à tel endroit j'avais tel traitement, est ce que ici je l'aurai encore ou même des fois c'est sur les symptômes, mais quand ils viennent d'arriver c'est pas tout de suite sur les symptômes, c'est vraiment sur l'organisation, sur combien de temps ils vont rester, etc.

96 :22 - :14

97 Intervenant 1

98 Est ce que des fois il y a des malentendus quand il y a quelqu'un qui traduit ?

99 :16 - :01

100 Intervenant 2

101 Oui. J'ai du mal à vous donner d'exemples concrets comme ça, mais que des fois il y a des malentendus, mais en fait ce qui est bien, c'est qu'on arrive vite à comprendre, comment dire. Ça dure jamais longtemps en fait. On reste pas longtemps sur un malentendu ou sur un quiproquo qui va faire que ça va avoir des répercussions sur la prise en charge. Et la plupart du temps, c'est assez vite.. Parce que moi, par exemple, je vais juste et on va essayer de se comprendre avec le patient, il va me dire un truc, je

vais comprendre, je ne sais pas il va me dire A je vais comprendre B, et puis en fait il va le redire à ma collègue qui sera là le lendemain, qui elle non plus ne parle pas la langue, mais qui va mieux comprendre que moi. Et en fait, quand on va en parler, parce que ce qui est bien, c'est qu'on communique beaucoup quand même entre nous, même en dehors de... Et donc en fait, elle va m'expliquer et je vais vite comprendre que c'était pas ça.

103 Intervenant 1

104 Et vous avez dit que parfois vous faites appel aux proches du patient pour traduire ? C'est quoi la différence, est ce que vous préférez là quand c'est un collègue à vous qui traduit ou la famille?

105 :21 - :14

106 Intervenant 2

107 Je préfère quand c'est la famille moi. Parce que la famille, elle connaît la plupart du temps assez bien le patient. Alors je vais reprendre l'exemple de mes collègues qui sont maghrébines. Vous savez il y a le Maroc, l'Algérie, la Tunisie. Forcément, des fois il y a des manières de dire les choses qui diffèrent selon les pays ou selon.

108 Enfin voilà, elles peuvent traduire en gros mais c'est pas toujours... Alors que la famille on sait qu'ils viennent du même pays, on sait que c'est le même patois ou je sais pas trop. Donc c'est sûr qu'on aura les informations, ils auront des informations plus fiables. Enfin pour moi je vois ça comme ça. Je préfère quand c'est la famille.

109 Non seulement ils connaissent le patient personnellement, mais en plus au niveau de la langue, ça va être fluide quoi. Ça m'est déjà arrivé de demander à une collègue maghrébine par exemple, de traduire et elle va me dire ah mais je comprends pas tout de ce qu'elle me dit, alors que nous on se dit c'est le Maghreb et ils se comprennent, c'est de l'arabe quoi mais non. Donc c'est vrai que c'est toujours préférable quand c'est la famille. En tout cas moi je préfère quand c'est la famille.

110 :09 - :24

111 Intervenant 1

112 C'est quoi les signes qui vous fait dire que c'est pas forcément fiable ?

113 :01 - :20

114 Intervenant 2

115 Et bien les collègues le disent, on le voit tout de suite quand la collègue elle fait répéter alors qu'elle est censée comprendre et qu'elle fait répéter, qu'elle dit je suis pas sûr, mais je pense qu'il dit ça ou on n'a pas forcément le même langage. Enfin c'est comme pour le portugais du portugais, le portugais du Brésil quoi. Enfin, il y a toujours des choses qui changent et bon, c'est quand même fiable mais c'est d'autant plus fiable quand c'est la famille.

116 :22 - :06

117 Intervenant 1

118 Et au niveau de la connaissance du soin et du traitement, que la famille ont pas du coup, connaissance du métier d'infirmière, vous voyez pas une différence dans la manière de traduire?

119 :08 - :21

120 Intervenant 2

121 Ben en fait, les questions qu'on a à poser à la famille, c'est rare que ce soit vraiment qu'on rentre vraiment en profondeur au niveau des soins infirmiers et tout parce qu'on sait que tout le monde n'est pas infirmier ou tout le monde n'est pas médecin. Enfin, tout le monde n'est pas dans le médical ou dans le paramédical, ça reste des questions assez simples ou en tout cas posées de manière assez simple, de manière à ce qu'ils comprennent ce qu'on essaye de leur dire.

122 :15 - :16

123 Intervenant 1

124 Est ce que vous adaptez vos questions en fonction si c'est la famille ou les collègues?

125 :01 - :01

126 Intervenant 1

127 Clairement oui.

128 Mais de toute façon on adapte tout court parce que même quand c'est la collègue, le patient pareil, il est pas forcément infirmier, il est pas forcément dans le paramédical, en fait on essaie de simplifier le plus possible nos questions pour qu'ils arrivent à comprendre et à y répondre de la manière la plus simple possible. Donc même si c'est ma collègue qui traduit, moi je vais lui dire demande si il a un anti coagulant, elle va lui demander est ce que vous avez un médicament qui rend le sang moins épais. Elle va essayer de traduire comme ça parce qu'elle sait elle aussi que le patient il va peut-être pas savoir là, y'en a qui sont pas observant au niveau de leur traitement. Donc on leur dit anticoagulant. Bon bah.. mais on dit un traitement qui fluidifie le sang. Oui, tout de suite ils comprennent un peu mieux.

129 :04 - :24

130 Intervenant 1

131 Donc s'il y a une collègue qui traduit, vous allez dire anticoagulant, mais si vous parlez directement à un patient qui parle français vous direz anticoagulant?

132 :24 - :22

133 Intervenant 2

134 Je vais dire anticoagulant . Si il comprend pas, je dis un traitement qui... Mais oui mais c'est vrai que ce que vous dites , ça me fait prendre conscience que en fait quand ils parlent pas français, on a tendance à tout de suite simplifier les questions alors que quand ils parlent français, même si on sait qu'ils sont pas tous dans le paramédical, on va tout de suite dire le terme. Et à la limite s'ils comprennent pas, là on va...

135 :21 - :23

136 Intervenant 1

137 Mais vous venez de dire que vous simplifiez pas si votre collègue que c'est votre collègue qui va simplifier dans la traduction?

138 :00 - :06

139 Intervenant 2

140 Oui, parce que si je parle directement un collègue, je parle à ma collègue, elle elle fait la...

141 :08 - :04

142 Intervenant 1

143 Donc, vous vous simplifiez pas pour votre collègue, puisqu'elle connaît les termes. Donc en fait, c'est le choix de la collègue qui traduit de simplifier ou pas.

144 :06 - :01

145 Intervenant 2

146 C'est vrai.

147 Oui, c'est vrai, mais non, c'est vrai. Moi ça me paraît, ça me paraît logique. Enfin, je sais que moi, si on m'appelle par exemple, pour simplifier, pour traduire par exemple, je vais tout de suite, ma collègue y va me dire un terme qui est complètement dans le paramédical ou médical, et je vais tout de suite... parce que je pars du principe que déjà, si elle comprend pas le français et qu'en plus on arrive avec un mot

français mais médical , on l'a perdu. Donc je vais simplifier. Pour moi c'est peut être ma logique et pas celle des autres.

148 :02 - :00

149 Intervenant 1

150 Et vous posez des questions différentes quand le patient parle français?

151 Non.

152 :02 - :18

153 Intervenant 1

154 Mais vous avez tendance à être moins simplifier?

155 Oui.

156 Comment vous savez si le patient comprend pas ?

157 :20 - :10

158 Intervenant 2

159 Parce qu'il va me dire la plupart du temps il me dit quand je dis un terme bah c'est quoi ça ? Et là du coup, bah je reformule et je lui dis autrement. C'est rare que je demande... Je suis en train de réfléchir. Je sais que je vais dire un terme et je demande jamais si... c'est toujours à la fin que je demande est ce que vous avez tout compris ? Est ce qu'il y a des choses qu'il faut que je éclaireisse ? Mais quand je parle tout de suite, si le patient de lui même ne me dit pas ah bah ça veut dire quoi ce terme là ? Ben je ne simplifie pas.

160 Je vais dire vous prenez des anticoagulants, Et puis si le patient ne dit pas, je ne vais pas lui dire bah vous savez, un anticoagulant c'est ça, mais s'il me dit oui, évidemment je vais lui traduire. Ou alors des fois dans l'expression faciale, il vont me.. Et du coup je vais comprendre que le terme que j'ai employé n'est pas forcément compris et donc je vais reformuler. C'est vraiment à la fin que...

161 :13 - :07

162 Intervenant 1

163 Ça, ça peut arriver aussi quand votre collègue traduit que ce qu vous voyez dans le visage du patient qui ne comprend pas et que du coup vous disiez je vais reformuler?

164 :09 - :09

165 Intervenant 1

166 Non. Mais en fait c'est même pas moi qui reformule en fait. En fait, c'est à partir du moment où j'ai dit à ma collègue je pars du principe qu'on a le même langage professionnel et que du coup c'est à elle qui explique, d'essayer de tourner la phrase de manière à ce que le patient ou la patiente comprenne. Donc moi je vais rester sur mon anticoagulant et après si elle arrive pas à comprendre, à toi d'essayer de, toi qui parle la même langue qu'elle, ou qu'il, d'essayer de traduire et de simplifier de manière à ce que les patients comprennent quoi. Mais ouais, non, je vais pas... C'est rare que ma collègue... Enfin, entre nous, on va pas se dire anticoagulant et ne pas comprendre. Donc forcément..

167 :16 - :01

168 Intervenant 1

169 Vous parlez à la collègue en fait quand vous parlez?

170 :03 - :08

171 Intervenant 2

172 C'est vrai que je parle pas, fin je vais oui, tu peux lui dire et je vais quand même avoir un regard pour

le patient, mais je vais surtout parler à ma collègue et lui dire est ce que tu peux lui dire, lui demander si ceci si cela est. Et après je me dis que c'est la collègue qui va essayer de se faire comprendre.

173 :10 - :21

174 Intervenant 1

175 C'est des patients là, ça peut être vos patients dont vous êtes en charge. Et du coup, la collègue qui traduit va venir à chaque fois que vous le voyez, le patient?

176 :23 - :10

177 Intervenant 2

178 Non. parce que des fois on a pas forcément besoin de donner d'information. Par exemple, ils arrivent dans le service, c'est le premier jour, c'est l'entrée, c'est le moment où on a le plus de questions à poser, c'est le moment où on a le plus de papiers à donner, de plus d'information à transmettre. Donc là si ma collègue elle est libre, effectivement, elle va venir, on va faire une entrée ensemble, elle va traduire, etc. Et je vais anticiper sur le déroulé de la journée, la plupart du temps, ils arrivent en fin d'après midi ou en milieu d'après midi, donc à la fin, quand elle aura bien tout traduit, je vais lui dire bah tu peux lui dire que à 18 h je viendrai pour lui donner les médicaments par exemple et que

179 demain je lui ferai son pansement. Donc le patient sait qu'à 18 h je vais venir pour lui donner les médicaments, à 18 h quand je vais venir, je vais lui donner les médicaments et lui demander comment ça va. Alors les médicaments, elle me posera pas forcément de questions puisqu'elle sait déjà que je vais lui apporter les médicaments.

180 Puisqu'elle sait déjà au préalable que je vais venir à 18 h pour lui donner des traitements.

181 J'aurai pas forcément de questions à ce moment là. Après il peut toujours en avoir hein, si vraiment on se comprend pas. Malheureusement je vais rappeler la collègue, mais elle me posera pas forcément de questions. Je vais essayer de demander si elle a mal mais d'une autre manière quoi. Faire des grimaces. C'est vrai que c'est aussi embêtant de faire tout le temps intervenir la collègue. Parce qu'elle a aussi son travail. Donc ce qu'on peut essayer, On arrive toujours à se comprendre avec les patients. Donc ce qu'on peut faire pour essayer de se faire comprendre le minimum, en tout cas, on le fait pour les petites choses. Après, si c'est vraiment important, bah elle aura pas le choix elle viendra. Mais c'est vrai que c'est pas... Je sais pas, je suis en train de réfléchir. C'est vraiment pas facile quand on a des patients qui parlent pas français. Après, ils arrivent vite à... s'y faire. Bah vous voyez je vous ai dit je comprenais le portugais par exemple, on a une patiente qui qui était capverdienne et donc moi, le portugais du Cap-Vert...

182 Donc j'arrivais à dire des petits mots, mais c'était vraiment pas ça. Et on avait énormément de mal à communiquer. Du coup, à chaque fois, je disais quand c'était vraiment important, bah déjà je faisais pas venir de collègue parce que y'en a aucune qui parle portugais. Donc voilà c'était réglé. Ben je disais toujours comme ça (fait un signe), je faisais comme ça et je disais sœur. Et donc elle comprenait qu'il fallait qu'elle appelle sa sœur et que du coup bah elle appelait sa sœur tout de suite et je lui donnais les informations et la sœur transmettait à la patiente quoi.

183 Des fois on peut pas toujours faire venir les collègues donc on fait avec ce qu'on a. Langage de signes... On montre.. Si une collègue arrive à traduire une fois que la personne a mal à la tête, par exemple, elle va nous le dire, je vais donner un traitement ou peu importe. Et bien le lendemain, quand je vais arriver, je vais montrer la tête parce qu'elle sait qu'elle nous a dit qu'elle avait mal à la tête. Donc je vais lui dire, est-ce que tête mal ? Enfin je vais faire des grimaces et puis elle saura me dire si oui ou si non.

184 :08 - :00

185 Intervenant 1

186 Juste un truc que je vous ai pas demandé en fait, que le service.

187 :02 - :21

188 Intervenant 2

189 SSR. Soins de suite et de réadaptation.

190 :21 - :00

191 Intervenant 1

192 D'accord. Vous pouvez me dire rapidement comment fonctionne le service?

193 :01 - :18

194 Intervenant 2

195 Ouais, alors on a des patients. La plupart du temps, c'est des patients, une prise en charge des prises en charge post-opératoires. Donc là c'est un ? cardio. Donc toutes les pathologies cardiaques, toutes les interventions cardiaques, on a aussi bien des greffes que des remplacements de valve, des pontages, etc. Donc les patients viennent du CCN, de l'autre côté après leur intervention.

196 Ils viennent ici pour être remis en forme entre guillemets, ils font de la kiné. Ils réapprennent à marcher et à être autonome, une fois sortie, ils restent en général trois semaines plus ou moins. En fonction de leur état et ils peuvent rester un peu plus longtemps. Donc voilà.

197 :14 - :23

198 Intervenant 1

199 Vous avez combien de patients vous à la charge ?

200 :00 - :02

201 Intervenant 2

202 Ça dépend de l'étage. Au troisième étage, j'en ai 21 et les infirmières qui sont au premier ou deux, elles ont 12ous chacune.

203 :04 - :02

204 Intervenant 1

205 Vous en avez 21 en chambre avec vos collègues ou c'est toute seule ?

206 :04 - :13

207 Intervenant 2

208 Moi on est toutes seule 21.

209 :17 - :14

210 Intervenant 1

211 On tourne. Ce mois ci, c'est moi qui suis au troisième étage. Malika au 1, Camille au 2. Le mois prochain, je descends donc je suis au deuxième. Malika qui était au 1 remonte au trois et Camille, qui est aux deux elle descend au un. Et après ça tourne comme ça.

212 :16 - :09

213 Intervenant 1

214 Et pourquoi ça tourne?

215 :11 - :20

216 Intervenant 2

217 Pour que ce soit juste pour tout le monde. Parce que au troisième étage, il y a quand même 21 patient. C'est la même infirmière qui reste là tout le temps. Je pense qu'elle tient pas longtemps. Donc oui, par souci d'équité, on tourne et comme ça aussi on voit, on arrive à voir tous les patients. Comme ça on

arrive à travailler avec tous les médecins parce que du coup il y a deux médecins généralistes, une qui s'occupe que du troisième étage donc elle a les 21 patients et une qui s'occupe et un et du deux il y en a trois de plus. Mais bon voilà, c'est ça à peu près équitable. Et comme ça on arrive à travailler avec tous les médecins, on voit un peu tous les patients, on voit différentes pathologies et les patients aussi. Des fois c'est pas top quand ils s'habituent à une seule et même infirmière.

218 Donc on essaye de changer. C'est vrai que c'est bien et c'est pas bien parce que ils prennent leurs habitudes etc. Mais tout le monde ne travaille pas toujours de la même manière. Je sais pas, ça a petit côté négatif parce qu'il y a des comparaisons qui sont faites, voilà, on travaille pas toutes de la même manière, mais on essaye de faire correctement.. Ouais non je trouve ça pas terrible..

219 Mes collègues sont d'accord que des fois il faut changer, faut pas laisser s'habituer à la même personne.

220 :19 - :15

221 Intervenant 3

222 Et vous remarquez une différence entre la relation avec les patients qui parle français et ceux qui parlent pas français ?

223 :17 - :10

224 Intervenant 2

225 Non. pas pour ma part. Si, j'suis une menteuse. On communique un peu moins, c'est sûr que je vais un peu plus prendre le temps de parler avec les patients qui parlent français que les patients qui ne parlent pas français. Même si, même si j'ai envie de leur parler aussi, c'est un peu plus compliqué. Mais sinon, y a pas de différences de traitement, c'est vraiment juste dans le temps de communication.

226 :11 - :20

227 Intervenant 1

228 C'est à dire dans le temps?

229 :22 - :00

230 Intervenant 2

231 Par exemple, je vais passer dans une chambre et je vais laisser des traitements, je vais expliquer ce que c'est. Et puis on parle de tout et de rien. Par exemple, quand je fais les pansements, j'aime bien discuter, j'aime pas quand c'est tout calme. Je parle, je pose des questions sur la vie de mes patients ou on parle vraiment de tout et de rien et je trouve ça un peu dommage ce côté là avec les patients qui parlent pas français.

232 :00 - :04

233 Intervenant 2

234 Parce que du coup, même si j'essaye. C'est moins évident et donc on essaye un petit peu et on voit que le patient il galère à répondre et même nous on galère à trouver nos mots pour pour lui poser des questions. Donc finalement, au lieu de parler pendant, j'sais pas le pansement il dure dix minutes, au lieu de parler pendant dix minutes et de ne pas voir le temps passé avec le soin soit agréable pour le patient, bah on parle que cinq minutes et les 5 autres minutes c'est un peu plus calme c'est dommage.

235 :19 - :09

236 Intervenant 1

237 C'est important pour vous que le soin soit agréable?

238 :11 - :18

239 Intervenant 2

240 Oui. Moi oui en tout cas. Bah déjà y a des patients qui craignent un petit peu, c'est quand même des grosses interventions. Donc même si le pansement il est pas forcément douloureux, même si la plaie elle fait pas mal, il y a quand même cette appréhension. Et moi j'aime bien quand j'arrive à leur faire oublier la douleur ou le côté désagréable en parlant d'autre chose. Et comme ça ils se rendent même pas compte. Des fois on a tellement parlé que quand je leur dis c'est fini, ils disent bah déjà? Donc j'aime bien, je suis contente quand ils pensent un peu moins, quand on est pas focalisé sur le soin. Parce que quand il y a un grand silence et que.. Même quand il n'y a pas de silence, mais qu'on parle, si je leur parle du pansement, bien ça fait qu'ils sont concentrés sur le pansement. J'aime bien parler d'autre chose et ça c'est difficile quand ils parlent pas français puisque bon voilà, j'essaye.. Vous avez des enfants, des phrases simples pour qu'ils comprennent et pour pas qu'on pense au pansement. Mais voilà, c'est juste ce côté là qui est dommage.

241 :05 - :22

242 Intervenant 1

243 Et donc vous remarquez une différence dans ..

244 :22 - :04

245 Intervenant 2

246 Dans le relationne. Oui quand même. J'ai dis tout à l'heure mais si. C'est indéniable, c'est sur que y a une différence.

247 :06 - :23

248 Intervenant 1

249 Est-ce qu'ils sont pris en charge différemment les patients qui parlent pas français ?

250 :05 - :13

251 Intervenant 2

252 Non, c'est vraiment que dans le relationnel. Et je parle vraiment pour ma part, moi qui aime bien discuter avec les patients, il y a que là que je vois la différence. Mais sinon je vais pas me dire, oh il comprend pas, ça sert à rien que je lui explique. Non, si j'estime que c'est important pour la prise en charge, que le patient comprenne telle ou telle chose, je vais me donner les moyens de lui faire comprendre qu'on passe par la famille, on passe par les collègues, on passe par Google traduction, quitte à prendre dix minutes, 20 minutes pour écrire ou parler et que ça traduise derrière, on va prendre le temps quoi. Parce que c'est important et que tout le monde doit être logé à la même enseigne. C'est pas parce qu'il parle pas français que voilà. C'est vraiment sur un mot, sur le côté relationnel pendant les soins pour ma part que je vois une différence.

253 :21 - :09

254 Intervenant 1

255 Est-ce que vous êtes souvent pressée par le temps?

256 :11 - :06

257 Intervenant 2

258 Oui, surtout en étant au troisième étage. Forcément, comme je vous ai dit, c'est un petit peu le double du nombre de patients. Alors quand c'est calme, ça va. J'aime bien en plus discuter. Moi je veux dire, peut être que vous voyez là je suis très bavarde.

259 Mais il y a des jours avec et des jours sans forcément, quand il y a des jours où c'est un peu le rush, où là ça va pas, là ça va pas, là forcément on arrive bonjour, toujours avec le sourire, mais bon, c'est un peu plus rapide quoi. Bonjour ça va, je vous laisse les médicaments et on ressort.

260 :15 - :03

261 Intervenant 2

262 Malheureusement on n'a pas le choix, même si on aimerait prendre plus de temps. Mais ouais quand on a pas le choix on a pas le choix. Surtout au troisième on est souvent pressé par le temps. Ce mois ci, je suis au trois jusqu'à fin février.

263 :01 - :02

264 Intervenant 2

265 Si j'étais à votre place, infirmière ici, quel conseil vous me donneriez ? Je dois aller m'occuper d'un patient qui parle pas du tout français. Quel conseil vous me donneriez?

266 :12 - :17

267 Intervenant 2

268 Et bien je vous dirais d'être attentive aux signes cliniques et surtout au langage non verbal. En fait, ce qu'ils ne disent pas forcément, mais qu'on peut percevoir de par l'expérience. Donc je sais pas moi, ça peut être au niveau de la douleur, voir si le patient il se tient d'une certaine façon, si le visage crispé. En fait, faire attention au langage non-verbal. Pour moi c'est le plus important. Des fois ça nous dit beaucoup plus de choses que des mots quoi. Après, je vous dirais de vous rapprocher de la famille +++, parce que pareil, ils nous donnent beaucoup plus d'informations que les patients eux mêmes.

269 Et voilà.

270 :13 - :20

271 Intervenant 1

272 Si il n'y a pas de nom de la famille disponible. Donc je décide d'appeler une collègue pour traduire quel conseil vous me donneriez?

273 :22 - :20

274 Intervenant 2

275 Je sais pas. Si vous appelez une collègue... Vous expliquez le contexte, pourquoi le patient est là. Vous montrez le dossier. Je vois pas sinon.

276 :01 - :15

277 Intervenant 1

278 Ce serait quoi l'idéal pour vous de l'accueil des patients qui parlent pas français ? Comment est ce qu'on pourrait faire l'inspection du genre, j'imagine. Je pense et je.

279 :15 - :16

280 Intervenant 2

281 (on est interrompues par une collègue qui demande si elle veut manger). Je pense pas que je vais manger. J'ai tellement de trucs à faire. Regarde ce que la cadre elle m'a mis.

282 :12 - :17

283 Intervenant 1

284 C'est quoi la certification ?

285 :17 - :02

286 Intervenant 2

287 Il y a la certification blanche en fait, c'est un peu, c'est un peu un petit contrôle pour être sûr qu'on est prêt pour la vraie certification qui va arriver au mois de juin. Donc, c'est à partir de la semaine prochaine. Donc on a plein de choses à remettre un petit peu en place avant la semaine prochaine et comme c'est moi

le week end bah..

288 :04 - :04

289 Intervenant 1

290 Vous avez beaucoup de choses à faire?

291 :06 - :13

292 Intervenant 2

293 Bon, ça va, j'exagère, mais y'a une belle liste.

294 :15 - :01

295 Intervenant 1

296 Donc je vous demandais comment serait une situation idéale de soins d'un patient qui parle pas français.

297 :17 - :22

298 Intervenant 2

299 Pour moi, c'est déjà au préalable nous dire, bon ça ça se passe déjà, mais on a la trajectoire en fait qui nous dit si le patient il parle français ou pas, si il est autonome ou pas, ce genre de chose.

300 :22 - :24

301 Intervenant 1

302 La trajectoire, c'est sous quelle forme ?

303 :24 - :20

304 Intervenant 2

305 Papier. Donc quand on a une entrée par exemple, la plupart du temps on a la trajectoire soit la veille, soit le matin même pour l'après-midi. Donc on arrive un petit peu à voir si le patient parle français ou pas. Donc pour moi le mieux c'est ouais comme ça de soi même. Je pense pas que c'est possible ici, mais prévoir une personne, un interprète qui va venir avec le patient. Je sais pas si ils sont tenus au secret professionnel. Enfin bref, comme ça, parce qu'ils vont quand même dire des informations aussi personnelles et confidentielles. Donc se renseigner déjà auprès de l'équipe pour voir s'il y a une personne qui parle cette langue là, s'il y a une personne bah... Faire venir un interprète. J'ai pas envie de dire exiger, mais en tout cas demander à la famille +++ de venir avec une personne de confiance, avec un membre de la famille qui peut jouer ce rôle là en fait d'interprète pour faciliter l'accueil du patient et la prise en charge dans les premières heures. Donc soit venir avec un membre de la famille, soit la personne de confiance, soit une personne en qui le patient a suffisamment confiance pour lui donner des informations, soit l'interprète.

306 :21 - :03

307 Intervenant 1

308 Vous avez déjà travaillé avec un interprète ?

309 :05 - :02

310 Intervenant 2

311 Jamais jamais. Je sais même pas comment ça se passe. Pourtant j'en ai fait des

312 vacations et j'en ai rencontré des patients, là c'est encore plus difficiles parce que du coup on connaît pas tout le monde. Et non pourtant j'ai jamais rencontré d'interprète. Je sais pas s'il y en a beaucoup dans les services où je suis allé pour l'instant.

313 :08 - :24
314 Intervenant 1
315 Vous en avez jamais vu?
316 :01 - :17
317 Intervenant 3
318 Donc.
319 :19 - :13
320 Intervenant 1
321 Ah oui, on m'a parlé d'une liste avec les chiffres, les personnes du personnel soignant qui parlent une autre langue. Vous connaissez ça ou un programme ?
322 :15 - :23
323 Intervenant 2
324 Quiquivousaditça?
325 :00 - :22
326 Intervenant 1
327 C'est Louise justement.
328 :24 - :20
329 Intervenant 2
330 Ça me parle en plus ce que vous dites. (elle cherche dans le classeur)
331 Bizarrement, ça me parle.
332 Il me semble qu'il y en a une. Peut être que je me trompe, mais j'ai déjà entendu parler de ça.
333 Pour moi c'était dans un classeur comme ça.
334 Sinon on a on a un logiciel blue kangoo.
335 :22 - :08
336 Intervenant 2
337 Mais c'est ça. C'est quoi blue kangoo?
338 :02 - :18
339 Intervenant 2
340 C'est un logiciel où on a les informations sur tout ce qu'on cherche.
341 :08 - :10
342 Intervenant 2
343 C'est bien qu'on en parle parce que justement pour la certif, il y a moyen qui nous pose la question. Ce genre de questions. (elle cherche)
344 :15 - :13
345 Intervenant 2
346 Donc on a ce logiciel là. C'est un petit peu la caverne d'Ali-Baba.
347 On peut trouver plein de choses.

348 Vraiment tout ce qu'on cherche, On a juste à taper un mot clé.
349 (elle tape interprète) Ah bah c'est génial !
350 :23 - :04
351 Intervenant 1
352 Ok, donc vous vous connaissiez pas ça ?
353 :06 - :23
354 Intervenant 2
355 Je savais qu'il y avait quelque chose comme ça, mais moi, pour moi, c'était mis dans le classeur.
356 :00 - :06
357 Intervenant 1
358 Et vous, vous l'avez jamais utilisé ? Alors ?
359 :08 - :08
360 Intervenant 2
361 Non. Ah ouais, c'est par langue. Alors, cardiologie interventionnelle, Docteur Philippe Voilà, Faut appeler ce numéro là. Ok, anglais, c'est tout ça, y'a même pas mon prénom, non mais je rêve.
362 :08 - :03
363 Intervenant 1
364 Vous auriez voulu être dedans?
365 :05 - :13
366 Intervenant 2
367 Non non.
368 :00 - :01
369 Intervenant 1
370 Et peut être descendez juste pour voir quelle langue il y a.
371 :03 - :03
372 Intervenant 2
373 Il y a. En fait. Angela c'est celle qui est en bas aujourd'hui, à l'accueil.
374 :05 - :22
375 Intervenant 1
376 À l'accueil, ok, à l'accueil, tout en bas.
377 :24 - :07
378 Intervenant 2
379 Au rez de chaussée.
380 :13 - :04
381 Intervenant 1
382 Mais elle et son poste, c'est quoi ? Hôtesse d'accueil?
383 :07 - :23

384 Intervenant 2

385 Arabe Alors on a qui ? Je les connais pas ces filles là. Sinon c'est pas nécessaire. Mais je la connais pas non plus. Et Malak c'est une c'est la secrétaire médicale.

386 :00 - :17

387 Intervenant 1

388 D'accord.

389 :19 - :08

390 Intervenant 2

391 Et donc oui, elle arabe Ok. Bah vous voyez il y a même pas mes collègues. Y'a même as les infirmières. Je vois deux personnes. Ca je connais pas, Je connais pas.

392 :10 - :13

393 Intervenant 1

394 Elle est pas mise à jour la liste ?

395 :15 - :22

396 Intervenant 2

397 Je sais pas. 2023.

398 Faudrait peut être renouveler effectivement.

399 bambara, Shambala Diallo c'est pas chez nous ça.

400 Ah donc il y a quelqu'un pour ***** alors ?

401 :02 - :15

402 Intervenant 2

403 C'est pas congolais, c'est ***** les gars d'accord. Ouais, donc ouais, ok, Bambara, Bulgare pour toi, on a un médecin ici ? Je sais pas si le docteur euh, cardiologue Docteur.

404 :17 - :17

405 Intervenant 1

406 Donc vous êtes pas vous pourriez être là en fait.

407 :17 - :13

408 Intervenant 2

409 Moi je pourrais clairement être là. Oui c'est sûr. Oui, parce qu'on n'a pas beaucoup en plus des Congolais.

410 :15 - :04

411 Intervenant 1

412 Ben oui, j'aimerais bien y être?

413 :06 - :01

414 Intervenant 3

415 Oui. Parce que je parle bien et que j'aime bien traduire.

416 :06 - :23

417 Intervenant 1

418 Vous avez déjà traduit ?

419 :00 - :04

420 Intervenant 3

421 Non.

422 :06 - :14

423 Intervenant 1

424 Pourquoi vous aimez bien?

425 :16 - :07

426 Intervenant 2

427 Je sais pas, je trouve ça bien. Oh, je trouve ça bien. Je sais pas. Je sais pas pourquoi, mais j'aurais bien aimé . J'aurais bien aimé qu'il y ait un jour une situation d'une personne qui parle ***** et que je peux traduire. Mais pareil, si je vais dans mon pays, si je vais dans mon pays et que des personnes qui sont là, qui parlent pas français et qui dans mon pays ont du mal à leur expliquer des choses, bah j'aimerais bien...

428 Ah bah il y a encore créole.. Espagnol, italien, Kabile. Vous voyez ma collègue qui est là, c'est une kabile, et elle pourrait très bien traduire kabyle. Et vous voyez, c'est ce que je disais, Kabyle, on pourrait croire que c'est de l'arabe pourtant, il y a bien deux listes et c'est pour ça qu'ils se comprennent pas toujours.

429 Portugais, Roumain, Docteur...

430 Et bien là il pourrait y avoir Docteur *****.

431 :04 - :23

432 Intervenant 1

433 Ah oui il manque plein de gens quoi.

434 :00 - :17

435 Intervenant 2

436 Tamoul.. là il pourrait y avoir *****, ma collègue, l'infirmière. C'est dommage que ce soit pas mis à jour.

437 :12 - :24

438 Intervenant 1

439 Vous connaissez des gens qui utilisent cette liste?

440 :01 - :06

441 Intervenant 2

442 Non. Mais je suis contente qu'on en ait parlé parce que si pendant la certif on vient me poser la question.. C'est pour ça qu'on nous dit depuis le début "blue kangoo c'est notre meilleur ami". On trouve tout sur blue kangou.

443 :05 - :24

444 Intervenant 1

445 Et *****, elle est là aujourd'hui, là. Donc le lundi c'est elle.

446 :17 - :00

447 Intervenant 2

448 Je vais demander. J'ai posé la question, elle m'a jamais répondu.

449 :03 - :17

450 Intervenant 3

451 C'est ouais ok, mais ouais.

452 :19 - :14

453 Intervenant 1

454 Elle le lundi, vous pensez que c'est plutôt très chargé ou Ben ouais.

455 :16 - :22

456 Intervenant 2

457 Parce que le lundi et le mardi, c'est les jours de staff avec les cardiologues, donc ça prend une bonne partie de la matinée, si ce n'est toute la matinée. Clairement, je pense qu'elle est disponible à partir de 13h- 14h.

458 :24 - :23

459 Intervenant 1

460 OK, vous lui aviez demandé en physique.

461 :12 - :15

462 Intervenant 2

463 Je lui ai envoyé des audios, elle m'a pas répondu sur ce qui a été débordé puis qu'elle est au travail ce jour là. Et puis quand je l'ai revue, je lui ai posé la question, je lui ai redit je t'ai envoyé un message pour ceci, cela.

464 Mais non, elle a pas eu le temps.

465 :16 - :07

466 Si ous la voyez parce que moi je pars jeudi, si je pouvais la voir, ce serait super.

467 :08 - :04

468 Intervenant 2

469 Ouais bah elle est là, Je dis ah ouais alors elle est là lundi, mardi, ensuite aller là, vendredi.

470 :06 - :07

471 Intervenant 1

472 Donc je serais lundi ou mardi quand même. Oui, ça prendra pas de.

473 :12 - :07

474 Intervenant 2

475 C'est mieux lundi quand même. Parce que si vous voulez, mardi il y a aussi le staff, mais c'est un staff avec deux cardiologues alors que lundi c'est qu'un seul cardiologue. Donc lundi, il y a moyen qu'elle se libère un peu plus rapidement que le mardi quand même. Mais je lui pose la question et je vous envoie, je vous envoie un message.

476 :07 - :21

477 Intervenant 1

478 Bah vous pourrez lui donner ok, Ou alors vous lui demandez si vous pouvez me donner son numéro. C'est moi qui l'a fait comme ça Là, ok ? Vous voyez, on a un peu dévié.

479 Mais pour terminer, est-ce qu'il y a quelque chose que vous m'avez pas dit qui vous semble important de dire sur l'interprétation et sur la communication avec les patients qui parlent pas français?

480 :08 - :22

481 Intervenant 3

482 Je vois pas comme ça.

483 :24 - :06

484 Intervenant 2

485 Est ce que ça vous arrive de considérer que votre on va dire votre devoir d'infirmière a échoué avec un patient ?.

486 :00 - :24

487 Intervenant 2

488 Avec un patient qui parle pas français?

489 :01 - :13

490 Intervenant 1

491 Ou en général.

492 :15 - :02

493 Intervenant 2

494 Répétez la question s'il vous plaît.

495 :03 - :04

496 Intervenant 1

497 Est ce que ça vous arrive de de considérer que votre rôle auprès d'un patient a échoué?

498 :06 - :02

499 Intervenant 2

500 C'est à dire un sentiment de culpabilité face à une situation, par exemple ?

501 :02 - :24

502 Intervenant 1

503 Par exemple culpabilité de vous dire soit il a pas compris vraiment alors qu'il aurait dû.

504 Soit il a pas, il n'a pas eu le bon traitement, soit il n'accepte pas son traitement. Des choses comme ça. Pour vous les objectifs de votre relation de soins avec lui n'ont pas été atteints.

505 :16 - :12

506 Intervenant 2

507 Non. Parce qu'on n'a pas transmis les bonnes informations? Parce que le patient n'a peut être pas compris?

508 Je suis en train de réfléchir, mais.

509 :21 - :06

510 Intervenant 2

511 Ouais, je. Si ça peut arriver. Mais comme ça je vois pas. C'est sûr que ça peut arriver. On est pas, on est pas parfait. Il y a forcément des fois, soit on passe à côté de certaines informations qui auraient pu nous aider dans la prise en charge du patient. Soit c'est les patients qui passent à côté d'informations parce

qu'ils ont pas compris ou parce que on a mal, on a mal expliqué, ça arrive mais je vois pas d'exemples, j'ai pas d'exemples concrets comme ça.

512 :08 - :15

513 Intervenant 1

514 Ok, bah pas de souci, merci beaucoup.

515 :17 - :23

516 Intervenant 2

517 De rien avec plaisir.

Abstract Deutsch

In dieser Masterarbeit wird die Dolmetschtätigkeit zweisprachiger Pflegekräfte am Beispiel einer kardiologischen Einrichtung in Frankreich untersucht. Vor dem Hintergrund der zunehmenden sprachlichen Vielfalt der Patient*innen wird analysiert, wie Pflegekräfte die Rolle der sprachlichen Vermittlung übernehmen und welche Auswirkungen dies auf ihren Arbeitsalltag, sowie auf die Qualität der Pflege hat. Auf der Grundlage einer qualitativen Interviewstudie mit sechs Pflegekräften werden sowohl die Außen- als auch die Selbstwahrnehmung des Dolmetschens untersucht. Die Ergebnisse zeigen einerseits, dass die Pflegekräfte das Dolmetschen als integralen Bestandteil ihrer beruflichen Rolle betrachten; andererseits ist diese Tätigkeit in der untersuchten Einrichtung durch mangelnde Anerkennung und fehlende institutionelle Regelungen gekennzeichnet. Ohne institutionelle Anerkennung und entsprechende Ausbildung tragen Pflegekräfte die Verantwortung für die sprachliche Vermittlung allein. Die Arbeit betont daher die Notwendigkeit, Ad-hoc-Dolmetschtätigkeiten institutionell anzuerkennen und zu regulieren, um sowohl einen sicheren und professionellen Arbeitsalltag für Pflegekräfte, als auch eine inklusive und gleichberechtigte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Abstract English

This master's thesis examines the interpreting activities of bilingual nurses using the example of a cardiological institution in France. Against the backdrop of the increasing linguistic diversity of patients, the study analyses how nurses assume the role of linguistic mediators and how this affects their daily work as well as the quality of care. Based on a qualitative interview study with six nurses, both the external and self-perception of interpreting are explored. The results show, on the one hand, that the nurses regard interpreting as an integral part of their professional role; on the other hand, this activity within the institution is characterised by a lack of recognition and the absence of formal regulations. Without institutional recognition and appropriate training, nurses bear sole responsibility for linguistic mediation. The thesis therefore emphasises the necessity of formally recognising and regulating ad hoc interpreting activities in order to ensure both a safe and professional working environment for nurses and an inclusive, equitable healthcare system for all patients.